

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 13:16:26
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.72 Стоматология общей практики</u>
Направленность (профиль)	<u>Стоматология общей практики</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>клинической стоматологии</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (далее – ФГОС ВО).

Государственная итоговая аттестация осуществляется государственной экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком.

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих компетенций:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте:

УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними

УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению

УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-2.1 Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления

УК-2.2 Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения

УК-2.3 Разрабатывает план реализации проекта и его управления

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений

УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-4.1 Выстраивает эффективную коммуникацию в процессе профессионального взаимодействия

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

УК-5.1 Выработывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки

УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-1.1 Соблюдает основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности

ОПК-1.2 Применяет современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-2.1 Использует основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан

ОПК-2.2 Демонстрирует умение применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели

ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-3.1 Осуществляет педагогические действия для решения различных профессиональных задач

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-4.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)

ОПК-4.2 Проводит осмотр пациентов

ОПК-4.3 Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные

ОПК-4.4 Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-5.1 Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи

ОПК-5.2 Назначает комплексное лечение

ОПК-5.3 Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу

ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов

ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции.

ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни.

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.

ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения.

ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации.

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства.

ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности.

ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих.

ПК-2 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установление диагноза

ПК-2.1 Проводит диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с целью установления диагноза.

ПК-3 Способен назначать лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями, проводить контроль эффективности и безопасности

ПК-3.1 Назначает и проводит лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями.

ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения.

ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов со стоматологическими заболеваниями.

ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации со стоматологическими заболеваниями.

ПК-5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов со стоматологическими заболеваниями.

ПК-5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров.

ПК-5.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное стоматологическими заболеваниями, для прохождения медико-социальной экспертизы.

ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме

ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.

ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам со стоматологическими заболеваниями.

ПК-7 Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-7.1 Применяет принципы организации деятельности в здравоохранении, функции управления медицинской организацией.

ПК-7.2 Осуществляет взаимодействие с медицинским персоналом в рамках профессиональной деятельности.

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать: основные виды источников научно-медицинской и научно-фармацевтической информации, методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации, этапы работы с различными информационными источниками Уметь: оценивать надежность различных источников, проводить анализ источников для определения пробелов в информации, критически оценивать надежность	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	различных источников информации Владеть: навыком анализа источников информации для проведения анализа проблемных ситуаций, навыком отбора надежных источников информации для проведения критического анализа		
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала,	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе		
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знать: современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия. Уметь: выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий. Владеть: навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знать: свои ресурсы и их пределы (личностные, психофизиологические, ситуативные, временные); технологию перспективного планирования ключевых целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; этапы карьерного роста и изменения карьерной траектории в связи с временной перспективой развития деятельности и требованиями рынка труда; ключевые принципы непрерывного медицинского образования. Уметь: применять знание о своих ресурсах и их пределах; планировать достижение перспективных целей деятельности с учетом условий,	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	средств, личностных возможностей; реализовывать намеченные цели деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; критически оценивать эффективность использования времени и других ресурсов при решении поставленных задач, а также относительно полученного результата; планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда. Владеть: навыками саморазвития и осознанного обучения с использованием предоставляемых возможностей для приобретения новых знаний и навыков; навыками планирования профессиональной траектории, используя инструменты непрерывного медицинского образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда		
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Знать: основные понятия и требования нормативно-правовых актов по вопросам информационной безопасности в профессиональной деятельности состав, характеристики и назначение современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной деятельности. Уметь: обоснованно выбирать средства защиты информации в	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	профессиональной деятельности обоснованно выбирать современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности Владеть: навыками применения средств защиты информации в профессиональной деятельности навыком работы с системным и прикладным программным обеспечением, используемым для решения задач профессиональной деятельности		
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: систему государственного управления в РФ, Ветви власти. Уровни управления. Органы управления здравоохранением. Виды медицинских организаций. номенклатура, организационно-правовые формы. управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ. Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению. исторические мировые системы здравоохранения. источники финансирования здравоохранения: страховая и бюджетная медицина. Обязательное медицинское страхование в РФ. программу государственных гарантий, территориальную программу госгарантий. Формирование тарифов ОМС. нормативно-правовое регулирование здравоохранения. Система нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, основы применения статистического метода. возможности использования статистических показателей при	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Уметь: использовать систему нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, проводить базовую статистическую обработку данных. анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды. использовать методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Владеть навыками: использования системы нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ; использования основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципов диспансеризации населения, реабилитации больных; прохождения процедуры аккредитация; использования		
--	---	--	--

	лекарственных средств и медицинских изделий; осуществления расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методики расчета показателей медицинской статистики		
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Знать: содержание, формы, характеристики педагогической деятельности Уметь: осуществлять различные виды педагогической деятельности Владеть: навыками анализа факторов, влияющих на успешность педагогической деятельности врача	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать: методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей); - общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядка оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела. Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей),	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций; методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов. Знать заболевания, требующие направления пациентов к врачам-специалистам Этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний у взрослых; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей). Интерпретировать и анализировать информацию,	
--	---	--

	полученную от пациен тов (их законных пред ставителей); - оценивать состояние пациентов. Использовать методы осмотра и обследования взрослых в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов; - выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов. Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов; - выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур. Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по		
--	--	--	--

	вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций. Владеть: навыками сбора жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей); - сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов, интерпретацией информации - осмотром и обследованием пациентов - формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам; - выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам. - интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, - направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской		
--	--	--	--

	помощи. -установлением диагноза пациентам. -проведением дифференциальной диагностики осложнений; - навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов, формулирования предварительного диагноза		
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Знать: методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы лазерного и хирургического лечения; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; порядок оказания медицинской помощи. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям. Клинические	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам Уметь: разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляции. Проводить мониторинг заболевания и (или состояния), корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи оценивать эффективность и безопасность применения различных видов лечения пациентов. Предотвращать или устранять осложнения, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств Владеть: навыками разработки плана лечения пациентов с учетом		
--	---	--	--

	диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями		
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или	Знать: стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам. Основы медицинской реабилитации пациентов. Методы	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

абилитации инвалидов	медицинской реабилитации пациентов показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению Уметь: определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи осуществлять контроль эффективности реабилитационных мероприятий и прогноза, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида Владеть: мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений		
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Знать: порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров. Медицинские противопоказания, медицинские	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности. Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации Уметь: устанавливать сроки и степень временной или стойкой утраты нетрудоспособности пациентов в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: навыком заполнения листка нетрудоспособности, навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения Навыком подготовки необходимой медицинской документации пациентам для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы		
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому	Знать: принципы диспансерного наблюдения за пациентами в соответствии с нормативными правовыми актами и иными документами. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов основные вопросы нормальной и патологической физиологии	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

просвещению населения	порядок оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития. Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями оценивать эффективность профилактических мероприятий среди пациентов определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
------------------------------	---	--	--

	навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением Навыком определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней навыком проведения беседы, пропагандирующей здоровый образ жизни, с пациентами и их родственниками, выдачи рекомендаций пациентам и их родственникам по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний		
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать: правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения принципы организации деятельности медицинского персонала Уметь: использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах анализа показателей общественного здоровья, прикрепленного населения	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

		навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		Знать: основные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе клинические признаки эпилептического приступа, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца. принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями (по возможности) - проводить осмотры и обследования с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями; оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние организма в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; применять методы осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе эпилептического приступа, различных видов травм, укусов насекомых, термических воздействий, отравлений,		
--	---	--	--

	нарушения дыхания, боли в области сердца. Владеть: навыками сбора жалоб, физикального осмотра, интерпритации полученных данных пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями. принципами оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) неотложными состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: эпилептический приступ, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца.		
ПК-1. Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания. методики мотивации к сохранению и укреплению здоровья населения Уметь: проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения. грамотно и доступно объяснить пациентам и их родственникам методики, применяемые для сохранения и укрепления своего здоровья Владеть: необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здорового образа жизни у населения, необходимым количеством знаний о методиках сохранения и поддержания здоровья населения	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

ПК-2. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установление диагноза	Знать: особенности клинического проявления основных стоматологических заболеваний; принципы диспансеризации, организационные формы проведения плановой санации полости рта у детей Уметь: проводить сбор жалоб, анамнеза, осмотр у детей Владеть: знаниями о современных достижениях в области диагностики и профилактики, лечения основных стоматологических заболеваний у детей	Аттестационные тесты\ Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-3. Способен назначать лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями, проводить контроль его эффективности и безопасности	Знать: Порядок оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях. Топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов. Уметь: Разрабатывать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента. Применять различные методики местной анестезии челюстно-лицевой области, блокады с применением препаратов для местной анестезии, определять медицинские показания к общей анестезии у детей и взрослых Владеть: Методами разработки плана лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	медицинской помощи. Методами выполнения различных видов анестезии у детей и взрослых		
ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	Знать: принципы, методы, медицинские показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации. Возможные ошибки и осложнения, возникающие при проведении лечебных мероприятий Уметь: подобрать оптимальную лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы для пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации. Проводить диагностику стоматологических заболеваний Владеть: навыками выбора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации. навыками выбора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-5 Способен к проведению	Знать: основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие	Аттестационные тесты	Зачтено / не зачтено

медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	деятельность органов и учреждений здравоохранения. основы обязательного и добровольного медицинского страхования. законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативных правовых актов, определяющих деятельность медицинских организаций. Уметь: проводить диагностический процесс в дневном стационаре и на дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача. проводить профилактические мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях. оформлять документацию, необходимую для проведения медико- социальной экспертизы Владеть: навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения. навыком ведения учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделения. проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов	Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Пятибалльная шкала оценивания
ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	Знать: Основы страховой медицины в РФ, структуру современной системы здравоохранения РФ; особенности работы врача-стоматолога при заключении договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного мед. страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке. особенности оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	формах при стоматологических заболеваниях Уметь: Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях. обосновывать фармакотерапию пациента при основных патологических синдромах и неотложных состояниях Владеть: Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности участие в иных видах медицинской экспертизы. способностью оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах при стоматологических заболеваниях		
ПК-7. Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; - допуск юридических и физических лиц к медицинской деятельности: лицензирование и аккредитация. Порядок использования лекарственных средств и медицинских изделий; - классификаторы (видов медицинской деятельности и пр.) и номенклатуры в медицине;	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	- главные медицинские специалисты, ведущие медицинские учреждения, научные журналы; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи; - Международная классификация болезней 10 (11) пересмотра; - Требования ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности - факторы безопасной деятельности; - виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; - внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - основы теории управления здравоохранением. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Школы менеджмента: научного управления, классическая, психологическая, количественная. Универсальная модель управленческого процесса Н. Винера, процессный, системный и ситуационный подходы в управлении; - затраты медицинской организации: виды, классификация; - ресурсное обеспечение медицинской помощи. Себестоимость медицинских услуг, ценообразование в здравоохранении. Спрос и		
--	--	--	--

	предложение. Стоимость медицинских услуг. Бизнес-планирование. Рынок медицинских услуг; - требования охраны труда, основы безопасности пациентов и медицинских работников; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю. Уметь: - проводить, интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования, обосновывать и планировать объем, интерпретировать и анализировать результаты основного и дополнительного инструментального и лабораторного исследований пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план лечения, обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - использовать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты по вопросам оказания		
--	--	--	--

	медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; - использовать международную классификацию болезней 10 (11) пересмотра; - использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений; - выполнять служебные обязанности в условиях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - осуществлять мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - действовать с использованием основ менеджмента и маркетинга в здравоохранении; - применять процессный, системный и ситуационный подходы в управлении. Владеть: - направления пациентов со стоматологическими заболеваниями на инструментальное и лабораторное исследования, консультацию к врачам-специалистам, разработку плана лечения, назначение лекарственных препаратов,		
--	---	--	--

	немедикаментозной терапии и медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. - использования порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при стоматологических заболеваниях. - обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). - выполнения требований ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности Факторы безопасной деятельности. - действий при различных видах контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. - выполнения мероприятий по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры. - применения основ теории управления здравоохранением, менеджмента и маркетинга в здравоохранении; использования процессного,		
--	---	--	--

	системного и ситуационного подходов в управлении. - выполнения требований охраны труда, безопасности пациентов и медицинских работников. - исполнения должностных обязанностей медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю.		
--	--	--	--

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

Сценарий 1. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

Сценарий 2. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

1 Сценарий.Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	☐ да ☐ нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	☐ да ☐ нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	☐ да ☐ нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	☐ да ☐ нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
14.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
15.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
16.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
17.	• пол	☐ да ☐ нет
18.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
19.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
20.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет

22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
26.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	
36.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет

47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	☐ да ☐ нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	☐ да ☐ нет

Сценарий 2.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
8.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
9.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
10.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
11.	• пол	☐ да ☐ нет
12.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
13.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
14.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет

	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	☐ да ☐ нет
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
20.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
30.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
38.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	☐ да ☐ нет
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	☐ да ☐ нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	☐ да ☐ нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с	☐ да ☐ нет

	опорой на стопу	
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	☐ да ☐ нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	☐ да ☐ нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	☐ да ☐ нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	☐ да ☐ нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет

2. Получение альгинатного оттиска

Информация (брифинг) для ординатора:

Вы врач по своей специальности. В смотровом кабинете Вас ждёт пациент, которого Вы видите впервые. Вам необходимо получить оттиск альгинатной массой. Все данные о пациенте отражены в медицинской документации. Информированное добровольное согласие подписано.

Пациент Иванов И.И. 45 лет в сознании (используется модель). Предполагается, что в начале приёма он ждет Вас в кабинете сидя на стуле. Озвучивайте всё, что считаете необходимым при общении с пациентом

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	Получение альгинатного оттиска при частичном отсутствии зубов на верхней челюсти
2.	Получение альгинатного оттиска при частичном отсутствии зубов на нижней челюсти

Сценарий 1: Получение альгинатного оттиска при частичном отсутствии зубов на верхней челюсти.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критери и оценки
1.	Установил контакт с пациентом: поздоровался, представился,	☐ да ☐ нет

	обозначил свою роль	
2.	Попросил пациента представиться	☐ да ☐ нет
3.	Сверил ФИО пациента с медицинской картой стоматологического больного	☐ да ☐ нет
4.	Объяснил ход и цель процедуры, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
Подготовка к процедуре		
5.	Привел стоматологическое кресло в положение необходимое для проведения манипуляции	☐ да ☐ нет
6.	Включил стоматологический светильник и направил в полость рта пациента	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом кожным антисептиком для обработки рук	☐ да ☐ нет
8.	Надел медицинскую одноразовую маску для лица	☐ да ☐ нет
9.	Надел защитные медицинские очки	☐ да ☐ нет
10.	Надел медицинские нестерильные перчатки	☐ да ☐ нет
Подготовить лоток с инструментами		
11.	Взял лоток с инструментами стерильный в упаковке, оценил срок годности	☐ да ☐ нет
12.	Убедился в целостности упаковки лотка с инструментами	☐ да ☐ нет
13.	Вскрыл упаковку, извлек лоток с инструментами	☐ да ☐ нет
14.	Положил лоток с инструментами стерильный на стоматологический стол	☐ да ☐ нет
15.	Поместил упаковку от лотка стерильного в пакет для утилизации отходов класса А	☐ да ☐ нет
Выполнение процедуры		
16.	Взял упаковку со стерильными стандартными ложками	☐ да ☐ нет
17.	Достал из стерильного пакета стандартную ложку для верхней челюсти	☐ да ☐ нет
18.	Примерил стандартную ложку для верхней челюсти в полости рта	☐ да ☐ нет
19.	Окантовал края оттисковой ложки лейкопластырем	☐ да ☐ нет
20.	Насыпал в чашку для замешивания необходимое количество альгинатной массы согласно инструкции	☐ да ☐ нет
21.	Влил прохладную воду мерным стаканом в чашку для замешивания	☐ да ☐ нет
22.	Энергично замешивал до образования однородной тестообразной консистенции в течение 30-60 секунд	☐ да ☐ нет
23.	Поместил оттисковой материал в оттисковую ложку при помощи шпателя	☐ да ☐ нет
24.	Загладил края оттисковой массы	☐ да ☐ нет
25.	Ввел оттисковую ложку в полость рта	☐ да ☐ нет
26.	Отцентрировал оттисковую ложку	☐ да ☐ нет
27.	Наложил оттисковую ложку на зубной ряд, начиная с дистального отдела на верхней челюсти	☐ да ☐ нет

28.	Оформил края оттиска при помощи движения губ, щек, языка	☐ да ☐ нет
29.	Удерживал оттискную ложку в полости рта до отвердевания	☐ да ☐ нет
30.	Извлек полученный оттиск из полости рта	☐ да ☐ нет
31.	Провел контроль качества полученного оттиска	☐ да ☐ нет
32.	Провел дезинфекцию оттиска	☐ да ☐ нет
33.	Спросил у пациента о его самочувствии	☐ да ☐ нет
Завершение процедуры		
34.	Выключил свет, вернул кресло в первоначальное положение	☐ да ☐ нет
35.	Поместил салфетку защитную одноразовую в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
36.	Снял перчатки медицинские нестерильные	☐ да ☐ нет
37.	Поместил перчатки медицинские нестерильные в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
38.	Снял маску для лица медицинскую одноразовую	☐ да ☐ нет
39.	Поместил маску для лица медицинскую одноразовую в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
40.	Обработал руки гигиеническим способом кожным антисептиком	☐ да ☐ нет
41.	Сделал запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту стоматологического пациента	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
42.	Выведение излишков альгинатной массы в глотку	☐ да ☐ нет

Сценарий 2: Получение альгинатного оттиска при частичном отсутствии зубов на нижней челюсти.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом: поздоровался, представился, обозначил свою роль	☐ да ☐ нет
2.	Попросил пациента представиться	☐ да ☐ нет
3.	Сверил ФИО пациента с медицинской картой стоматологического больного	☐ да ☐ нет
4.	Объяснил ход и цель процедуры, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
Подготовка к процедуре		
5.	Привел стоматологическое кресло в положение необходимое для проведения манипуляции	☐ да ☐ нет
6.	Включил стоматологический светильник и направил в полость рта пациента	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом кожным антисептиком для обработки рук	☐ да ☐ нет
8.	Надел медицинскую одноразовую маску для лица	☐ да ☐ нет

9.	Надел защитные медицинские очки	☐ да ☐ нет
10.	Надел медицинские нестерильные перчатки	☐ да ☐ нет
Подготовить лоток с инструментами		
11.	Взял лоток с инструментами стерильный в упаковке, оценил срок годности	☐ да ☐ нет
12.	Убедился в целостности упаковки лотка с инструментами	☐ да ☐ нет
13.	Вскрыл упаковку, извлек лоток с инструментами	☐ да ☐ нет
14.	Положил лоток с инструментами стерильный на стоматологический стол	☐ да ☐ нет
15.	Поместил упаковку от лотка стерильного в пакет для утилизации отходов класса А	☐ да ☐ нет
Выполнение процедуры		
16.	Взял упаковку со стерильными стандартными ложками	☐ да ☐ нет
17.	Достал из стерильного пакета стандартную ложку для нижней челюсти	☐ да ☐ нет
18.	Примерил стандартную ложку для нижней челюсти в полости рта	☐ да ☐ нет
19.	Окантовал края оттисковой ложки лейкопластырем	☐ да ☐ нет
20.	Насыпал в чашку для замешивания необходимое количество альгинатной массы согласно инструкции	☐ да ☐ нет
21.	Влил прохладную воду мерным стаканом в чашку для замешивания	☐ да ☐ нет
22.	Энергично замешивал до образования однородной тестообразной консистенции в течение 30-60 секунд	☐ да ☐ нет
23.	Поместил оттисковой материал в оттисковую ложку при помощи шпателя	☐ да ☐ нет
24.	Загладил края оттисковой массы	☐ да ☐ нет
25.	Ввел оттисковую ложку в полость рта	☐ да ☐ нет
26.	Отцентрировал оттисковую ложку	☐ да ☐ нет
27.	Наложил оттисковую ложку на зубной ряд, начиная с переднего отдела на нижней челюсти	☐ да ☐ нет
28.	Оформил края оттиска при помощи движения губ, щек, языка	☐ да ☐ нет
29.	Удерживал оттисковую ложку в полости рта до отвердевания	☐ да ☐ нет
30.	Извлек полученный оттиск из полости рта	☐ да ☐ нет
31.	Провел контроль качества полученного оттиска	☐ да ☐ нет
32.	Провел дезинфекцию оттиска	☐ да ☐ нет
33.	Спросил у пациента о его самочувствии	☐ да ☐ нет
Завершение процедуры		
34.	Выключил свет, вернул кресло в первоначальное положение	☐ да ☐ нет
35.	Поместил салфетку защитную одноразовую в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
36.	Снял перчатки медицинские нестерильные	☐ да ☐ нет

37.	Поместил перчатки медицинские нестерильные в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
38.	Снял маску для лица медицинскую одноразовую	☐ да ☐ нет
39.	Поместил маску для лица медицинскую одноразовую в пакет для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
40.	Обработал руки гигиеническим способом кожным антисептиком	☐ да ☐ нет
41.	Сделал запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту стоматологического пациента	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
42.	Выведение излишков альгинатной массы в глотку	☐ да ☐ нет

3. Обезболивание в стоматологии

Информация (брифинг) для ординатора: Вы - врач-стоматолог общей практики. Вам требуется оказать необходимую стоматологическую помощь пациенту. Анамнез собран, данные занесены в медицинскую карту. Проведите необходимую анестезию, соблюдая правила асептики и антисептики. Информированное добровольное согласие подписано. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Ситуация (сценарий)	Проверяемая анестезия
1	Кариес дентина 1.4 зуба	Инфильтрационная анестезия 1.4 зуба
2	Кариес дентина 4.7 зуба	Мандибулярная анестезия 4.7 зуба
3	Хронический апикальный периодонтит зуба 4.7	Торусальная анестезия 4.7 зуба

Сценарий 1: Кариес дентина 1.4

Инфильтрационная анестезия 1.4

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировал его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет

7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настроил освещение)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных ЛУ)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	Провел аппликационную анестезию	☐ да ☐ нет
18.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
19.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
20.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
21.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
22.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
23.	Вскрыл иглу (30G × 21 мм) и утилизировал нижний колпачок контейнер для отходов класса А	☐ да ☐ нет
24.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	☐ да ☐ нет
25.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
26.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
27.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
28.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (45° к альвеолярному гребню)	☐ да ☐ нет
29.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
30.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до периапикальной области)	☐ да ☐ нет
31.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
32.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
33.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
34.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
35.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
36.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет

37.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
38.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц в контейнер для сбора отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
39.	Снял перчатки, маску и утилизировал их (в контейнер для отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
40.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
41.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
42.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

Сценарий 2: Кариес дентина 4.7 зуба

Мандибулярная анестезия 4.7 зуба

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировал его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настроил освещение)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных ЛУ)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	Провел аппликационную анестезию	☐ да ☐ нет
18.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
19.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет

20.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
21.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
22.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
23.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок	☐ да ☐ нет
24.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	☐ да ☐ нет
25.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
26.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
27.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
28.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (корпус шприца на премолярах с противоположной стороны, инъекционная игла между проекцией височного гребешка и крыловидно-нижнечелюстной складкой на уровне середины её высоты)	☐ да ☐ нет
29.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
30.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	☐ да ☐ нет
31.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
32.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел до 0,5 мл раствора анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
33.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
34.	Не извлекая иглы, развернул корпус шприца в сторону фронтальной группы зубов	☐ да ☐ нет
35.	Погрузил иглу в ткани на 2,0-2,5 см	☐ да ☐ нет
36.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
37.		☐ да ☐ нет
	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
	Выждал латентный период действия анестетика	
38.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
39.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
40.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
41.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц в контейнер для сбора отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
42.	Снял перчатки, маску и утилизировал их (в контейнер для отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
43.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
44.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
45.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

Сценарий 3: Хронический апикальный периодонтит зуба 4.7

Торусальная анестезия 4.7 зуба

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Изучил медицинскую карту пациента	☐ да ☐ нет
2.	Установил контакт с пациентом, идентифицировал его личность	☐ да ☐ нет
3.	Оценил функциональное состояние пациента (измерил артериальное давление и частоту пульса)	☐ да ☐ нет
4.	Собрал анамнез (спросил о наличии общих заболеваний, приеме лекарственных препаратов в настоящее время)	☐ да ☐ нет
5.	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6.	Подготовил рабочее место для анестезии (заранее убедился, что всё необходимое есть в наличии)	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Помог занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди	☐ да ☐ нет
9.	Привёл кресло в соответствующее положение	☐ да ☐ нет
10.	Занял правильное положение возле пациента	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости (настроил освещение)	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил перчатки, маску медицинскую трехслойную, шапочку (был в шапочке и маске на шее)	☐ да ☐ нет
13.	Соблюдал последовательность использования (маска, шапочка, перчатки)	☐ да ☐ нет
14.	Провел внешний осмотр (оценил конфигурацию лица, открывание рта, состояние регионарных ЛУ)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	Провел аппликационную анестезию	☐ да ☐ нет
18.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
19.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
20.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
21.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
22.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
23.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок	☐ да ☐ нет
24.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульный инъектор	☐ да ☐ нет
25.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
26.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
27.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет

28.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (корпус шприца в области моляров с противоположной стороны, инъекционная игла на уровне верхней трети крыловидно-нижнечелюстной складки перпендикулярно к слизистой оболочке щеки)	☐ да ☐ нет
29.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
30.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	☐ да ☐ нет
31.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
32.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
33.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
34.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
35.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
36.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для отходов класса Б	☐ да ☐ нет
38.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц в контейнер для сбора отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
39.	Снял перчатки, маску и утилизировал их (в контейнер для отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
40.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
41.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
42.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

4. Удаление зуба на верхней/нижней челюсти

Информация (брифинг) для ординатора: Вы - врач по специальности.

Перед Вами пациент, анамнез собран, осмотр проведен, на ортопантограмме (ОПТГ) костно-деструктивные изменения в области апикальной части зуба, планируется его удаление.

Необходимые данные имеются в медицинской документации. Анестезия проведена.

Информированное добровольное согласие подписано.

Все производимые действия необходимо озвучивать.

Сценарий: Удаление зуба

Хронический апикальный периодонтит зуба 4.2

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1	Поздоровался с пациентом и предложил сесть в кресло	☐ да ☐ нет
2	Представился, обозначил свою роль	☐ да ☐ нет
3	Идентифицировал пациента (спросил у пациента, сверяя с	☐ да ☐ нет

	медицинской документацией, его ФИО и возраст)	
4	Осведомился о самочувствии пациента (обращаясь по имени и отчеству)	☐ да ☐ нет
5	Информировал пациента о процедуре, уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
6	Обеспечил пациента одноразовой салфеткой (на груди)	☐ да ☐ нет
7	Обеспечил собственную безопасность (надел маску и шапочку), подготовил перчатки	☐ да ☐ нет
8	Убедился заранее, что есть всё необходимое (стерильная салфетка в упаковке, пинцет стоматологический, лоток, зеркало стоматологическое, выбранные щипцы, серповидная гладилка, кюретажная ложка, марлевые тампоны, контейнеры для сбора отходов)	☐ да ☐ нет
9	Проверил пригодность всех используемых материалов (срок годности, целостность стерильной упаковки)	☐ да ☐ нет
10	Надел перчатки и правильно подготовил манипуляционный стол (выложил на него все необходимое, не нарушая стерильность)	☐ да ☐ нет
11	Снял и утилизировал перчатки в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
12	Обработал руки хирургическим способом и надел перчатки	☐ да ☐ нет
13	Занял правильное положение возле пациента и обеспечил визуализацию ротовой полости (попросив пациента открыть рот и правильно расположив свет)	☐ да ☐ нет
14	Осмотрел место лечения (при необходимости использовал зеркало)	☐ да ☐ нет
15	Удостоверился в качестве обезболивания (при помощи серповидной гладилки)	☐ да ☐ нет
16	Сепарировал круговую связку удаляемого зуба	☐ да ☐ нет
17	Подготовил правильные щипцы	☐ да ☐ нет
18	Правильно взял выбранные ранее щипцы	☐ да ☐ нет
19	Разместил щипцы в полости рта	☐ да ☐ нет
20	Раскрыл щёчки щипцов	☐ да ☐ нет
21	Правильно последовательно наложил, продвинул и фиксировал щипцы	☐ да ☐ нет
22	Правильно произвел вывихивание зуба	☐ да ☐ нет
23	Извлек зуб из лунки	☐ да ☐ нет
24	Осмотрел удаленный зуб, озвучил, удален ли зуб полностью	☐ да ☐ нет
25	Утилизировал зуб в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
26	Провел кюретаж лунки	☐ да ☐ нет
27	Осмотрел лунку, убедился в формировании кровяного сгустка	☐ да ☐ нет
28	Свел края лунки	☐ да ☐ нет
29	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет
30	Сообщил пациенту, что процедура окончена и он может быть свободен	☐ да ☐ нет
31	Утилизировал одноразовую салфетку пациента в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет

32	Убрал инструменты (отправил серповидную гладилку, щипцы, кюретажную ложку, зеркало, иглодержатель, ножницы на предстерилизационную обработку, утилизировал одноразовый скальпель в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
33	Снял и утилизировал перчатки в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
34	Снял и утилизировал маску в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
35	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
36	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении процедуры	☐ да ☐ нет

5. Препарирование твердых тканей зуба и/или пломбирование кариозной полости
Информация (брифинг) для ординатора:

Вы – врач-стоматолог.

В кабинете Вас ждет пациент. Его анамнез собран, особенностей нет, осмотр проведен, поставлен диагноз: K02 - кариес.

Данные пациента и ранее проведенные манипуляции отражены в медицинской карте стоматологического больного. Местная анестезия проведена. Информированное добровольное согласие подписано. Проведите препарирование или пломбирование кариозной полости стеклоиономерным цементом, соблюдая правила асептики и антисептики. Метод лечения указан в медицинской документации. Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

Сценарий 1: Кариес эмали зуба 1.4

Сценарий 2: Кариес дентина зуба 1.4 (Кариес дентина зуба 4.7)

Сценарии 1: Кариес эмали зуба 1.4

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил визуальный контакт с пациентом	☐ да ☐ нет
2.	Поздоровался с пациентом	☐ да ☐ нет
3.	Представился, обозначил свою роль	☐ да ☐ нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента	☐ да ☐ нет
5.	Ознакомился с историей болезни пациента	☐ да ☐ нет
6.	Информировал пациента о процедуре	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет

8.	Занял правильное положение возле пациента (сел справа от него)	☐ да ☐ нет
9.	Помог занять удобное положение пациенту, привёл стоматологическое кресло в положение необходимое для лечения данного зуба, спросил об удобстве пациента.	☐ да ☐ нет
10.	Обеспечил визуализацию ротовой полости, включил и направил стоматологический светильник	☐ да ☐ нет
11.	Последовательно использовал средства индивидуальной защиты	☐ да ☐ нет
12.	Проверил наконечники (турбинный и механический) для препарирования или шлифования и полирования	☐ да ☐ нет
13.	Провёл осмотр кариозной или подготовленной к пломбированию полости необходимого зуба с помощью зеркала и зонда	☐ да ☐ нет
14.	Правильно выбрал боры	☐ да ☐ нет
15.	Провёл раскрытие кариозной полости шаровидным бором с помощью турбинного наконечника	☐ да ☐ нет
16.	Провёл удаление шаровидным бором на механическом наконечнике поражённых кариозным процессом тканей дентина, сформировал полости округлой формы	☐ да ☐ нет
17.	Проконтролировал качество препарирования	☐ да ☐ нет
18.	Провёл антисептическую обработку отпрепарированной полости, высушил ее воздушной струей из пюстера	☐ да ☐ нет
19.	Завершил процедуру, попросил пациента закрыть рот	☐ да ☐ нет
20.	Снял боры с наконечников и отправил их на дезинфекцию	☐ да ☐ нет
21.	Снял перчатки, маску	☐ да ☐ нет
22.	Утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
23.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
24.	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении процедуры	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
25.	Дотрагивался рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица	☐ да ☐ нет
26.	Использовал расстерилизованный инструмент	☐ да ☐ нет

Сценарий 2

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил визуальный контакт с пациентом	☐ да ☐ нет
2.	Поздоровался с пациентом	☐ да ☐ нет
3.	Представился, обозначил свою роль	☐ да ☐ нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента	☐ да ☐ нет
5.	Ознакомился с историей болезни пациента	☐ да ☐ нет

6.	Информировал пациента о процедуре	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
8.	Занял правильное положение возле пациента (сел справа от него)	☐ да ☐ нет
9.	Помог занять удобное положение пациенту, привёл стоматологическое кресло в положение необходимое для лечения данного зуба, спросил об удобстве пациента.	☐ да ☐ нет
10.	Обеспечил визуализацию ротовой полости, включил и направил стоматологический светильник	☐ да ☐ нет
11.	Последовательно использовал средства индивидуальной защиты	☐ да ☐ нет
12.	Проверил наконечники (турбинный и механический) для препарирования или шлифования и полирования	☐ да ☐ нет
13.	Провёл осмотр кариозной или подготовленной к пломбированию полости необходимого зуба с помощью зеркала и зонда	☐ да ☐ нет
14.	Правильно выбрал боры	☐ да ☐ нет
15.	Изолировал зуб и высушил полость	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку отпрепарированной полости	☐ да ☐ нет
17.	Подготовил стеклоиономерный цемент к пломбированию	☐ да ☐ нет
18.	Внес пломбировочный материал в кариозную полость, провел его моделирование	☐ да ☐ нет
19.	Удалил ватные валики из полости рта	☐ да ☐ нет
20.	Провел проверку окклюзии с помощью артикуляционной бумаги	☐ да ☐ нет
21.	Устранил супраконтакты	☐ да ☐ нет
22.	Провел полирование пломбы	☐ да ☐ нет
23.	Провел проверку краевого прилегания пломбы зондом	☐ да ☐ нет
24.	Завершил процедуру, попросил пациента закрыть рот	☐ да ☐ нет
25.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет
26.	Снял боры с наконечников и отправил их на дезинфекцию	☐ да ☐ нет
27.	Снял перчатки, маску	☐ да ☐ нет
28.	Утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
29.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
30.	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении процедуры	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
31.	Дотрагивался рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица	☐ да ☐ нет
32.	Использовал расстерилизованный инструмент	☐ да ☐ нет

4.2. Аттестационные тесты

1. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЁННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ)

от 3 до 5

от 5 до 10

*от 1 до 16

от 6 до 14

2. ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ

песочной

*тестообразной

тянущихся нитей

резиноподобной

3. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ И ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ

припасовки индивидуальной ложки

определения центрального соотношения челюстей

определения центральной окклюзии

*проверки конструкции съёмного протеза

4. ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СНИМАЮТ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

нижней без протеза

*нижней с протезом

верхней без протеза

верхней с протезом

5. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА

консольного при частичном отсутствии зубов

несъёмного мостовидного протеза

пластиночного при полном отсутствии зубов

*пластиночного при частичном отсутствии зубов

6. СЪЁМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

физиологичным

полуфизиологичным

анатомо-физиологичным

*нефизиологичным

7. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ

носо-губных складок
фильтрума верхней губы
*линии эстетического центра лица
крыльев носа

8. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ

зубным техником на модели
* врачом в полости рта
врачом на модели
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

9. В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

* перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
доходит до экватора сохранившихся зубов
доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

10 ПРИ НАНЕСЕНИИ ОРИЕНТИРОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ЛИНИЯ, ОПУЩЕННАЯ ОТ КРЫЛА НОСА, СООТВЕТСТВУЕТ

медиальной поверхности клыка
дистальной поверхности клыка
* середине клыка
середине первого премоляра

11. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНУ СОЗДАЮТ УСТУП ПОД УГЛОМ

135° круговой
135° только с вестибулярной стороны
90° только с вестибулярной стороны
*90° круговой

12. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ КУЛЬТЕ ЗУБА ПРИДАЮТ ФОРМУ

с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба
* цилиндра с параллельными стенками
в виде конуса
в виде обратного конуса

13. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК МЕТОДОМ НАРУЖНОЙ ШТАМПОВКИ ПРИМЕНЯЮТ ШТАМПЫ, ОТЛИТЫЕ ИЗ

нержавеющей стали
* легкоплавкого сплава
хромо-кобальтового сплава
серебряно-палладиевого сплава

14. СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРИВОДИТ К

- * ослаблению фиксации коронки
- травме пародонта
- затруднённому положению коронки
- эстетическому дефекту в области шейки зуба

15. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

- любого
- цельнолитого
- металлокерамического
- *штамповано-паяного

16. ПЕРЕД СНЯТИЕМ ДВУХСЛОЙНОГО ОТТИСКА РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ НЕОБХОДИМА, ЧТОБЫ

- получить точный отпечаток наддесневой части зуба
- остановить кровотечение
- * получить точный отпечаток поддесневой части зуба
- обезболить десневой край

17. ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- определения центральной окклюзии
- определения методики дублирования модели
- выбора модели
- * выбора пути введения бюгельного протеза

18. ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

- *до оперативного вмешательства
- через 3 дня после удаления зубов
- через 5-7 дней после удаления зубов
- через 2 недели после удаления зубов

19. ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- седловидная
- промывная
- * касательная
- диаторическая

20. ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

- в первые 24 часа после удаления зуба
- * в первые 2-4 часа после удаления зуба
- на 2-12 сутки
- через 1-2 месяца

21. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

повышенному стиранию зубов-антагонистов

множественному кариесу

флюорозу эмали

* функциональной перегрузке пародонта опорных зубов

22. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

соединении кламмера с металлическим каркасом

* соединении всех элементов кламмера и стабилизирующей функции

фиксирующей функции

опорной и удерживающей функциях

23. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ СОСТОИТ В

фиксации протеза

ретенции протеза

* передаче жевательного давления на пародонт опорных зубов

опорной и удерживающей функциях

24. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

плоскую

ласточкина хвоста

квадрата

*ложечкообразную

25. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

стабилизирующую

ретенционную

*опорную

соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

26. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

в области шейки зуба

на режущем крае зуба

на дентальном бугре клыков

* на межбугорковой бороздке премоляров и моляров

27. ЗОНОЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

жевательная поверхность

* гингивальная

экватор

окклюзионная

28. ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

* фиксации протеза
шинировании зуба
перераспределении жевательной нагрузки
опоре

29. ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

поднутрения
* ретенционной
окклюзионной
безопасности

30. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ СОСТОИТ В

записи суставных углов
записи движений нижней челюсти
записи резцового пути
* установке модели верхней челюсти в артикулятор

31. ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИМ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

* искусственная коронка
каркас металлопластмассовой коронки
культевая вкладка
каркас металлокерамической коронки

32. МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА(ММ)

0,5-1,0
1,0-1,5
* 0,3
1,5-2,0

33. К КОРОНКАМ ЖАКЕТА ОТНОСИТСЯ

металлокерамическая
* фарфоровая
литая
штампованная

34. К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ

металлокерамические
металлоакриловые
пластмассовые
* штампованные, литые

35. К КОМБИНИРОВАННЫМ КОРОНКАМ ОТНОСИТСЯ

* металлокерамическая
фарфоровая
пластмассовая
литая

36. К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

металлокерамические
металлоакриловые
*фарфоровые, пластмассовые
цельнолитые

37. ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ

*металлические, неметаллические, комбинированные
литые, штампованные
штампованные
полимеризованные

38. ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

металлокерамические, металлопластмассовые
литые, полимеризованные
пластмассовые, композитные
* опорные, шинирующие, восстановительные

39. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ

пластмассовые, фарфоровые
восстановительные, опорные
*штампованные, полимеризованные, литые,
опорные, металлокерамические

40. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

вкладкой
* искусственной коронкой
штифтовой конструкцией
пломбой

41. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

пломбой
вкладкой
искусственной коронкой
* штифтовой конструкцией

42. ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ

термопластических масс
силиконовых масс
* акриловых пластмасс
альгинатных масс

**43. КОЛПАЧОК _____, СВЕРХУ ПОКРЫВАЮЩИЙСЯ _____
КОРОНКОЙ**

фарфоровый; фарфоровой
*металлический; металлической
пластмассовый; пластмассовой
пластмассовый; металлической

**44. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ ЗУБ
ВОССТАНАВЛИВАЮТ**

* штифтовой конструкцией
экваторной коронкой
полукоронкой
съёмным протезом

45. ПОЛУКОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ НА ГРУППЫ ЗУБОВ

моляры нижней челюсти
моляры верхней челюсти
только премоляры
* фронтальные и премоляры

**46. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО
СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА**

восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента и является
описательным

* пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица
определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии
свободного межокклюзионного промежутка
наличии свободного межокклюзионного промежутка

**47. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ
ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

* центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
высоты нижнего отдела лица
высоты относительного физиологического покоя
жевательной эффективности

**48. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ ОДНОПОЛОСТНОЙ
МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ
СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)**

10-15

15-20

20-25

*6-8

49. ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА (ММ)

* 0,2-0,3

0,5-0,6

0,7-0,8

0,9-1,0

50. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬНУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП

только на нёбной поверхности зуба

на вестибулярной и апроксимальных сторонах

* по всему периметру зуба

только с апроксимальных сторон

51. ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

10-15

* 6-8

15-20

20 - 25

52. УСТУП ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)

120

130

135

*90

53. ТОЛЩИНА ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

0,3-0,5

0,5-0,9

*1,0-1,5

0,1-0,2

54. ТОЛЩИНА КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

0,1

* 0,3

0,2

0,8

55. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

лучшей фиксации коронки
уменьшения риска расцементирования коронки
повышения устойчивости зуба
*уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

56. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ

конусность 6-8°
конусность 15-20°
* параллельность
конусность 10-15°

57. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ

альгинатные
Термопластические
* силиконовые
твёрдокристаллические

58. ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

альгинатной
термопластической
гипсовой
*силиконовой

59. ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИЯ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

воду с добавлением соли
катализатор
воду с добавлением соды
* воду комнатной температуры

60. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ

*при значительной конвергенции зубов
при отсутствии конвергенции
по желанию пациента
у пожилых пациентов

61. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ

пластмассовые индивидуальные
восковые индивидуальные
* стандартные металлические перфорированные
стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

62. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

изготовление штампованных коронок

наличие интактных зубов

старческий возраст пациентов

*необходимость значительного укорочения при препарировании

63. ТОЛЩИНА ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

0,5-0,7

2,8-3,0

* 1,0-1,5

3,5-3,8

64. АЛЬГИНАТНАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

* штампованной

литой

металлопластмассовой

металлокерамической

65. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ С БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СОШЛИФОВКУ

на толщину материала коронки

только экватора

* соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр

формируя конус 9-10°

66. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ

слегка дивергировать

*конвергировать под углом 6-8°

быть строго параллельны

конвергировать под углом 10-15°

67. ТОЛЩИНА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

0,5-0,9

1,0-1,2

*1,8-2,0

0,2-0,4

68. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ГИПСА ПРИ ЕГО ЗАМЕШИВАНИИ ДОБАВЛЯЕТСЯ

сахар

спирт

тетраборат натрия (бура)

*поваренная соль

69. АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА

*воде

воде с добавлением соли

тёплой воде

прилагаемом к материалу катализаторе

70. СИЛИКОНОВАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

штампованной с облицовкой

штампованной стальной

* металлопластмассовой

штампованной золотой

71. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

альгинатную

* силиконовую

цинкооксиэвгеноловую

гипсовую

72. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

альгинатную

цинкооксиэвгеноловую

* силиконовую

Стенс

73. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ ИЛИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ РАБОЧИЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

* силиконовой

альгинатной

гипсовой

Стенсом

74. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

полировка коронки

изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

моделирование литой коронки

*определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

75. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

припасовка литой коронки в полости рта

* моделирование литой коронки

препарирование зуба под литую металлическую коронку

76. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

изготовление разборной комбинированной модели

полировка металлопластмассовой коронки

моделирование каркаса металлопластмассовой коронки

*припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта

77. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

моделирование каркаса металлокерамической коронки

* припасовка металлокерамической коронки в полости рта

глазурирование металлокерамической коронки

изготовление разборной комбинированной модели

78. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

* полировка металлопластмассовой коронки

препарирование зуба под металлопластмассовую коронку

припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта.

79. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

* глазурирование металлокерамической коронки

определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта

припасовка металлокерамической коронки в полости рта

80. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТУПА-СКОСА ПОД УГЛОМ 135° ГРАДУСОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ КОРОНКИ С ОБЛИЦОВКОЙ НЕОБХОДИМЫ БОРЫ

шаровидные

пикообразные

*торпедовидные

цилиндрические

81. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТТИСКОВ ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОПОЛОСКАТЬ РОТ

тёплой водой

*концентрированным раствором поваренной соли

содовым раствором

раствором перманганата калия

82. ЭТАП ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ВКЛЮЧАЕТ

изготовление индивидуальной ложки

подбор оттисковой ложки при помощи функциональных проб

*подбор стандартной оттисковой ложки

перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня

83. УДЕРЖАНИЕ АЛЬГИНАТНОЙ ОТТИСКНОЙ МАССЫ НА НЕПЕРФОРИРОВАННОЙ ЛОЖКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

обработки краёв ложки изоколом

обработки краёв ложки спиртом

обработки краёв ложки перекисью водорода

* лейкопластыря и адгезива

84. У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

замешиваться на воде

не растворяться в дезинфицирующем растворе

сохранять целостность при выведении из полости рта

*давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска

85. РАБОЧАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ПО ОТТИСКУ ИЗ АЛЬГИНАТНОГО МАТЕРИАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ ОТЛИТА НЕ ПОЗДНЕЕ

45 минут

* 15 минут

60 минут

24 часов

86. УСЛОВИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

* наличие зубов-антагонистов в 3 функционально-ориентированных группах зубов

наличие зубов-антагонистов в 2 функционально-ориентированных группах зубов

наличие зубов-антагонистов в 1 функционально-ориентированной группе зубов

патологическая генерализованная горизонтальная стёртость со снижением высоты нижнего отдела лица

87. КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

моделировочного

липкого

бюгельного

*базисного

88. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД НАНЕСЕНИЕМ И ОБЖИГОМ КЕРАМИКИ ВКЛЮЧАЕТ

* пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса; формирование окисной плёнки (обжиг)

обезжиривание каркаса; пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг)
формирование окисной плёнки (обжиг); пескоструйную обработку, обезжиривание
пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг); обезжиривание

89. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ

термопластическим
альгинатным
* силиконовым
твёрдокристаллическим

90. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ

*Спидексом
Репином
Упином
Гипсом

91. СВЯЗЬ КЕРАМИКИ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

гальваническая
*химическая
механическая
биологическая

92. СВЯЗЬ ПЛАСТМАССЫ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

химическая
гальваническая
биологическая
*механическая

93. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ КЕРАМИЧЕСКИЕ МАССЫ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ОБЖИГА (°C)

560-775
775-865
* 850-900
350-560

94. ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

раздражающее действие на слизистую оболочку
изменение цвета
повышенная стираемость
*хрупкость

95. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ ВЫСОКОПРОЧНЫЕ ПЛАСТМАССЫ

* Пиропласт

Стенс

Дентафоль

Дентол

96. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОБЛИЦОВКИ ПЕРВЫМ СЛОЕМ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

эмалевый

дентинный

*грунтовый (опаковый)

глазурь

97. ДЛЯ СНЯТИЯ С ЗУБА ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БОР

карборундовый

односторонний алмазный диск

колесовидный

* твёрдосплавный турбинный

98. ТОЛЩИНУ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

эстезиометром

электромиографом

*микрометром

гнатодинаметром

99. СОЗДАНИЕ БОЛЬШОЙ КОНУСНОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПРИВЕДЁТ К

повреждению десневого края опорного зуба

* расцементировке коронки

повреждению пародонта опорного зуба

отколу керамической массы

100. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

бипрогнатический прикус

прогенический прикус

ортогнатический прикус

* парафункция жевательных мышц (бруксизм)

101. ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ КАРКАСА ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ УСАДКИ СПЛАВА ПРИ ЛИТЬЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

*компенсационный лак

золотая фольга

платиновая фольга

легкоплавкий сплав

102. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

зацепные петли

* окисную пленку

компенсационный лак

перлы

103. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

* перлы

компенсационный лак

окисную пленку

адаптовый колпачок

104. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

плоская форма естественных зубов

* недостаточная высота коронок естественных зубов

чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов

наличие депульпированных зубов

105. ЕСЛИ НА ЭТАПЕ ПРИПАСОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОБНАРУЖЕНО НЕПЛОТНОЕ ПРИЛЕГАНИЕ КРАЯ КОРОНКИ К ШЕЙКЕ ЗУБА, НЕОБХОДИМО

провести коррекцию края коронки крампонными щипцами

укоротить каркас коронки

провести коррекцию края коронки с помощью молоточка и наковальни

* вернуть в лабораторию для переделки коронки

106. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени

*разрушение твёрдых тканей зуба на уровне десны

подвижность корня II-III степени

разрушение твёрдых тканей зуба ниже уровня десневого края до $\frac{1}{2}$ длины корня

107. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОМУ МОСТОВИДНОМУ ПРОТЕЗУ, ВКЛЮЧАЮТ

* восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов,

соответствие цвета керамической облицовки цвету естественных зубов

погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну

плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки

исправления аномалий развития зубочелюстной системы

108. НА ЭТАПЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ ЛАБОРАТОРИИ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ

гипсовые модели, загипсованные в артикулятор

металлический каркас консольного протеза

консольный протез с облицовкой

* гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками

109. КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЁМНОГО МОСТОВИДНОГО МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

* керамическая масса

воск

слепочная масса

гипс

110. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСИТСЯ

прогенический прикус

перекрёстный прикус

прямой прикус

* большая протяженность дефекта зубного ряда

111. ОККЛЮДАТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

* только вертикальные

сагиттальные и боковые

сагиттальные, боковые и вертикальные

только сагиттальные

112. АРТИКУЛЯТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

только боковые движения

только вертикальные

сагиттальные и вертикальные

*сагиттальные, боковые и вертикальные

113. К ТВЁРДОКРИСТАЛЛИЗУЮЩИМСЯ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

*гипсы

С-силиконы

А-силиконы

тиоколовые

114. К ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИМ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

Спидекс

Репин

гипс

* Стенс

115. К АЛЬГИНАТНЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

Сиэласт

* Ипин

Спидекс

Тиодент

116. К СИЛИКОНОВЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

масса Керра

Стомальгин

* Спидекс

гипс

117. К ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

*постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу

коррекция протеза

получение оттисков

проверка конструкции протеза

118. К КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

замена воска на пластмассу,

постановка искусственных зубов

шлифовка и полировка готового протеза

* проверка конструкции протеза, коррекция протеза

119. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

постановки искусственных зубов

изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

* замены воска на пластмассу

определения центральной окклюзии

120. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

замены воска на пластмассу

отделки протеза

изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

* постановки искусственных зубов

121. ПОСЛЕ ЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ПОТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП

коррекции протеза

* проверки конструкции протеза

определения центральной окклюзии

получения оттисков

122. ОТРОСТОК УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ

между экватором и окклюзионной поверхностью

на вестибулярной поверхности зуба

между экватором и десной

* по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами

123. УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР СОСТОИТ ИЗ

отростка, окклюзионной накладки

окклюзионной накладки, ответвления

* плеча, тела, отростка

ответвления, тела, окклюзионной накладки

124. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В КОНТАКТЕ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

тело

* плечо

отросток

окклюзионная накладка

125. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА, НАЗЫВАЕТСЯ

плечо

тело

* отросток

дуга

126. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ УДЕРЖИВАЕТСЯ НА ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ

пластмассовых зубов

* кламмеров

базиса

фарфоровых зубов

127. С ПОМОЩЬЮ КРАМПОНОВ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА УДЕРЖИВАЮТСЯ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ

пластмассовые

литые

* фарфоровые

128. ПРОТЕЗНЫМ ЛОЖЕМ ДЛЯ БАЗИСА ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА

альвеолярного отростка

альвеолярного отростка и мягкого нёба

альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба

*альвеолярного отростка, твёрдого нёба, частично нёбная поверхность сохранившихся зубов

129. [T002739] НАРУЖНЫЙ КРАЙ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ

* по переходной складке с вестибулярной стороны, обходя уздечку и тяжи, перекрывая альвеолярные бугры

с нёбной стороны, перекрывая боковые зубы на $\frac{2}{3}$

с нёбной стороны, перекрывая передние зубы на $\frac{1}{3}$

по альвеолярным буграм верхней челюсти

130. ГРАНИЦЫ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕКРЫВАЮТ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗУБЫ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ НА

1/2

2/3

*1/3

3/4

131. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ

не касаясь зубов

по середине коронки зубов

перекрывая коронки зубов на $\frac{1}{3}$

* перекрывая коронки зубов на $\frac{2}{3}$

132. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ

*перекрывая коронковую часть зубов на $\frac{2}{3}$

не касаясь зубов

в пришеечной области зубов

перекрывая коронковую часть зубов на $\frac{1}{3}$

133. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

повышенной степенью твёрдости

длительным сохранением эластичности

*химическим соединением с жёстким акриловым базисом протеза

незначительной степенью усадки

134. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

длительным сохранением эластичности

*потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора

незначительной степенью усадки

повышенной степенью твёрдости

135. ПРОМЫШЛЕННЫЙ ВЫПУСК АКРИЛОВЫХ ПОДКЛАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

пасты, катализатора и подслоя (праймера)

* полимера, мономера

основной и катализаторной масс

пластин, армированных металлическими сетками

136. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

пластмассы

керамические массы

* термопластические массы

металлические сплавы благородных металлов

134. ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ НАЗЫВАЮТ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

податливости слизистой оболочки

*пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели

подвижности слизистой оболочки

болевой чувствительности

135. ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ПОЗДНЕМ (ОТСРОЧЕННОМ) ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

* через 4 и более недель после удаления зубов

через 1-5 дней после удаления зубов

до удаления зубов

в день удаления зубов, сразу после операции

136. ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

через 1-5 дней после удаления зубов

через 4 и более недель после удаления зубов

*до удаления зубов

в день удаления зубов

137. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАССТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

уздечка языка

уздечка верхней губы

уздечка нижней губы

*центр лица

138. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

* зонд, зеркало

штопфер, зонд

гладилка, зонд

пинцет, зеркало

139. [СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ____ °С ____ МИНУТ

125; 45

160; 40

* 180; 45

80; 60

140. МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ (ХОЛОДНОЙ) СТЕРИЛИЗАЦИИ СТЕРИЛИЗУЮТ

наконечники

боры

* зеркала, изделия из стекла

одноразовые шприцы

141. В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТ

зеркало

* пинцет

зонд

шприц

141. АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ

* марлевые тампоны, наконечники

одноразовые шприцы

пластмассовые шпатели

слюноотсосы, зеркала

142. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

15-16

*18-23

17-18

143. ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «АССИСТИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

стерилизация наконечников

дезинфекция боров

дезинфекция эндодонтического инструментария

*предстерилизационная очистка и смазывание наконечников

144. СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

перевязочного материала

белья

* целлюлозных инструментов

ватных валиков

145. СРЕДСТВОМ, ИСПОЛЪЗУЕМЫМ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ, ЯВЛЯЕТСЯ

1% раствор перекиси водорода

* 6% раствор перекиси водорода

0,5% раствор хлорамина

75% метиловый спирт

146. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОРЫ ПОМЕЩАЮТ В

сухожаровой шкаф

гласперленовый стерилизатор

* дезинфицирующий раствор

«Терминатор»

147. С ПОМОЩЬЮ АМИДОПИРИНОВОЙ ПРОБЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

* остатки крови на инструментах

остатки моющих средств

стерильность инструментов

наличие жира

148. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗЕРКАЛА СТЕРИЛИЗУЮТСЯ МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО ВРЕМЕНИ (ЧАС)

2-3

3

*1-2

4-5

149. В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗУЮТ

стоматологические зеркала

вату, бельё

оттиски

* боры, эндодонтический инструментарий

150. В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ

горячим паром

* нагретыми стерильными шариками

облучением

раствором глутаральдегида

151. ПОВЕРХНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ ОРАБАТЫВАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ

* после приёма каждого пациента

1 раз в день

2 раза в день

3 раза в день

152. ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

20

25

* 30

40

153. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПЛОЩАДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

10

* 8

20

25

154. КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ДЕНЬ (КОЛИЧЕСТВО РАЗ)

* 3

1

2

4

155. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)

1,0

1,2

* 1,5

2,0

156. ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

* 14

12

10

157. НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ (КВ. М)

15

14

* 10

5

158. ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА НАПРАВЛЕНИЕ

южное

* северное

западное

восточное

159. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНО НА

двери

стену

врача

* окно

160. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКОС ИГЛЫ НАПРАВЛЕН

ОТ КОСТИ

* К КОСТИ

В КОСТЬ

МИМО КОСТИ

161. ТРАНКВИЛИЗАТОРОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНКСИОЛИТИЧЕСКИМ, СЕДАТИВНЫМ, ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И СНИЖАЮЩИМ САЛИВАЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

* Гидроксизин (Атаракс)

Тофизопам (Грандаксин)

Тенотен

Фабомотизол (Афобазол)

162. ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

асистолия

арефлексия

*асфиксия

афазия

163. ПАЦИЕНТУ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

* 3% Мепивакаин, 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

2% Лидокаин с Эпинефрином 1:100000

4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

164. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНИЛСЯ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ, В ОЖИДАНИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» СЛЕДУЕТ

ввести Сальбутамол через небулайзер

ввести внутривенно Супрастин

ввести внутривенно Эуфиллин

* начать искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ), массаж сердца

165. ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

* 3% Мепивакаин, 4% Артикаин

4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

166. ПРИЁМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ ПРИЁМ

* Геймлиха

Вайсблата

Труссо

Кохера

167. ПАЦИЕНТУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

* 4% Артикаин, 3% Мепивакаин

4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

168. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СЛЕДУЕТ

на границе нижней и средней части грудины

на мечевидном отростке грудины

* на средней части грудины

на верхней части грудины

169. БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫБИРАТЬ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

Мепивакаина

* Артикаина
Лидокаина
Прокаина (Новокаина)

170. ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ УДАРОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА В МИНУТУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

80-100
50-70
*100-120
110-130

171. ПРИ ВЫБОРЕ ДОЗЫ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЕТАМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

*фармакокинетику препарата
возраст ребёнка
массу тела ребёнка
фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребёнка

172. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВДВОЁМ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СООТНОШЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ (ИВЛ) СОСТАВЛЯЕТ

1:4
1:5
* 30:2
5:2

173. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

Мепивакаин
* Артикаин
Лидокаин
Бупивакаина

174. НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ

судорожного припадка
гипертонического криза
стенотической асфиксии
* приступа стенокардии

175. ПАЦИЕНТАМ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ

Мепивакаин
* Эпинефрин (Адреналин)
Лидокаин
Артикаин

176. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

анаболические гормоны, антибиотики

антиаритмики, сердечные гликозиды

* глюкокортикоиды, Эпинефрин, антигистамины, Эуфиллин

диуретики, седативные

177. ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ

* наружной сонной

лучевой

локтевой

плечевой

178. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ

в нижнюю треть носогубной складки

в основание носа

* на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия

в нижнюю границу нижнего века

179. ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

сидячее

* горизонтальное с приподнятыми ногами

на правом боку

на левом боку

180. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

* переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти;
альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти;
переходной складки в области премоляров на верхней челюсти;
переходной складки в области клыка на верхней челюсти;

181. ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

тахикардия

* снижение тонуса мышц

гипертония

гипертермия кожи

182. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти

переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

переходной складки в области клыка на верхней челюсти

* переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти

183. ДЛЯ КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

артериальная гипертония

суженный зрачок

* бледность и влажность кожных покровов

двигательное беспокойство

184. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНЕРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЕГОРОВУ ПРОВОДИТСЯ

через кожные покровы на уровне средней трети носогубной складки

* через кожные покровы на уровне передненижнего угла скуловой кости

в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти

в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти

185. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

* давящих болей в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
тяжести в области живота

гипотонии

длительной боли в области сердца

186. [ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти

* твёрдого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нёбного отверстия на
уровне третьего моляра на верхней челюсти

переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

переходной складки в области клыка на верхней челюсти

187. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

инсульта

тиреотоксического криза

* обморока

приступа стенокардии

188. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОЙ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА НОСОНЁБНОГО НЕРВА) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти

альвеолярного отростка с нёбной стороны в области клыка на верхней челюсти

переходной складки в области клыка на верхней челюсти

* основания резцового сосочка на верхней челюсти

189. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

Торусальную

* инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва)

туберальную

резцовую (блокаду носонёбного нерва)

190. ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

общая возбудимость

влажность кожных покровов

* чувство голода

беспокойство

191. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

торусальную

Туберальную

* инфраорбитальную

резцовую (блокаду носонёбного нерва)

192. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

*туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

ментальную (анестезию в области подбородочного отверстия)

палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия), инфраорбитальную

палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

193. ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

сухие, гиперемизированные

сухие, бледные

влажные, гиперемизированные

*влажные, бледные

194. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

* туберальную

инфраорбитальную

торусальную

палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

195. ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЫПОЛНЯЮТ

тораотомию

трахеотомию

* коникотомию

корнеотомию

196. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

* инфраорбитальную и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
туберальную
торусальную
по J.O. Akinosi

197. ДОМИНИРУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ АНАФИЛАКСИИ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА) ЯВЛЯЕТСЯ

приступ удушья
кардиогенный шок
* сосудистый коллапс
крапивница

198. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

туберальную
палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
* инфраорбитальную
ментальную (в области подбородочного отверстия)

199. ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

* инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва) и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
по Гоу-Гейтсу
палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

200. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЭПИНЕФРИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО 1 МЛ

Мезатона
Норадреналина
* Атропина
Дексаметазона

201. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

Туберальную
* инфраорбитальную
по J.O. Akinosi
палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

202. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО

увеличить частоту дыхания
задержать вдох
* замедлить частоту дыхания
задержать выдох

203. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ И КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

* инфраорбитальную
нёбную
резцовую
туберальную

204. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ

* полусидя
лёжа
полулёжа
сидя

205. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ СПОСОБОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

резцовая
туберальная
* инфильтрационная
нёбная

206. ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИЁМ

Сафара
* Геймлиха
Альцгеймера
Тренделенбурга

207. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

* туберальную
резцовую
Вазирани-Акинози
нёбную

208. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- * хронический пародонтит тяжёлой степени
- наличие свищевого хода
- хронический гранулирующий периодонтит
- хронический гранулёматозный периодонтит

209. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

Туберальную

- * нёбную
- ментальную
- резцовую

210. ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ

- * хронический двухкорневого зуба
- острый гнойный
- острый серозный
- хронический однокорневого зуба

211. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЁБНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

Инфраорбитальную

- * резцовую (блокаду в области резцового отверстия)
- по Гоу-Гейтсу

212. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

врач стоит сзади и справа от больного

- * врач стоит справа и спереди от больного
- пациент находится в лежачем положении
- голова больного на уровне локтевого сустава врача

213. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИЯ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- * хронический гранулирующий периодонтит
- острый гнойный пульпит
- хронический гангренозный пульпит
- хронический одонтогенный гайморит

214. ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- * задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- резцового нерва
- передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

215. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ

- * одонтогенный остеомиелит
- гангренозный пульпит
- гранулирующий периодонтит
- гранулёматозный периодонтит

216. ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
- средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- носонёбного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей
- верхнечелюстного зубного сплетения
- * средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

217. ПОКАЗАНИЕМ К СЕКВЕСТРЭКТОМИИ СЛУЖИТ

- * подвижность секвестра
- разрежение костной ткани в очаге поражения
- анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- хронический периостит

218. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ) НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- * большого нёбного нерва
- средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

219. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ

- * резекция верхушки корня
- повторное эндодонтическое лечение
- гемисекция
- ампутация корня

220. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- * некупируемое гнойное воспаление в периодонте
- неполный вывих зуба
- разрушение коронки зуба
- подвижность зуба 3 степени

221. КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ

- * в области бифуркации 3.6 зуба
- у вершины переднего щёчного корня 1.6 зуба
- у вершин обоих корней 4.6 зуба
- в области вершины корня 3.1 зуба

222. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ

дезинфекции

стерилизации

- * предстерилизационной очистки
- каждого этапа дезинфекции

223. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ КРОВИ И БЕЛКОВЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

- * амидопириновая
- йодиоловая
- бензидиновая
- фенолфталеиновая

224. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛЮНООТСОСЫ

дезинфицируют

- * утилизируют
- стерилизуют
- промывают

225. ПОСЛЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ИМЕЛ МЕСТО КОНТАКТ РУК С ХЛОРННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, СМОЧЕННЫМ РАСТВОРОМ

- * 1% гипосульфита натрия
- 2% перекиси водорода
- 0,05% хлоргексидина
- 70% медицинского спирта

226. РАБОТНИКАМ, ЗАНЯТЫМ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ АМАЛЬГАМЫ, ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬСЯ

медицинские халаты без воротников

хирургические халаты с карманами

одноразовые медицинские шапочки

- * хирургические халаты без карманов

227. РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН В ОТДЕЛЬНОМ ПОМЕЩЕНИИ, ПЛОЩАДЬ КОТОРОГО ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- * 6
- 8
- 9

228. ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЙОДА ПОКАЗАН ПРИ

остром периодонтите

* медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите

хроническом фиброзном пульпите

любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами

229. ФЛЮКТУОРИЗАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ

* острым периодонтите

кариесе зубов

хроническом периодонтите

хроническом пульпите

230. ФИЗИОТЕРАПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

гипертрофическом гингивите

хроническом пародонтите

* идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
пародонтозе

231. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

* профессиональная гигиена

гингивэктомия

общая антибиотикотерапия

кюретаж

232. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО

* проведение реминерализующей терапии

уменьшение частоты индивидуальной гигиены

окклюзионное регулирование

системное использование препаратов фтора

233. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

медикаментозное противовоспалительное лечение

хирургическое лечение

* профессиональная гигиена полости рта

ортопедическое лечение

234. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ (ДНИ)

15-18

20-24

* 2-14

26-30

235. УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- * устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- выбор местнообезболивающих средств
- применение кератопластических средств
- применение антибактериальных препаратов

236. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания

удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания

- * удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

237. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- * обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств;

гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию;

гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок;

устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа;

238. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- * культуральная инактивированная герпетическая вакцина
- интерферон лейкоцитарный
- кислота аскорбиновая
- гистаглобулин

239. С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

блокада Н-холинорецепторов

- * стимуляция выработки эндогенного интерферона
- седативное воздействие на центральную нервную систему (ЦНС)
- приём антигистаминных препаратов

240. КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- * светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
- размягчённого дентина на дне и стенках кариозной полости

плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося
детектором кариеса

241. ПРИ ДЕПУЛЬПИРОВАНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АНЕСТЕЗИЮ

- инфильтрационную с язычной стороны
- инфраорбитальную
- Палатинальную
- * инфильтрационную с вестибулярной стороны

242. КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ

- * до физиологической верхушки
- до анатомической верхушки
- не доходя 2 мм до апикального отверстия
- на $\frac{2}{3}$ длины канала

243. ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМОФИЛ» ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ

- одного центрального штифта
- * разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- пломбировочного материала пастообразной консистенции

244. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗУБАХ, «НЕ ВЫДЕРЖАВШИХ ГЕРМЕТИЗМА», С ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ НЕПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ

- * трансканальный электрофорез
- антибиотики
- гормональную терапию
- резорцин-формалиновый метод

245. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- * витальная экстирпация
- биологический метод
- витальная ампутация
- девитальная ампутация

246. КОАГУЛЯЦИЮ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ (СЕК)

- 4-6
- 6-8
- 8-10
- * 3-4

247. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

* Gates-glidden
фиссурный бор
пиковидный бор
H-file

248. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ

дистальный нёбный

дистальный щёчный

* мезиальный щёчный
мезиальный нёбный

249. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПЛОХО ПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД

* депофореза гидроксида меди-кальция
резорцин-формалиновый
диатермокоагуляции
ультрафонофореза йодида калия

250. КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ

локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров

кариеса корня одного из корней многокорневых зубов

* локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов

наличия трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов

251. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

* механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
резекция верхушки корня зуба
выведение зуба из окклюзии
применение одного из импрегнационных методов

252. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА

не перекрывается композитом

накладывается на края полости

* перекрывается композитом
накладывается на стенки полости

253. К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ ПУЛЬПЫ ВЕДЁТ ПРЕПАРИРОВАНИЕ

* прерывистое с охлаждением
непрерывное без охлаждения
непрерывное с охлаждением
прерывистое без охлаждения

**254. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ
СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ**

химической связи композиционного материала с эмалью
равномерного распределения нагрузки на ткани зуба

- * увеличения площади сцепления
- улучшения полирования композита

**255. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ
СИСТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОТРАВЛИВАТЬ**

- * эмаль 30 секунд, а дентин - 15 секунд
- эмаль и дентин 15 секунд
- эмаль 30-60 секунд
- эмаль и дентин 30-60 секунд

**256. СРОКИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА СОКРАЩАЮТСЯ ПРИ
ПРИМЕНЕНИИ**

кортикостероидных гормонов
антибиотиков

- * пиримидиновых оснований
- ферментов

**257. ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
БОЛЕЕ 2 НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО**

- * перепломбировать зуб, используя прокладку из стеклоиономерных цементов (СИЦ)
- депульпировать зуб
- тщательно отполировать пломбу
- обработать реставрацию фторсодержащим препаратом

**258. НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО
ОТВЕРСТИЯ И ПОДГОТОВКИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ 16 ИЛИ 26 ЗУБА
ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ**

дистальный нёбный

- * медиальный щёчный
- дистальный щёчный
- нёбный

259. К АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ

- * Элюдрил и Корсодил
- Эльгидиум и Диоксиколь
- Пародиум и Сангвиритрин
- Имудон и Элюгель

**260. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ
ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

3% раствор Гипохлорита натрия

Оксиэтилендифосфоновая кислота (Ксидифон)

Раствор Перекиси водорода

* Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТ)

261. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ

* Гидроксид кальция и слой стеклоиономерного цемента (СИЦ)

Цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака

Гидроксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент

Гидроксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента

262. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Этилендиаминтетрауксусную кислоту (ЭДТ)

Крезофен

Химотрипсин

* Каталюгем

263. К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ

* содержащие гидроокись кальция

сульфаниламидные

кортикостероидные

эвгенолсодержащие

264. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ

прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала

кондиционирование дентина

* противовоспалительное, противомикробное, одонотропное действие

эстетику реставрации

265. ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ

* параформальдегидную

резорцинформалиновую

цинкоксидэвгеноловую

мышьяковистую

266. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ

Этиловый спирт и вкусовые добавки

Хлоргексидин и Гипохлорид

* Ферменты и экстракты лечебных трав

Антибиотики

267. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- * раствор 0,05% Хлоргексидина
- 20% раствор Натрия бората в глицерине
- 5% Бутадионовая мазь
- Индометациновая мазь

268. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОКАЗАНЫ

- витамины
- препараты, содержащие декстраназу
- * препараты фтора
- гормоны

269. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕТОДИКУ

- * искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
- устранения смазанного слоя
- реставрации
- искусственного насыщения эмали органическими компонентами

270. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- * кальций, фтор
- натрий, магний
- йод, бром
- железо, стронций

271. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО

- * стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
- увеличению прироста кариеса
- появлению новых белых кариозных пятен
- уменьшению воспаления тканей десны

272. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА 1.6 ЗУБА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНЕСТЕЗИЮ

- с нёбной стороны
- в области резцового отверстия
- * по переходной складке с вестибулярной стороны
- в области подглазничного отверстия

273. ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ

- * случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет
- остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
- случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

274. МЕТОД ТОННЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ (КЛАСС ПО БЛЭКУ)

* 2

1

3

4

275. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОЧАГОВОМ) ПУЛЬПИТЕ

* сохранение жизнеспособности всей пульпы

девитализацию пульпы

витальную ампутацию

витальную экстирпацию

276. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОБЩЕМ) ПУЛЬПИТЕ

девитализацию пульпы

сохранение жизнеспособности всей пульпы

витальную ампутацию

* витальную экстирпацию

277. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД

сохранения жизнеспособности всей пульпы зуба

витальной ампуляции

* витальной экстирпации

девитализации

278. НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПЕКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЁТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

* с использованием системы «Термофил»

центральный штифтом

пастой

с использованием серебряных штифтов

279. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ

Теброфеновую, Оксолиновую

Зовиракс, Ацикловир

Неомициновую, Тетрациклиновую

* Клотримазол, Нистатиновую

280. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ

* Канестен

Солкосерил

Оксолиновая

Флореналовая

281. К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ

антибиотиками

* кортикостероидами

транквилизаторами

противогрибковыми

282. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

* удалить верхний рыхлый слой налёта, обработать 1-2% раствором Гидрокарбоната натрия, а затем Канестеном или Клотримазолом

обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

провести антисептическую обработку, затем смазать Неомициновой, Синтомициновой мазями

обезболить слизистую оболочку, смазать мазью Ацикловир

283. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ОТНОСЯТ

Тетрациклин

Сульфадиметоксин

* Ацикловир

Нистатин

284. ПРИ КАНДИДОЗЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ (%)

* 1-2

4-5

7-9

10-15

285. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

жаропонижающее

антисептическое

кератопластическое

* противовирусное

286. ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

* блокаду вируса

выявление и устранение очагов хронической инфекции

укрепление сосудистой сети

эпителизацию

287. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

устранение очага инфекции

- * восстановление нормальной микрофлоры
- десенсибилизация организма
- устранение воспаления

288. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (В ПЕРИОД РЕМИССИИ) СОСТОИТ В

- * проведении санации полости рта
- воздержании от лечения зубов
- назначении антибиотиков
- применении антисептиков

289. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД) СОСТОИТ В

- * направлении к врачу-дерматологу
- направлении к врачу-венерологу
- назначении кортикостероидных гормонов
- назначении антибиотиков

290. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ

Лоринден С

Солкосерил

- * 20% раствор Тетрабората натрия в глицерине
- Флуцинар

291. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ

- * суммой кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума
- суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума
- суммой запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума
- отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента

292. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

интенсивностью стоматологического заболевания

стоматологической заболеваемостью населения

- * распространённостью стоматологического заболевания
- уровнем стоматологической помощи населению

293. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА (ЛЕТ)

- * 35-44
- 12-14
- 18-20
- 25-35

294. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ КАРИЕСОМ НАЗЫВАЮТ

* число впервые выявленных случаев заболевания за определённый промежуток времени

число людей, имеющих заболевание на момент обследования

число кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного обследуемого

среднее количество кариозных, удалённых и запломбированных зубов в группе населения

295. УПРОЩЁННЫЙ ИНДЕКС ГИГИЕНЫ ONI-S ПО ГРИНУ-ВЕРМИЛЛИОНУ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ПОВЕРХНОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ЗУБОВ И ОРАЛЬНОЙ ЗУБОВ

* 16, 11, 26, 31; 36, 46

16, 26, 36, 46; 11, 21

36, 46; 16, 11, 26, 31

11, 21; 16, 26, 36, 46

296. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ОКРАШИВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

Метиленового синего

1% раствор Иодиола

5% спиртовой раствор Йода

* Шиллера-Писарева

297. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

* рациональная гигиена полости рта

сбалансированное питание

полоскание полости рта растворами фторидов

санация полости рта

298. ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ ЗАЩИТНЫМ ФАКТОРОМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

пелликула

бикарбонатный буфер в слюне

* слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора

повышенная вязкость ротовой жидкости

299. ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

* гликопротеидов слюны

эмалевого органа

муцина

энамелабластов

300. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

* десневая жидкость

слюна

ротовая жидкость
пища

301. ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ДИАГНОЗЕ "ПЕРИОДОНТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС" ЯВЛЯЕТСЯ

* проведение под обезболиванием инструментальной и медикаментозной обработки и пломбировка канала
применение девитализирующей пасты, проведение эндодонтического лечения
оставление зуба открытым
проведение временного пломбирования корневых каналов

302. СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕ НУЖНО НАЧИНАТЬ С

* профессиональной гигиены полости рта
лечения заболеваний пародонта
выявления кариеса
эндодонтического лечения

303. ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЁННОГО КАНАЛА, НЕОБХОДИМО

выбрать инструмент соответственно толщине канала
отказаться от расширения канала
* заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
воспользоваться только химическими средствами расширения канала

304. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ

* гиперемии пульпы у пациента 18 лет
остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
хроническом пульпите у пациента 23 лет

305. ПОЛНОЕ СОХРАНЕНИЕ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

* гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
остром гнойном пульпите
хроническом пульпите
остром периодонтите

306. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ В

* молярах
резцах
клыках
премолярах

307. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

случайном вскрытии пульпы зуба
* острым гнойным пульпитом

остром очаговом пульпите
неэффективности биологического метода

308. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДИФФУЗИИ МЫШЬЯКОВИСТОЙ КИСЛОТЫ В ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ СОСТОИТ В

- * удалении некротизированного участка, обработке антидотом
- обработке некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
- удалении некротизированного участка
- обработке некротизированного участка обезболивающими средствами

309. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ

- * витальную экстирпацию
- сохранение жизнеспособности всей пульпы
- витальную ампутацию
- девитализацию пульпы

310. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ

- * витальную экстирпацию
- витальную ампутацию
- сохранение жизнеспособности всей пульпы
- девитализацию

311. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА ПОЛОМКА ИНСТРУМЕНТА ПРИ ОБРАБОТКЕ КАНАЛА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- информировать об этом пациента
- измерить оставшуюся в руках часть инструмента
- * сделать рентгенографию зуба
- немедленно попытаться извлечь инструмент

312. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- * недавно перенесённый инфаркт миокарда
- недостаточность функции надпочечников
- лучевая терапия
- сахарный диабет

313. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА, ВКЛЮЧАЕТ

- * раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата
- пломбирование канала и разрез по переходной складке
- удаление зуба
- назначение курса противовоспалительной терапии

314. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

изготовление искусственных коронок

* реминерализующее лечение

удаление зубов

депульпирование зубов

315. К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

* пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта

гибель пульпы

эндодонтическое лечение

кровоизлияния в пульпу

316. К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

загрязнение поверхности зубов

беременность и кормление грудью

аллергию на перекись водорода

* убыль эмали, обнажение корней зубов

317. К ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

* аллергию на перекись водорода, беременность, кормление грудью

обширную реставрацию

большую пульпарную полость

выраженное воспаление пародонта

318. ЦЕЛЬЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* исключение рецидива кариеса

создание контактного пункта

восстановление формы зуба

финирование полости

319. ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* создание условий для фиксации пломбы

восстановление функции зуба

создание контактного пункта

восстановление анатомической формы зуба

320. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

иссечение поражённой эмали с последующим пломбированием

сошлифование поражённой эмали дисками

микроабразия

* восстановление минерального состава эмали

321. ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ

* К-пример

К-файл

Н-файл

пульпоэкстрактор

322. ПРИ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЯЮТ

* наложение мышьяковистой пасты

ампутацию пульпы

раскрытие полости зуба

инструментальную обработку каналов

323. ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПРЕДЕНТИН СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЮТ УДАЛЯТЬ

* К-файлом

пульпэкстрактором

корневой иглой

К-примером

324. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ (ЭКСТИРПАЦИЯ) В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

иглу Миллера

* пульпэкстрактор

К-файл

К-пример

325. МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ВКЛЮЧАЕТ

* последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением

введение в канал одного центрального штифта

326. СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

введение в канал одного центрального штифта

* введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением

последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

327. К ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- * К-файл и Н-файл
- К-ридер
- пульпэкстрактор
- каналонаполнитель

328. КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- определения глубины корневого канала
- удаления пульпы
- распломбирования каналов

- * пломбирования каналов

329. ПОЛОСТЬ ЗУБА ВСКРЫВАЮТ

- * шаровидным бором №1
- карборундовой головкой
- финиром
- фиссурным бором

330. РАБОЧУЮ ДЛИНУ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- * рентгенографией
- субъективными ощущениями
- термодиагностикой
- электроодонтодиагностикой (ЭОД)

331. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ

- Н-файлы
- пульпэкстракторы
- * спредеры
- плагеры

332. КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ (АМПУТАЦИЯ) УДАЛЯЮТ

- штопфером
- зондом
- * экскаватором
- колесовидным бором

333. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО МЕТОДУ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- * спредер
- Н-файл
- развёртку
- пульпэкстрактор

**334. МЫШЬЯКОВИСТУЮ ПАСТУ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В ЗУБ
НАКЛАДЫВАЮТ НА (СУТ.)**

- * 2
- 3
- 1
- 5

**335. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА
ИСПОЛЬЗУЮТ**

гладилку, пинцет

пинцет, зеркало

- * зеркало, зонд
- штопфер, зонд

**336. ПОЛОСТЬ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ
БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ**

- * щёчно-нёбном
- по оси зуба
- переднезаднем
- щёчно-заднем

**337. ПОЛОСТЬ ЗУБА В МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ
БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ**

- * переднезаднем
- по оси зуба
- щёчно-язычном
- заднеязычном

**338. К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО ВЫХОДА ПЛОМБИРОВОЧНОГО
МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТНОСЯТ**

- * избыточное расширение апикального отверстия
- перфорацию стенки корневого канала
- отлом стержневого инструмента в канале
- недостаточную медикаментозную обработку канала

339. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

клиническом выздоровлении

развитии периостита

- * восстановлении периодонта до нормального физиологического состояния
- переходе в хронический периодонтит

**340. [Т002333] КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ПЕРИОДОНТИТА УСПЕШНО, ЕСЛИ**

- * канал запломбирован полностью
- периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- канал запломбирован не полностью

зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

341. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- * устранение очага одонтогенной инфекции
- сохранение зуба
- прохождение корневого канала
- воздействие на микрофлору корневого канала

342. ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- * периостите, подслизистом абсцессе
- остром периодонтите пульпарного происхождения
- хроническом пульпите
- хроническом язвенном пульпите

343. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

- удалении зуба
- хроническом пульпите
- переходе в кистогранулёму
- * клиническом выздоровлении

344. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА СО СВИЩЁМ ВОЗМОЖЕН ПЕРЕХОД

- в фиброзную форму
- * в корневую кисту или гранулёму
- к клиническому излечению
- к физиологическому восстановлению

345. ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТБЕЛИВАНИЯ МОЖНО

- * применением лазерной технологии
- предварительным депульпированием зуба
- удалением поверхностного слоя эмали
- уменьшением экспозиции отбеливателя

346. ДЛЯ ДОМАШНЕГО ОТБЕЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРЕКИСЬ КАРБАМИДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

- * 10-12
- 5-7
- 25-35
- 35-40

347. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ (%)

- * 25-30
- 5-7
- 10-12

348. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТНИСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ (БЕЛОЕ ПЯТНО) ВЫПОЛНЯЮТ

- * микроабразию
- отбеливание¹⁴⁴
- пломбирование
- реминерализацию

349. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ пятнистой форме флюороза

- кариесе дентина
- * кариесе в стадии белого пятна
- кариесе в стадии пигментированного пятна

350. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- * врождённый порок сердца в стадии декомпенсации
- аллергия к местному анестетику
- хронический пиелонефрит
- болезнь Дауна

351. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- цистотомия
- криотерапия
- * цистаденэктомия
- склерозирование

352. К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- * острый герпетический стоматит
- активная форма туберкулёза
- сахарный диабет
- тиреотоксикоз

353. МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гипоплазия эмали
- некроз пульпы
- * обострение хронического пародонтита
- кариес дентина

354. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- * тризм

гипертонический криз
анафилактический шок
отёк Квинке

355. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

* гипертонический криз
парез лицевого нерва
гематому
дентальную плексалгию

356. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕРВА

* носонёбного
большого нёбного
подбородочного
подглазничного

357. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

гипертонический криз
* интоксикация
приступ бронхиальной астмы
анафилактический шок

358. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

* положительная носо-ротовая проба
носовое кровотечение
кровотечение из лунки
положительный симптом нагрузки

359. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
Альвеолит
* луночковое кровотечение

360. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

* гнойный менингит
верхнечелюстной синусит
рожистое воспаление
гипертонический криз

361. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

кетгут

гемостатическую губку

* йодоформный тампон с Левомеколем

викрил

362. К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

* коллаген

политетрафторэтилен

полипропилен

тефлон

363. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

* альвожил

статины

кетгут

остеопластический материал

**364. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
ЩИПЦЫ**

* клювовидные несходящиеся

клювовидные сходящиеся

S-образные с шипом

штыковидные со сходящимися щёчками

**365. ПРИ СЛОЖНОМ (ОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМОМ КОРНЯ ЗУБ*
УДАЛЕНИИ ЗУБА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

* бормашины

элеватора Волкова

крючка Лимберга

элеватора Карапетяна

**366. ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ (ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗ* УДАЛЯЮТ
ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

* третьи моляры

резцы

премоляры

первые моляры

**367. ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ
БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ В**

* челюстно-лицевом стационаре

клинико-диагностическом центре

районной поликлинике

научно-исследовательском институте

368. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ

* стационара

поликлиники

амбулатории

клинического центра

369. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В

* специализированном учреждении

поликлинике

челюстно-лицевом стационаре

клиническом центре

370. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В

подбородочную область

заглоточное пространство

* крылонёбную ямку

крыловидно-нижнечелюстное пространство

371. ОТ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

* поднижнечелюстные

заглоточные

околоушные

сосцевидные

372. В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ

* наружного слухового прохода

нижней губы

полости носа

дна полости рта

373. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

* направляющую фрезу

фиссурный бор

элеватор Леклюза

отвёртку

374. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

* глубиномер

развёртку

серповидную гладилку
крючок Лимберга

375. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

* криодеструкцию
химиотерапию
лучевую терапию
фотодинамическую терапию

376. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТКАНИ

* слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
филатовского стебля
слизистой оболочки щеки
слизистой оболочки верхней губы

377. УДАЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ КОРОНКИ ЗУБА С ОДНИМ ИЗ КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

ампутация
реплантация
имплантация
* гемисекция

378. УДАЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ У ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОЧАГ ХРОНИЧЕСКОГО ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА, НАЗЫВАЕТСЯ

* ампутация
реплантация
гемисекция
имплантация

379. ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ

* гингивэктомия
направленная тканевая регенерация
лоскутная операция
кюретаж пародонтальных карманов

380. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОТНОСЯТ

френулотомию
френулэктомию
* закрытый кюретаж
иссечение щёчных тяжей

381. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УЗДЕЧКЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПО ЛИМБЕРГУ, НАЗЫВАЕТСЯ

* френулопластика

гингивэктомия

аперкулэктомия

френулотомия

382. МЕТОДИКА ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗРЕЗ ПРОВОДИТСЯ НА ГРАНИЦЕ ПРИКРЕПЛЁННОЙ ДЕСНЫ И ПОДВИЖНОЙ ЧАСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОСКУТА, ОБРАЩЁННОГО ОСНОВАНИЕМ К ГУБЕ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ

* по Кларку

по Эдлану - Мейхеру

туннельной

по Лимбергу

383. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА УДАЛЯЮТ

* только изменённую

частично

полностью

частично изменённую

384. ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО

* наложение швов на десну

тамponирование раны

обработка раневой поверхности 1% раствором йода

диатермокоагуляция

385. ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

* средний носовой ход

нижний носовой ход

верхний носовой ход

искусственное сообщение в полости рта

386. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

* сосудосуживающие препараты

сульфаниламиды

антидипресанты

психотропные препараты

387. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

периостотомию

цистэктомию

цистотомию

* секвестрэктомию

388. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ

* антибактериальная

лучевая

фотодинамическая

мануальная

389. ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ФУРУНКУЛА ПАЦИЕНТУ ПРОВОДЯТ

* вскрытие абсцесса

обработку кожи 70% этиловым спиртом

блокаду 0,25% раствором Лидокаина

физиотерапию

390. В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО

* вскрыть гнойный очаг

назначить физиотерапевтическое лечение

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

391. К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

зеркало, зонд

шпатель, серповидную гладилку

* щипцы, элеваторы

зеркало, пинцет

392. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

* зуб в линии перелома челюсти

причинный зуб при остром гнойном периостите

разрушенность коронковой части зуба на $\frac{1}{2}$

острый пульпит

393. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

* продольный перелом корня зуба

подвижность II степени

ретенция зуба

острый периодонтит

394. НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

* причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
ретенция и дистопия зуба
сверхкомплектный зуб
хронический гранулематозный периодонтит

395. УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ ПРИ

* патологической подвижности III степени
кариозной полости
хроническом фиброзном периодонтите
отломе коронки зуба на $\frac{1}{2}$

396. ОТСЛАИВАНИЕ ДЕСНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ

экскаватором
* серповидной гладилкой
элеватором
стоматологическим зондом

397. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНИВШЕЙСЯ КОРОНКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ

* S-образные с несходящимися щёчками
прямые с несходящимися щёчками
байонетные
S-образные со сходящимися щёчками

398. ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ В ОРАЛЬНУЮ СТОРОНУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ

* моляров нижней челюсти
резцов нижней челюсти
премоляров верхней челюсти
клыков верхней челюсти

399. ЭТАП УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАСКАЧИВАНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛЯРНОМ И ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

* люксация
ротация
фиксация
иммобилизация

400. УДАЛЕНИЕ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕГО ВРАЩЕНИЕ ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ НА 20-25% ВНАЧАЛЕ В ОДНУ, ПОТОМ В ДРУГУЮ СТОРОНУ, НАЗЫВАЕТСЯ

сепарация
люксация
тракция
* ротация

401. РОТАЦИЯ ЗУБА НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ

- * многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединёнными корнями любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
- премоляров нижней челюсти
- зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям

402. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.6 ВРАЧ ЗАНИМАЕТ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТА

- * справа и сзади
- справа и спереди
- справа и несколько впереди
- слева и сзади

403. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- S-образные щипцы с шипом слева
- прямые щипцы с несходящимися щёчками
- * штыковидные щипцы со сходящимися щёчками
- угловой элеватор

404. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- * прямые щипцы со сходящимися щёчками
- S-образные щипцы с шипом слева
- прямые щипцы с несходящимися щёчками
- угловой элеватор

405. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- * клювовидные щипцы со сходящимися щёчками
- клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
- S-образные щипцы
- серповидную гладилку

406. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.8 С СОХРАНЁННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

- * прямой элеватор
- угловой элеватор
- элеватор Карапетяна
- прямые щипцы

407. [ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРИМЕНЯЮТ

- * кюретажную ложку
- серповидную гладилку
- крючок Фарабефа
- распатор

408. ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЮБОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОЖНО УДАЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ЩИПЦОВ

клювовидных

прямых

* байонетных

S-образных

409. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ НЕОБХОДИМО

* разделить корни по области фуркации с помощью бора

наложить щёчки щипцов на альвеолярный отросток

провести альвеолотомию

провести разрез по переходной складке

410. СБЛИЖЕНИЕ КРАЁВ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

* уменьшения степени зияния лунки, более надёжного удержания кровяного сгустка в ране

перестройки костной ткани в области лунки

улучшения биотипа десны

увеличения зоны кератинизированной десны

411. ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

провести тампонаду лунки

* наложить швы

отсечь подвижную слизистую

коагулировать края раны

412. ПРИ ОТЛОМЕ СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

провести остеосинтез

зафиксировать подвижную костную стенку швами

* удалить подвижную костную стенку

использовать остеопластический материал

413. ХРОМИРОВАННЫЙ КЕТГУТ ОТ НЕХРОМИРОВАННОГО ОТЛИЧАЕТСЯ

* пролонгированным периодом рассасывания шовного материала

более гладким прохождением иглы через ткани

способностью надёжно удерживать фрагменты костной ткани

более выраженными антисептическими свойствами

414. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВСКРЫТИЕ

* поднадкостничного абсцесса

абсцессов мягких тканей лица и шеи

флегмон мягких тканей лица и шеи
фурункула челюстно-лицевой области

415. РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА, ПРОВОДЯТ

параллельно переходной складке
по слизистой оболочке на уровне десневого края
* в месте наибольшего выбухания инфильтрата
в области околожелюстных мягких тканей

416. ОТТОК ГНОЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

* иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
последующим рассечением тканей с последующим ушиванием раны
линейным разрезом на всю длину инфильтрата
дренированием воспалительного очага резиновым катетером

417. ЛУНКА УДАЛЁННОГО ЗУБА ЗАЖИВАЕТ

* вторичным натяжением
первичным натяжением
третичным натяжением
через стадию образования келоида

418. ПРОБОДЕНИЕ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ПРИ УДАЛЕНИИ

клыков верхней челюсти
моляров нижней челюсти
* моляров верхней челюсти
премоляров верхней челюсти

419. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

* перелом нижней челюсти
невралгия
обморок
альвеолит лунки удалённого зуба

420. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

* перелом нижней челюсти
синусит
периостит
остеомиелит

421. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ

* альвеолит
обморок
перелом челюсти
вывих височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

422. МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

* альвеолит
перелом нижней челюсти
перфорация дна верхнечелюстного синуса
вывих нижней челюсти

423. ЦЕЛЬЮ ОПЕРАЦИИ АЛЬВЕОЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при её воспалении
ушивание мягких тканей в области удалённого зуба
удаление секвестра
* удаление острых краёв лунки

424. ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ВОЗМОЖНО РАНЕНИЕ

* подбородочного нерва и артерии
околоушной слюнной железы
языка
слизистой оболочки щеки

425. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

* выделение из лунки удалённого зуба крови с пузырьками воздуха
изменение тембра голоса у пациента
наличие пристеночных грануляций в лунке удалённого зуба
наружная резорбция корня удалённого зуба

426. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ УДАЛЕНИИ

* верхних премоляров, моляров, клыка
нижнего первого моляра
нижнего третьего моляра
нижнего первого премоляра

427. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ НЕРВ

* носонёбный
жевательный
язычный
большой нёбный

428. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- * Лидокаин 10%
- Артикаин 4%
- Лидокаин 0,5%
- Мепивакаин 2%

429. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- * крыловидно-нижнечелюстная складка
- наружная косая линия
- внутренняя косая линия
- переходная складка

430. НЕВРИТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

- * инфраорбитальной
- туберальной
- инфильтрационной
- резцовой

431. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гематома
- неврит
- * анафилактический шок
- отлом иглы

432. ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ КАРДИОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- * 6
- 2
- 10
- 1

433. ИШЕМИЯ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

- * инфраорбитальной
- туберальной
- у резцового отверстия
- у ментального отверстия

434. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, НИЗКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- * обморока
- коллапса
- гипертонического криза

анафилактического шока

**435. ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕНА**

травмой жевательной мышцы

невритом тройничного нерва

* травмой медиальной крыловидной мышцы

парезом лицевого нерва

**436. ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
СОСТАВЛЯЕТ**

* 8-10 дней

3-5 дней

5-7 дней

2-3 недели

**437. ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
СОСТАВЛЯЕТ**

3-5 дней

* 2-3 недели

5-7 дней

8-10 дней

**438. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ С ДИМЕКСИДОМ ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА (ВНЧС) И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНО**

* высокой проникающей способностью через кожные покровы и
противовоспалительным эффектом
антибактериальным действием
жаропонижающим действием
фибринолитическим действием

**439. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ
СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

Найз

Амоксиклав

* Дицинон

Дексаметазон

**440. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ОСТРОЙ СТАДИИ
ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ**

* Линкомицином

Эритромицином

Фузидином натрия

Дексаметазоном

**441. ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ
ПРОВОДЯТ**

гемисекцию

вестибулопластику

* открытый кюретаж

закрытый кюретаж

**442. НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ НЕ ОБЛАДАЮТ
СВОЙСТВОМ**

* оказания антибактериального эффекта

воздействия на трофическую функцию нервной системы

влияния на интенсивность клеточных процессов

купирования воспалительного процесса

443. ПРИ ОСТРЫХ САЛАДЕНИТАХ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ

* инстилляцию протоков слюнных желёз раствором Пенициллина

орошение полости рта Интерфероном

ротовые ванночки раствором Хлоргексидина

тепловые компрессы

**444. ОРОШЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА ИНТЕРФЕРОНОМ 4-5 РАЗ В ДЕНЬ
ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВИДЕ САЛАДЕНИТА**

эпидпаротита

лимфогенного

контактного

* гриппозного

445. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМО

* создать свободный отток экссудата из периапикальной области

удалить причинный зуб

провести ампутацию корня

провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

446. К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, СОХРАНЯЮЩИМ КОРОНКУ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- * ампутация корня
- гемисекция
- коронково-радикулярная сепарация
- удаление зуба

447. РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- * резцов и клыков
- третьих моляров нижней челюсти
- вторых моляров нижней челюсти
- третьих моляров верхней челюсти

448. ПРИ АПИКОТОМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ РАЗРЕЗЫ

- * фестончатые
- углообразные
- трапещиевидные
- дугообразные

449. К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, НЕ СОХРАНЯЮЩИМ ЗУБ, ОТНОСИТСЯ

- реплантация зуба
- * удаление зуба
- цистэктомия
- резекция верхушки корня

450. СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН

- * больше очага деструкции кости
- соответствует верхушке причинного зуба
- соответствует очагу деструкции кости
- меньше очага деструкции кости

451. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ

- * сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
- удаляется всегда
- сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
- удаляется при разрушении костной стенки нёба

452. ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЮТ

- всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
- причинный зуб и оболочку кисты через лунку
- * переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой

всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны

453. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

* цистэктомия

вылушивание оболочки через лунку удалённого зуба

цистотомия

частичная резекция челюсти

454. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ РАЗМЕР КОСТНОГО «ОКНА» ПО ОТНОШЕНИЮ К РАЗМЕРУ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ

* соответствует

на 0,5-1 мм меньше

на 1-2 мм меньше

на 1-2 мм больше

455. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗЫВАЕТСЯ

* секвестрэктомия

остеоперфорация

удаление причинного и соседних зубов

вскрытие и дренирование гнойных очагов

456. ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

дрельбором

* круглым бором

фрезой

желобоватым долотом

457. В СЛУЧАЕ ОТЛОМА СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НУЖНО

* аккуратно извлечь, предварительно отделив от неё мышечные пучки

оставить её на месте

наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж

тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка

458. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

полость носа

бугор верхней челюсти

* переднюю поверхность тела верхней челюсти

альвеолярный отросток

459. КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕМ РАСТВОРЕ, СОДЕРЖАЩЕМ ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН), СОСТАВЛЯЕТ (%)

* 2

3

4

5

460. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АРТИКАИНА ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

3

* 4

2

1

461. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ПРОКАИНА (НОВОКАИН*, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАД, СОСТАВЛЯЕТ (%)

* 0,5

1

2

3

462. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ ПОД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Прокаин (Новокаин)

Мепивакаин

* Артикаин

Лидокаин

463. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

* Артикаина

Бензокаина

Бупивакаина

Прокаина (Новокаин*)

464. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ ЭФИРОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ ГРУППЫ АМИДОВ

разрушаются эстеразами плазмы и тканей

* разрушаются микросомальными ферментами печени

действуют короче

хуже диффундируют в ткани

465. КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- * разрушением псевдохолинэстеразой
- быстрым всасыванием с места введения
- биотрансформацией в печени
- быстрым выведением

466. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ СРЕДЫ
нейтральной
слабокислой

- * слабощелочной
- кислой

447. К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОТНОСИТСЯ

- * Прокаин (Новокаин)
- Лидокаин
- Артикаин
- Мепивакаин

448. ДОБАВЛЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В РАСТВОРЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИВОДИТ К

- * пролонгации анестезирующего эффекта
- ускорению всасывания местного анестетика
- снижению риска общих осложнений
- миорелаксирующему эффекту

449. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЛОНГИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ОТНОСЯТСЯ

- * α -адреномиметики
- β -адреномиметики
- н-холиномиметики
- м-холиномиметики

450. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ ГРУППЫ АМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- Тетракаин
- Бензокаин (анестезин)
- * Лидокаин
- Прокаин (Новокаин)

451. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ

- * Прокаина (Новокаин)*

Артикаина
Лидокаина
Мепивакаина

452. ПРОКАИН (НОВОКАИН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

суживает сосуды
обладает высокой токсичностью
по активности превосходит Мепивакаин
* действует 20-30 минут

453. АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

* расширяет сосуды
применяется для всех видов местной анестезии
действует 10-15 минут
плохо диффундирует в ткани

454. АНЕСТЕТИКОМ, БИОТРАНСФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ В ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

* Мепивакаин
Бензокаин (Анестезин)
Тетракаин (Дикаин)
Прокаин (Новокаин)

455. АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ

Мепивакаина
Прокаина (Новокаин)
* Лидокаина
Артикаина

456. НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

* Прокаина (Новокаин)
Лидокаина
Мепивакаина
Артикаина

457. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШПРИЦ

Жане
двухкомпонентный Мердока
* карпульный Кука
инъекционный Фишера

458. СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ

- * константы диссоциации (pK)
- периода полувыведения
- pH раствора
- гидрофильности

459. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)

- * 42
- 12
- 16
- 100

460. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- Мепивакаин
- Артикаин
- * Лидокаин
- Прокаин (Новокаин)

461. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ДИФфуЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ У

- * Артикаина
- Мепивакаина
- Прокаина (Новокаин)
- Бупивакаина

462. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- * местная анестезия
- наркоз
- нейролептанальгезия
- акупунктура

463. АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ГИДРОЛИЗИРУЮТСЯ

- * псевдохолинэстеразой
- гидролазой
- трансаминазой
- лидазой

464. ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

антидепрессанты

нейролептики

ненаркотические анальгетики

* анксиолитики (транквилизаторы)

**465. ОБОЗНАЧЕНИЕ «Д-С ФОРТЕ» СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ
ВАЗОКОНСТРИКТОРА**

*1:100000

1:200000

1:300000

1:400000

**446. ДЕТЯМ С 6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ
МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ**

Индометацин (Метиндол)

*Ибупрофен (Бруфен)

Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)

Мелоксикам (Мовалис)

447. ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ АНЕСТЕЗИИ ПО С. МАЛАМЕДУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕРСТИЕ

* подбородочное

резцовое

нёбное

круглое

**448. ДЛЯ КУРСОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ,
ИМЕЮЩЕМУ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ**

Индометацин (Метиндол)

Кетопрофен (Артрозил, ОКИ)

* Мелоксикам (Мовалис)

Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)

**449. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА И НАПРЯЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ
НАЗНАЧАТЬ ВРАЧИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ**

* Фабомотизол (Афобазол), Гидроксизин (Атаракс), Тенотен

Мидазолам (Дормикум), Тофизепам (Грандаксин), Хлордиазепоксид (Элениум)

Диазепам (Сибазон, Седуксен), Дроперидол, Нитразепам (Эуноктин)

Гидроксизин (Атаракс), Мидазолам (Дормикум), Феназепам

**450. ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ
ОКРАСКИ ПРИ**

эрозии эмали
флюорозе
*кариесе эмали
пульпите

451. РАЗВИТИЕ АЦИДОЗА ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА НАКОПЛЕНИЯ В ТКАНЯХ КИСЛОТЫ

*молочной
пировиноградной
масляной
гидрофосфорной

452. ЗНАЧЕНИЯ ЭОД ПРИ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ СОСТАВЛЯЮТ (В мкА)

25-30
2-6
30-60
*10-12

453. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КОЛИЧЕСТВА МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА В ПОЛОСТИ РТА PH СЛЮНЫ

остается без изменений
*смещается в кислую сторону
становится нейтральным
смещается в щелочную сторону

454. ФОРМАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА БЫВАЮТ

эрозивная, язвенная, гипертрофическая
*катаральная, язвенная, гипертрофическая
эрозивная, язвенная, гипертрофическая, катаральная
катаральная, эрозивная, язвенная

456. К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

эрозию эмали
клиновидный дефект
кислотный некроз
*флюороз

457. К МЕСТНЫМ КАРИЕСОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

неполноценное питание в период формирования зуба
соматические заболевания в период формирования зуба
*низкую резистентность твердых тканей зубов
недостаточное содержание фтора в питьевой воде

**458. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИМЕЕТ МЕСТО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
ДИСТРОФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА**

пародонтит

пародонтома

гингивит

*пародонтоз

**459.ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМОМ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

гладкую шину-скобу

проволочную шину с зацепными петлями

*пластмассовую зубонаддесневую шину

пластмассовую назубную шину

**460. ЗУБ 5.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ ЗУБА
РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

удалить

*сохранить, проведя эндодонтическое лечение

оставить под наблюдением

сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

**461. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ
ИСПОЛЬЗУЮТ**

мумифицирующие пасты

гуттаперчевые штифты с корневым герметиком

*пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты

резорцин-формалиновую пасту

**462. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С
ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 3 ЧАСА НЕОБХОДИМО**

*применение биологического метода лечения пульпита с одновременной защитой зуба

ортодонтической коронкой

закрытие линии перелома фтор-цементом

проведение высокой ампутации

проведение витальной ампутации

**463.ДЛЯ ОБРАБОТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ПРИ
КАНДИДОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**

гексорал спрей

бриллиантового зеленого раствор

йода раствор

*буры в глицерине раствор

464.ВИЗУАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМ ДЕТЯМ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРАВИЛАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО

*наличие красочно оформленных наглядных пособий

проведение тщательной отработки навыков на моделях и в полости рта

подробное объяснение материала

составление ребусов и логических задач

465. КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

вторичной профилактикой

третичной профилактикой

*первичной профилактикой

интерцепцией

466. ПРИ КАЛИБРОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, СОВПАДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

*85

70

95

65

467.СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

руководством медицинской организации

Российской академией наук

*Министерством здравоохранения РФ

Правительством РФ

468.ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

внешний осмотр

перенесённые и сопутствующие заболевания

жалобы больного

*развитие настоящего заболевания

469.В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ СТОМАТОЛОГ ПРОВОДИТ ____% РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

10

100

*60

50

**470.КОЭФФИЦИЕНТ ОТРАЖЕНИЯ СВЕТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ СТЕН В
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ НИЖЕ**

10

20

5

*40

**471.НАИБОЛЕЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО
ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

молниеносное

*абортивное

асфиксическое

рецидивирующее

**472.ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО
ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО
ВЫПОЛНИТЬ ПРИЁМ**

Альцгеймера

Тренделенбурга

*Геймлиха

Сафара

473.ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

приступа стенокардии

*обморока

тиреотоксического криза

инсульта

**474.СТВОЛОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ПРОВОДИТСЯ У
_____ ОТВЕРСТИЯ**

остистого

*овального

сонного

круглого

**475.ОРИЕНТИРОМ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА
ПО ВАЙСБЛАТУ СЛУЖИТ**

нижний край глазницы

суставной бугорок

скулоальвеолярный гребень

*середина трагоорбитальной линии

476.ЭПИНЕФРИН/АДРЕНАЛИН, ВХОДЯЩИЙ В СОСТАВ РАСТВОРА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА

понижает содержание глюкозы в крови
блокирует выработку глюкозы
*увеличивает содержание глюкозы в крови
не влияет на содержание глюкозы в крови

477.К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ _____ АНЕСТЕЗИЯ

*туберальная
мандибулярная
интралигаментарная
торусальная

478.В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕОБХОДИМО

ввести внутримышечно дыхательные analeптики
назначить физиотерапевтическое лечение
*госпитализировать больного
сделать новокаиновую блокаду

479.К АНЕСТЕТИКАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (6-12 ЧАСОВ. СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

анестезин
*бупивакаин
мепивакаин
прокаин

480.РАЗЛИТОЕ ОСТРОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ НАЗЫВАЕТСЯ

рожистое воспаление
*карбункул
фурункул
абсцесс

481.К ВОЗМОЖНОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТОЛЬКО ВРЕМЕННОГО ЗУБА (В ОТЛИЧИЕ ОТ ПОСТОЯННОГО. ОТНОСИТСЯ

перелом челюсти
вывих соседнего зуба
вывих височно-нижнечелюстного сустава
*травма зачатка зуба

482.ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями
допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности

*оформляется дубликат листка нетрудоспособности
выписка из протокола врачебной комиссии

483.СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на медико-социальную экспертизу

не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях

вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке

*вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина

484.В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОЦЕНКИ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ЕЕ ОКАЗАНИЯ, ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ, СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА, ПРОВОДИТСЯ

*экспертиза качества медицинской помощи

симпозиум

врачебная комиссия

консилиум врачей

485.К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОТНОСЯТ

панорамную томографию

*внутриротовую, окклюзионную рентгенографию

рентгеноскопию

панорамную рентгенографию

486.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОГО САЛОАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

наличие округлых полостей диаметром 1-4 мм вместо протоков III-IV порядка

расширение всех протоков

*тень конкремента в области выводного протока

сужение всех протоков

487.ПРИЗНАКОМ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ

двустороннее поражение пазухи

пансинусит

гемисинусит

*одностороннее поражение пазухи

488.ОСНОВНЫМ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЙ

*инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическим стержнем

плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета

инфильтрат кожи синюшного цвета

участок кожи с признаками гиперемии

489.ОСНОВНЫМ ПУТЁМ ПОСТУПЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭМАЛЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

вода

кровь

*слюна

пульпа

490.ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ФУРКАЦИЙ В ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ПО ИНДЕКСУ TARNOW-FLETCHER ДО (В ММ.

5

*3

2

1

491.ИСТИННАЯ ВЫСОТА КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

прицельного снимка

ОПТГ с маркерами

эхоостеометрии

*компьютерной томографии

492.БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК

острые, пульсирующие, иррадиирующие

острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб

безболезненное

*острые, пульсирующие, иррадиирующие , усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке

ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании

493.ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

пероксид водорода, эфир

йода раствор

спирт, эфир

*хлоргексидина раствор

494.ОСНОВНОЙ ФОРМОЙ ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

порошок-жидкость

*паста-паста

паста-жидкость

паста- порошок

495.СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

применение фосфат-цемента

применение одной пасты

применение серебряного штифта

*метод латеральной конденсации гуттаперчи

496.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

развитие кариеса

перелом коронки

развитие пульпита

*повреждения слизистой агрессивным гелем при плохой изоляции

497.ПЛОМБИРОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ, КОТОРЫЙ КОМБИНИРУЕТСЯ СО ШТИФТОМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

филер

силан

*силер

герметик

498.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ 1.1 ЗУБА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

поликарбоксилатный цемент

силидонт

фосфат-цемент

*композиты

499.ТЕХНИКУ «ТРЕУГОЛЬНИКОВ» ИЛИ «ЕЛОЧКИ» ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ

компомерами

СИЦ

низкомодульными композиционными материалами

*светоотверждаемыми композиционными материалами

500.ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА СЛУЖИТ ДЛЯ

*улучшения фиксации пломбы

эстетики

профилактического иссечения

укрепления зуба

501.ВТОРОЙ СТАДИЕЙ СОЗРЕВАНИЯ ПЛАСТМАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тестообразная

*тянущихся нитей

мокрого песка

резиноподобная

502.КЛАММЕР ПЯТОГО КЛАССА ПО НЕУ НАЗЫВАЕТСЯ

одноплечий (обратного действия).

Джексона

*кольцевой

Аккера

503.ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ КАЧЕСТВО ОККЛЮЗИОННОГО КОНТАКТА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВЕРЯЕТСЯ

с помощью бюгельного воска

визуально

с помощью базисного воска

*с помощью артикуляционной бумаги

504.ДЛЯ ЛИТЬЯ КАРКАСА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПРИМЕНЯЮТ

*кобальтохромовый сплав

хромоникелевую сталь

серебряно-палладиевый сплав

алюминиевый сплав

505. ШИНИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОБЪЕДИНЕНИЕ

*подвижных и неподвижных зубов

в блок только 4 зубов любой группы

в блок только подвижных зубов

в блок только моляров

506. ФИКСАЦИЯ НЕСЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА НА ПРЕПАРИРОВАННЫЙ ЗУБ С ПОМОЩЬЮ ЦЕМЕНТА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ СОЕДИНЕНИЯ

*механического
когезивного
адгезивного
химического

507.СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

*эпидемиологического стоматологического обследования
плановой санации полости рта
программ профилактики
диспансеризации населения

508.ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

фторирование молока
прием таблеток, содержащих фторид
*профессиональную гигиену полости рта
фторирование питьевой воды

509.МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

на первом году жизни
*во второй половине беременности
в первую половину беременности
в первые недели после рождения

510.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ В ОДНОМ РАЙОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОСМАТРИВАТЬ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ВОЗРАСТА В КОЛИЧЕСТВЕ ЧЕЛОВЕК НЕ МЕНЕЕ

100
20
30
*50

511.УГЛОМ БЕННЕТТА НАЗЫВАЮТ УГОЛ

образованный при открывании рта
образованный сагиттальной плоскостью и траекторией движения головки ВНЧС а рабочей стороне при боковом сдвиге нижней челюсти
*проецируемый на горизонтальную плоскость, между передним и боковым движениями суставной головки балансирующей стороны
образованный скатом суставного бугорка и окклюзионной плоскостью

512.К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ АРТРОЗАХ ВНЧС ОТНОСЯТ

*изменение формы костных элементов сустава
отсутствие или сужение суставной щели
суставную щель без изменений
уплотнение кортикального слоя суставной головки

513.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*клинический
реографический
рентгенологический
Биометрический

514.СХЕМА (ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ., ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

реопародонтограммой
электромиограммой
*одонтопародонтограммой
эхоостеометрией

515.ЗАПИСЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЖЕВЫВАНИИ ЛЕСНОГО ОРЕХА МАССОЙ 0,8 ГРАММОВ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

*мастикациографии
миотонометрии
электромиографии
реопародонтографии

516.ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МЫШЦ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

миотонометрии
мастикациографии
*электромиографии
реопародонтографии

517.РЕБЕНКУ 6 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФТОРИДОВ (В РРМ.

*1000
2500-5000
500
100-200

518.СМЕНА ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД С _____ ЛЕТ

3 до 6

4 до 10
9 до 14
*6 до 12

519. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ).

*12-13
6-8
5-6
9-10

520. ПОКАЗАНИЕМ К КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У РЕБЁНКА 9-10 ЛЕТ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖЕТ БЫТЬ

нарушение акта приема пищи

нарушение речи

*локальный гингивит

невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратам

521. ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

*степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах

улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий

степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

522. ГРАФИКИ СМЕННОСТИ ДОВОДЯТСЯ ДО СВЕДЕНИЯ РАБОТНИКОВ ДО ВВЕДЕНИЯ ИХ В ДЕЙСТВИЕ НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЗА

*1 месяц
2 месяца
1 неделю
2 недели

523. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫРАЖАЕТСЯ В ЕДИНИЦАХ

абсолютных

*процентных

относительных

условных

524. РАЗДЕЛ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ «СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

обеспеченность населения койками

*показатель общей смертности
анализ деятельности МО
обеспеченность населения медицинскими кадрами

525. ИСХОДОМ ТРАВМЫ ЗАЧАТКА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

*местная гипоплазия
флюороз
одонтома
Цементома

526. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ОТНОСЯТ

стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
*окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

527. ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

болевого шока
обморока
*анафилактического шока
сердечно-сосудистого коллапса

528. ОБРАЗОВАНИЕ ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ НА _____ НЕДЕЛЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА

4
18
*6
5

529. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ МОЖНО ПЛОМБИРОВАТЬ ПОСТОЯННЫЕ ЗУБЫ КОМПОЗИТНЫМ МАТЕРИАЛОМ

8-9
9-10
6-8
*12

530. ВСЕ МОЛОЧНЫЕ ЗУБЫ ДОЛЖНЫ ПРОРЕЗАТЬСЯ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

1,5
*2,5
2
3

531. ИЗВЕЩЕНИЕ О ВАЖНЕЙШЕМ НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ В _____ В ТЕЧЕНИЕ

*диспансер соответствующего профиля; 1 месяца

Роспотребнадзор; 12 часов

диспансер соответствующего профиля; 1 недели

Росздравнадзор; 5 часов

532. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ

*паспорт

письменное разрешение главврача поликлиники

страховой медицинский полис

медицинскую карту амбулаторного больного

533. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*контрольная карта диспансерного наблюдения

история болезни

амбулаторная карта

листок нетрудоспособности

534. ЛИЦА, НЕЗАКОННО ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ К _____ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

процессуальной

персональной

*уголовной

материальной

535. К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

беседы с пациентом на стоматологическом приеме

*телевизионную рекламу

занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией

536 .СО ВЗРОСЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ В ВИДЕ

занятий в группе

викторин

игр

*лекций и бесед

537. ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

предупреждение заболеваний матери в период беременности
герметизация фиссур
гигиена полости рта
*замена водоисточника

538. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

беседы
урока
*игры
Лекции

539 .СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

обучение гигиене полости рта
чистка зубов фторидсодержащими пастами
*герметизация фиссур
стоматологическое просвещение

540. КОНТРОЛЬ ЗА ЧИСТКОЙ ЗУБОВ РЕБЕНКОМ ЛЕЖИТ В КОМПЕТЕНЦИИ

врача-стоматолога
*родителей
гигиениста стоматологического
воспитателя детского сада

541. К 3-Й ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

дети-инвалиды
здоровые дети
практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов
*дети с хроническими заболеваниями

542. КОЛЛАПСОМ НАЗЫВАЮТ

спутанное сознание с бредом
*проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
аллергическую реакцию на антиген
потерю сознания с отсутствием мышечного тонуса

543. К ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ

*коллапс
синусит
альвеолит

Анурез

544. ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРЕН _____ ПУЛЬС

частый, полный

*частый, малый

редкий, слабого наполнения

редкий, хорошего наполнения

545. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ.

3

*6

4

1

546. ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В КВАДРАТНЫХ МЕТРАХ.

21

*30

20

25

547. ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

*развитие настоящего заболевания

перенесённые и сопутствующие заболевания

внешний осмотр

жалобы больного

548. СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

шовного материала

ватных валиков

перевязочного материала

*цельнометаллических инструментов

549. УДАЛЕНИЕ ЗУБА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

бронхиальной астме

*аллергии к местным анестетикам

поллинозе

контактном дерматите

550. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ ОТНОСЯТ

возраст ребёнка

*деструктивные изменения в периодонте и наличие свищевого хода

желание родителей

сроки прорезывания соответствующего постоянного зуба

551. ОСНОВНЫМ УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*контрольная карта диспансерного наблюдения

история болезни

амбулаторная карта

листок нетрудоспособности

552. ЛИЦА, НЕЗАКОННО ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ К _____ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

процессуальной

персональной

*уголовной

Материальной

553. СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

обучение гигиене полости рта

чистка зубов фторидсодержащими пастами

*герметизация фиссур

стоматологическое просвещение

554. КОНТРОЛЬ ЗА ЧИСТКОЙ ЗУБОВ РЕБЕНКОМ ЛЕЖИТ В КОМПЕТЕНЦИИ

врача-стоматолога

*родителей

гигиениста стоматологического

воспитателя детского сада

555. К 3-Й ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

дети-инвалиды

здоровые дети

практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов

*дети с хроническими заболеваниями

556. КОЛЛАПСОМ НАЗЫВАЮТ

спутанное сознание с бредом

*проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

аллергическую реакцию на антиген
потерю сознания с отсутствием мышечного тонуса

**557. К ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ**

*коллапс
синусит
альвеолит
Анурез

**558. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЕРЕКИСЬ
ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ).**

3
*6
4
1

**559. ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ
ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В КВАДРАТНЫХ МЕТРАХ).**

21
*30
20
25

**560. ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ
БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ**

*развитие настоящего заболевания
перенесённые и сопутствующие заболевания
внешний осмотр
жалобы больного

561. СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

шовного материала
ватных валиков
перевязочного материала
*цельнометаллических инструментов

**562. УДАЛЕНИЕ ЗУБА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ
бронхиальной астме**

*аллергии к местным анестетикам
поллинозе
контактном дерматите

563. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ ОТНОСЯТ

возраст ребёнка

*деструктивные изменения в периодонте и наличие свищевого хода

желание родителей

сроки прорезывания соответствующего постоянного зуба

564. БИОМОДИФИКАЦИЯ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ В ОБЛАСТИ РЕЦЕССИИ НЕ ПРОВОДИТСЯ

*ортофосфорной кислотой 37%

лимонной кислотой

с использованием Pref gel

Тетрациклином

565. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ НА ПОДБОР И УСТАНОВКУ ИМПЛАНТАТОВ В ОБЛАСТИ МАКСИМАЛЬНОЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ, КОТОРАЯ ПРИХОДИТСЯ НА

*первые моляры

первые премоляры

нижние фронтальные зубы

верхние клыки

566. ОПЕРАЦИЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ УДАЛЕНИЕ _____ ОБОЛОЧКИ КИСТЫ

боковой стенки

полностью

нижней стенки

*вестибулярной стенки

567. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ УКРОЧЕНИИ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

логопедическое

Бпардонтологическое

эстетическое

*Ортодонтическое

568. ИЗГОТОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

*определения места и положения имплантатов в костных структурах челюстей

окончательной постановки искусственных зубов с опорой на имплантаты

моделирования и изготовления жевательной поверхности зубных протезов

определения ширины, окружающей установленный имплантат костной ткани

**569. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОГО
СИАЛОАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

воспаление устья протока

гиперсаливация

*припухание железы во время приема пищи

боль в железе

**570. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ И ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ
ОБРАБОТКА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ МЕТОДЕ ОТСТРОЧЕННОГО
ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ**

1-3 дня

*1-6 месяцев

7-10 дней

1-2 года

571. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 8.2 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

S-образно изогнутые без шипа

клювовидные со сходящимися щечками с шипами

S-образно изогнутые с шипом

*клювовидные с несходящимися щечками без шипов

**572. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА АРТИКАИНА ДЛЯ ДЕТЕЙ
СОСТАВЛЯЕТ (В МК/КГ.**

4,4

3,0

7

*5,0

**573. УДАЛЕНИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА, РАСПОЛАГАЮЩЕГОСЯ В
ОБЛАСТИ ЗУБОВ 1.1, 2.1 И ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕГО НАЛИЧИЕ ДИАСТЕМЫ,
СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА (В ГОДАХ.**

8-9

5-7

*7-8

9-10

**574. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРЕБЫВАНИЯ ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ**

2-3 суток

2-3 недели

*6-7 суток

1 месяц

575. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА В РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЕ

*не прослеживается
склерозирована
четко контурируется
Сужена

576. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗ АНАМНЕЗЕ ПАЦИЕНТА АЛЛЕРГИИ НА КОНСЕРВИРОВАННЫЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, СУХОФРУКТЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРИСУТСТВИЕМ СЕРЫ, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ (В ПРОЦЕНТАХ).

артикаин 4 с эпинефрином 1:100 000
мепивакаин 2 с эпинефрином 1:100 000
*артикаин 4
артикаин 4 с эпинефрином 1:400 000

577. ДИСТОПИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

положение зуба на месте соседнего
полное прорезывание зуба
*неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномальное положение его в челюсти
неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку

578. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ ПОВЕРХНОСТИ

*переднюю, подвисочную, глазничную, носовую
переднюю, медиальную, верхнюю, латеральную
переднюю, заднюю, подвисочную, медиальную
переднюю, латеральную, глазничную

579. ОБЛАСТЬЮ ВЫХОДА НЕБНОЙ АРТЕРИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*второй моляр
второй премоляр
первый моляр
третий моляр

580. ДИАГНОЗ «АКТИНОМИКОЗ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

*цитологического исследования
серологического исследования
клинического анализа крови
рентгенологических данных

581. ПО КЛАССИФИКАЦИИ LEKHOLM И ZARB ГУБЧАТАЯ КОСТЬ (ТОНКИЙ КОРТИКАЛЬНЫЙ СЛОЙ. СООТВЕТСТВУЕТ ТИПУ КОСТИ

D3
*D4
D1
D2

**582. АБЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО
ДЕФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

флегмоной щечной области

*абсцессом крыловидно-челюстного пространства

тризмом

флегмоной височной области

**583. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ
(ФОРМИРУЕТСЯ.**

при окончании лечения

по желанию пациента

*в день признания его временно нетрудоспособным

с первого дня заболевания или травмы

**584. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
ЗОНДИРОВАНИЕ**

с болью по дну кариозной полости в одной точке

с болью стенок кариозной полости

болезненное по всему дну кариозной полости

*безболезненное

**585. ЦЕЛЮЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

упорядочение отчетности медицинских организаций

усиление ответственности медицинских работников в повышении качества медицинской помощи

*гарантирование гражданам медицинской помощи за счет накопленных средств при

возникновения страхового случая

укрепление здоровья населения

586. РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ – ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО РАБОТНИК ИСПОЛНЯЕТ

условия трудового договора

нормированную работу

правила внутреннего трудового распорядка

*трудовые обязанности

587. ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

требования техники безопасности

*клинические рекомендации

показатели фондооснащенности и фондовооруженности

правила внутреннего распорядка

588. РАЗРАБАТЫВАТЬ И УТВЕРЖДАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МОГУТ ТОЛЬКО

*медицинские профессиональные некоммерческие организации

органы местного самоуправления

органы исполнительной власти субъектов РФ

Министерство здравоохранения РФ и Министерство юстиции РФ

589. ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

*зубной нити

зубочистки

жевательной резинки

монопучковой щетки

590. РЕБЕНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗНАЧАЮТ

*лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора

гигиенические зубные эликсиры

лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав

гигиенические зубные пасты и эликсиры

591. ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ НАВЫКАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ НА

обеспечение наглядными пособиями

социальную принадлежность

уровень стоматологического здоровья

*тип восприятия информации

592. ФОРМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ НАЛИЧИЕ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, НАЗЫВАЕТСЯ

индивидуальной

*активной

пассивной

массовой

593. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ЯВЛЕНИЯМИ БЛЕФАРОКОНЬЮКТИВИТА И СНИЖЕНИЕМ СЕКРЕЦИИ СЛЕЗНЫХ ЖЕЛЕЗ (КСЕРОФТАЛЬМИЯ., ОТНОСЯТ К

слюннокаменной болезни

хроническому сиалодохиту

хроническому паренхиматозному паротиту

*синдрому Шегрена

594. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ РОЖЕ ПЕРВИЧНО РАЗВИВАЕТСЯ В

эпидермисе

сетчатом слое дермы

*сосочковом слое дермы

подкожной клетчатке

595. КОРТИКАЛЬНО-ГУБЧАТАЯ КОСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ТИПУ КОСТИ

D1

*D2

D4

D3

596. НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и подъязычная мышцы

слизистая оболочка дна полости рта

*внутренняя поверхность тела нижней челюсти

597. КОЛИЧЕСТВО ЛИМФОЦИТОВ В МАЗКЕ КРОВИ ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА (НА 100 КЛЕТОК. СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ.

*20-30

10-15

40-50

5-10

598. ВЫЯВЛЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЗОНЫ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПО ТИПУ АРЕОЛЫ ПО ВСЕЙ ГРАНИЦЕ КОРНЯ ЗУБА, ВОССТАНОВЛЕННОГО ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

хронического пульпита

генерализованного пародонтита

фиброзной формы гипертрофического гингивита

*трещины корня зуба

599. В АНАМНЕЗЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ БОЛЬ

*острая при накусывании
приступообразная от всех видов раздражителей
самопроизвольная в ночное время
иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва

600. УСТЬЕ СТЕНОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

в подъязычной области
на слизистой оболочке у переднего края жевательной мышцы
в ретромолярном пространстве
*на слизистой оболочке щеки

601. ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЁСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ И ВЫСОКОАБРАЗИВНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

*клиновидного дефекта твёрдых тканей зубов
очагов деминерализации эмали
флюороза
гипоплазии эмали

602. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

фторид натрия
лаурилсульфат натрия
*диоксид кремния
хлоргексидина биглюконат

603. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ВСЕХ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

фториды
антисептики
витамины
*Абразивы

604. ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДАННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

*карта для оценки стоматологического статуса (ВОЗ.
история болезни пациента
листок учета проведения профилактических мероприятий
медицинская карта стоматологического больного

605. СХЕМА (ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ., ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

электромиограммой
реопародонтограммой
*одонтопародонтограммой

эхоosteометрией

606. БАЗАЛЬНОЙ ДУГОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КРИВАЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ПО

режущему краю фронтальных зубов

*проекции верхушек корней зубов

жевательной поверхности зубов

по гребню альвеолярных отростков

607. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПЕРИИМПЛАНТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

наличием секвестров

образованием апикальной гранулёмы

*резорбцией кости

никак не проявляется

608. ФОРМА ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

*компенсированной

декомпенсированной

вертикальной

горизонтальной

609. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСЯТ ДЕФЕКТ

односторонний концевой

включенный в боковом отделе

*двусторонний концевой

включенный в переднем отделе

610. К ГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

*мастикациографию

одонтопароднтограмму

миотонометрию

ортопантомографию

611. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

наличии сопутствующих заболеваний

*утрате пассивного иммунитета

аллергизации организма

заболеваниях эндокринной системы

612. СОДЕРЖИМОЕ НЕНАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЕНО

кровянистой жидкостью со сгустками

желтоватой салоподобной массой

*желтоватой жидкостью, опалесцирующей на свету

творожистой массой белого цвета

613. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

наследственность

*возраст, в котором ребёнок перенёс причинное заболевание

заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

сроки прорезывания поражённой группы зубов

614. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ

все молочные и постоянные резцы

*все молочные и постоянные зубы

все молочные и постоянные моляры

молочные резцы и моляры

615. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА. ОТНОСЯТ

*передачу патологии твёрдых тканей по наследству

заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

хронический периодонтит молочного зуба

вколоченный вывих молочных зубов

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

острые гнойные

*тонзилогенные

хронические абсцедирующие

хронические гиперпластические

617. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

*хроническим периодонтитом

флюорозом

острым пульпитом

эрозией эмали

618. ПОД ПЕРВИЧНЫМ ДЕНТИНОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

дентин, образующийся вследствие разрушения

*дентин, возникающий в процессе развития зуба

отложение дентина в течение жизни человека
часть дентина, прилегающую к полости зуба

**619. ЗОНОЙ ГРАНУЛЕМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ АКТИВНОСТЬЮ
ОСТЕОБЛАСТОВ И ФИБРОБЛАСТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНА**

распада и деминерализации

*стимуляции

некроза

контаминации

620. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ

не изменяется

уменьшается в 2 раза

уменьшается в 4 раза

*увеличивается

621. ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ ПОКАЗАНО ПРИ

эрозии эмали

некрозе эмали

*флюорозе

несовершенном амелогенезе

**622. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЭКСФОЛИАТИВНОМ
ХЕЙЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

корочка

эрозия

язва

*чешуйка

**623. ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА С ВЫДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

острого апикального периодонтита

*периапикального абсцесса со свищем

некроза пульпы

периапикального абсцесса без свища

**624. К I КЛАССУ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ (Р.
D. MILLER. ОТНОСЯТ _____ ДЕСНЫ _____**

выходящую за пределы прикрепленной; рецессию

*рецессию в пределах прикрепленной; без потери костной ткани

рецессию в пределах прикрепленной; сочетающуюся с атрофией (резорбцией) кости

ежальвеолярных перегородок

потерю; и кости в межзубных промежутках

625. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ.

17-18

23-28

15-16

*18-23

626. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ.

4

1

3

*6

627. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ДАЕТ _____ ОКРАШИВАНИЕ

зеленое

красное

розовое

*фиолетовое

628. СТЕНЫ В КАБИНЕТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОКРЫТЫ

стеновыми панелями из ДВП

клеенкой

*краской, обеспечивающей возможность влажной уборки

стеновыми панелями из пластика

629. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

главный врач

заведующий отделением

комиссия по трудовым спорам

*врачебная комиссия

630. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО НА СРОК ДО _____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

23

20

*15

30

631. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

не выдаётся никакой документ

выдаётся справка установленного образца

*формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

выдаётся справка произвольной формы

632. К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РЕАКЦИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ

отек Квинке

*стрептодермия

поллиноз

бронхиальная астма

633. К АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ОТНОСИТСЯ

*отек Квинке

кардиогенный шок

обморок

гипертонический криз

634. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

*адреналина

атропина

плазмы

дигоксина

635. ВИЗУАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМ ДЕТЯМ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРАВИЛАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО

*наличие красочно оформленных наглядных пособий

проведение тщательной отработки навыков на моделях и в полости рта

составление ребусов и логических задач

подробное объяснение материала

636. К ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ

своевременный прием антибактериальных препаратов

*диспансерное наблюдение

чистка языка с использованием жесткой щетки

вакцинация

637. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТСЯ _____ КАРИОЗНЫХ, ПЛОМБИРОВАННЫХ И УДАЛЕННЫХ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ЗУБОВ _____

средним показателем суммы; в группе индивидуумов

отношением суммы; к возрасту индивидуума

*суммой; у индивидуума

отношением суммы; к общему количеству зубов у индивидуума

638. ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАНОВОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВОЗМОЖНО ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ НЕ БОЛЕЕ

145/95

*140/90

150/100

130/80

639. К ПОКАЗАНИЯМ К ПРЕМЕДИКАЦИИ ОТНОСЯТ

*выраженный страх перед стоматологическим вмешательством

сопутствующие заболевания органов дыхания

обширность стоматологического вмешательства

сопутствующие заболевания органов кровообращения

640. К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ СИСТЕМЫ КОФФЕРДАМ ОТНОСЯТ

салфетки

флоссы

корды и клинья

*щипцы для внесения зажима

641. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ

*воспалительных заболеваний пародонта

инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта

некариозных поражений твердых тканей зубов

аномалий положения зубов

642. ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТОМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

спредер

*Н-файл

пульпэкстрактор

каналонаполнитель

643. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ОДНО ПОСЕЩЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
острый периодонтит однокорневого зуба

*хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба

644. К ПРИЧИНАМ СНИЖЕНИЯ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ОТНОСЯТ

*прием витаминов и минералов во время беременности
несоблюдение гигиены полости рта
изменение рациона питания женщины в сторону легкоусвояемых углеводов
гормональные изменения, снижающие бактерицидные свойства слюны

645. ИНИЦИАЛЬНЫМ ФАЙЛОМ СЧИТАЕТСЯ ФАЙЛ, ДОХОДЯЩИЙ ДО ОТВЕРСТИЯ

рентгенологического
резцового

анатомического

*Физиологического

646. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИИ В ЭТО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЕ

проводят физиотерапевтические процедуры
*проводят пломбирование канала пастой
проводят противовоспалительную терапию
канал зуба оставляют открытым

647. ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЯЗОК С ГИДРОКСИДОМ КАЛЬЦИЯ ПРИ АПЕКСИФИКАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ

формирование апикального барьера
полная облитерация корневого канала
возникновение остеоцементного соединения
*перелом корня зуба

648. ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

сужения зубных рядов
увеличения силы действующего аппарата
*восстановления функции жевания и профилактики нарушения развития зубо-челюстной системы
расслабления жевательной мускулатуры

649. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ _____ ЩИПЦЫ

S-образные изогнутые

клювовидные со сходящимися щечками
байонетные
*Прямые

650. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
проводится
*не проводится
проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

651. К ТРЕТЬЕМУ ТИПУ ЗУБОВ ПО ВИЛЬЯМЕ ОТНОСЯТ ЗУБЫ, ИМЕЮЩИЕ _____ ОЧЕРТАНИЕ

квадратное
*овальное
коническое
Круглое

652. ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

безопасности
поднутрения
окклюзионной
*Ретенционной

653. ПРИ ИРОПЗ РАВНЫМ 0,6-0,8 ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ КОНСТРУКЦИЯ

*коронка
керамическая вкладка
композитная вкладка
реставрация низкомодульным композитом

654. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

гингивостоматит Венсана
кариес
*окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром
Флюороз

655. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ СОСТОИТ ИЗ БАЗИСА, УДЕРЖИВАЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ (КЛАММЕРОВ. И

цельнокерамических коронок
ответвлений
*искусственных зубов
ограничителей базиса

656. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ТРЕБУЮТСЯ _____ И ОДНА ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МОДЕЛИ

*две рабочие (одна из них из супергипса.

две рабочие из обычного гипса

одна рабочая из обычного гипса

одна рабочая из супергипса гипса

657. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

премоляров нижней челюсти

резцов нижней челюсти

*резцов верхней челюсти

моляров верхней челюсти

658. ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

образованием мелких гнойных полостей

*разрастанием межуточной соединительной ткани

расплавлением стромы

тотальным отеком паренхимы

659. ОРИЕНТИРОМ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ПО ВАЙСБЛАТУ СЛУЖИТ

суставной бугорок

скулоальвеолярный гребень

нижний край глазницы

*середина трагоорбитальной линии

660. РОТАЦИОННЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ УДАЛЕНИИ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

первого моляра

первого премоляра

*клыков

второго премоляра

661. СТАБИЛИЗАТОРОМ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

адреналин

вазопрессин

*бисульфит натрия

Магnezия

662. К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ АНАЛОГОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ОТНОСЯТ

рецессию в области нескольких зубов

рецессии при недостаточном объеме кератинизированной десны
глубину рецессии 3-4 мм
*аутоиммунные системные заболевания

663. МИКРОПОДВИЖНОСТЬ ИМПЛАНТАТА ПОСЛЕ ЕГО УСТАНОВКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ ____ МКМ

*25-30
75-80
45-50
55-60

664. УГОЛ МЕЖДУ ОСЬЮ СТЕРЖНЯ И ЛЕЗВИЕМ У КЮРЕТ ГРЕЙСИ СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ.

132
90
*70
45

665. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
дугу Энгля
метод Адамса
*остеосинтез по Макиенко

666. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА 4.7 (ДИАГНОЗ: ПУЛЬПИТ. У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОТВЕРСТИЕ

*нижнечелюстное
ментальное
овальное
Подбородочное

667. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ _____ ЧЕЛЮСТИ

моляров верхней
*клыков нижней
клыков верхней
резцов верхней

668. МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВОМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ПЕРЕКРЕСТНУЮ АЛЛЕРГИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РЕАКЦИЕЙ НА СУЛЬФАНИЛАМИДНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

мепивакаин
артикаин
*новокаин/прокаин
Лидокаин

669. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО

провести гайморотомию
*закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
промыть пазуху антисептиком
укрыть лунку йодоформным тампоном

670. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

химиотерапия
*хирургическое вмешательство
аутогемотерапия
Физиотерапия

671. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИМ ВЫРАЖЕННОГО СОСУДОРАСШИРЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

артикаин
*мепивакаин
лидокаин
Прокаин

672. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИМ СОСУДОРАСШИРЯЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

прокаин
*мепивакаин
лидокаин
Артикаин

673. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОДИНОЧНОЙ ВКЛАДКИ ОТТИСК СНИМАЮТ С

зуба с дефектом коронковой части
челюсти, на которой будет изготовлена вкладка
фрагмента челюсти с препарированным зубом
*обеих челюстей

674. ВИДОМ СОЕДИНЕНИЯ КЛАММЕРОВ С БАЗИСОМ ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

отвесной
мягкий
навесной
*суставной (лабильный).

675. ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми, комбинированными
полными, полукоронками, экваторными, окончатыми, трех-четвертными, телескопическими,
культевыми

*восстановительными, опорными, защитными, ортодонтическими

**676. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЛИТЫХ КОРОНОК РАЗБОРНУЮ МОДЕЛЬ
ИЗГОТАВЛИВАЮТ ДЛЯ**

*удобства моделировки и припасовки коронки
дублирования модели из огнеупорного материала
предотвращения усадки металла
литья коронки на гипсовом штампе

**677. ДВУХСЛОЙНЫЙ А- СИЛИКОНОВЫЙ РАБОЧИЙ ОТТИСК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ
ИЗГОТОВЛЕНИИ**

бюгельного протеза
съемного протеза при частичном отсутствии зубов
съемного протеза при полном отсутствии зубов
*металлокерамической коронки

678. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПОД ЛИТЫЕ КОРОНКИ ПРОИЗВОДЯТ

вулканитовыми дисками
карборундовыми фрезами
*алмазными головками
карборундовыми дисками

**679. К ГИБРИДНЫМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИЦИОННЫМ
МАТЕРИАЛАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ
ПОЛОСТЕЙ 3 КЛАССА, ОТНОСЯТСЯ**

elan
*herculite XRV
filtek
Revolution

680. УДАЛЕНИЕ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ПРОВОДЯТ_____ КЮРЕТАЖА

*в процессе
спустя 7 дней после
спустя 5 дней после
спустя 14 дней после

681. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ

витальную ампутацию

*витальную экстирпацию

сохранение жизнеспособности всей пульпы

девитализацию пульпы

682. РАЗМЕР ОТВЕРСТИЯ ПРОБОЙНИКА № 5 СООТВЕТСТВУЕТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ИЗОЛИРУЕМЫХ ЗУБОВ

клыков и премоляров

резцов верхней челюсти

*зубу с заранее наложенным кламмером

резцов нижней челюсти

683. ГЛАССПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ

*нагретыми стеклянными шариками

сухим теплом

горячим паром

Облучением

684. ДЛЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

трифосфат натрия

гидратированный кремний

*перекись карбамида

сульфат натрия

685. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ДЕНТИНА ПОСЛЕ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

герметизацию фиссур

зубные пасты с лечебными травами

пломбирование зубов

*Десенситайзеры

686. ОДОНТОГЛИФИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТ _____ ЗУБА

размер

*рельеф поверхностей

строение

Форму

687. ВЕДУЩИМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВСПЫШКЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ДЕТСКОМ САДУ ЯВЛЯЕТСЯ

обезвреживание предметов общего пользования

*установление источника инфекции
определение путей передачи инфекции
изоляция и лечение больных детей

688. К АБРАЗИВНОМУ КОМПОНЕНТУ ЗУБНЫХ ПАСТ ОТНОСЯТ

бикарбонат натрия
*карбонат кальция
фторид натрия
монофосфат натрия

689. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЮЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*формирование привычек здорового образа жизни
повышение продаж средств гигиены полости рта
увеличение количества пломбированных зубов
приобретение знаний по уходу за полостью рта

690. ЗАКРУГЛЕНИЕ КОНЧИКОВ ЩЕТИНОК ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ

очищения языка
*снижения вероятности травмирования десны щетиной
уменьшения абразивного воздействия на зубы
уменьшения вероятности обсеменения зубной щетки микроорганизмами

691. ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРЕРЫВИСТОМУ МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР.

врача-специалиста
главного врача
консилиума врачей
*врачебной комиссии

692. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В Т.Ч. РАБОТЫ (УСЛУГИ. ПО

медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции
медицинской статистике
*экспертизе временной нетрудоспособности
медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического.

693. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА. ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ., ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ. ПО**

профилю «терапия» и «педиатрия»

*экспертизе временной нетрудоспособности

профилактическим медицинским осмотром

экспертизе стойкой нетрудоспособности

**694. АППАРАТ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЙ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ,
НАЗЫВАЕТСЯ**

гнатодинамометр

параллелометр

миограф

*Артикулятор

**695. КОНТАКТ ЗУБОВ НА БАЛАНСИРУЮЩЕЙ СТОРОНЕ ПРИ БОКОВОЙ
ОККЛЮЗИИ**

отсутствует

фиссурно-бугорковый

бугорковый одноименными

*бугорковый разноименными

**696. К ГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ**

ортопантомографию

одонтопароднтограмму

миотонометрию

*Мастикациографию

697. КЛАССИФИКАЦИЯ СУПЛИ ПРЕДЛОЖЕНА ДЛЯ

форм скатов альвеолярных гребней

слепочных материалов

*типов слизистой оболочки

функциональных оттисков

**698. СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРАВУЮ СТОРОНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
МЫШЦЕЙ**

правой медиальной крыловидной

собственно жевательной

*левой латеральной крыловидной

правой латеральной крыловидной

699. МНОЖЕСТВЕННЫМИ КОНТАКТАМИ МЕЖДУ ЗУБНЫМИ РЯДАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ

*центральная
передняя
дистальная
Боковая

700. К АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ОТНОСИТСЯ

*отек Квинке
кардиогенный шок
обморок
гипертонический криз

701. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

инсульта
тиреотоксического криза
*обморока
приступа стенокардии

702. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

девитальная экстирпация
витальная экстирпация
*витальная ампутация
девитальная ампутация

703. ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН. В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТ -СЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ ДО ____ ЛЕТ

7
*5
3
2

704. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ БЕЗ ПРОКЛАДКИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

композитный материал светового отверждения
*стеклоиномерные цементы
композитный материал химического отверждения
силикатные цементы

705. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ

резорцин-формалиновой пастой

стеклоиономерным цементом
фосфат-цементом
*эвгеноловой пастой на масляной основе

706. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЛЮОРОЗА ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРЬ

В-адреномиметиков
*витамино-минеральных комплексов
антибактериальных препаратов
В-адреноблокаторов

707. КСИЛИТОЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СОСТАВЕ ДЕТСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

*противокариозный
противовоспалительный
отбеливающий
Пенообразующий

708. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

мясо
овощи
*конфеты
Творог

709. ДЕТЯМ СТАРШЕ 3 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

лечебно-профилактические с растительными добавками
*лечебно-профилактические с фторидом
гигиенические
лечебно-профилактические с антисептиками

710. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У КАРИЕСОВОСПРИИМЧИВЫХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

йодид калия
30% раствор нитрата серебра
*гель GC Tooth Mousse
2 % раствор пищевой соды

711. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ

программы добровольного медицинского страхования
*индивидуальной программы реабилитации инвалида
полиса обязательного медицинского страхования

свидетельства об инвалидности

712. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ

заведующий отделением

*врачебная комиссия

главный врач и его заместители

врач, прошедший обучение по ЭВН

713. О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население

отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся

*охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами

текучести кадров

714. СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ

центр военно-врачебной экспертизы

центр мобилизационных резервов

*медико-санитарную часть

бюро медицинской статистики

715. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

*распространенностью

количественным анализом

качественным анализом

Интенсивностью

716. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ НАЦИОНАЛЬНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОДИН РАЗ В

3 года

10 лет

2 года

*5 лет

717. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ

*врачи-стоматологи

гигиенисты

врачи-эпидемиологи

санитарные врачи

718. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПАРОТИТЕ ОКОЛОУШНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

эластичная

тестовато-пастозная

*плотная, бугристая

костной плотности

719. ПОДБОРОДОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

под первым моляром

между центральными резцами

*между верхушками корней премоляров

под клыком

720. ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА:

язвенная, эрозивная, гипертрофическая

катаральная, язвенная

*катаральная, язвенная, гипертрофическая

катаральная, язвенная, гипертрофическая, эрозивная

721. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение глотания

симптом Венсана

*безболезненная деформация в виде вздутия

плотное обызвествленное образование

722. ЛЕЙКОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

коревого краснухе

*гнойно-воспалительных процессах

болезни Боткина

Гриппе, ОРВИ

723. НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ

круглое

остистое

*овальное

Сонное

724. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДЕСНЕ ОТНОСЯТ

ишемии десневого края

*гиперемия, отечность, кровоточивость

гиперемия, гноетечение

множественную рецессию десны

725. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СЧИТАЮТ

*болезни крови

неудовлетворительную гигиену полости рта

деформацию окклюзионной поверхности зубного ряда

хронический периодонтит

726. ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЁМАТОЗНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

расширения периодонтальной щели на ограниченном участке

*разрежения костной ткани округлой формы с чёткими контурами до 5 мм в диаметре

разрежения костной ткани с нечёткими контурами

расширения периодонтальной щели на всем протяжении

727. ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ НАД ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ, ОБЫЧНО БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, ТВЕРДОЙ ИЛИ ГЛИНООБРАЗНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ОТНОСЯТ К

налету курильщика

пелликуле

мягкому зубному налету

*наддесневому зубному камню

728. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В 30% СЛУЧАЯХ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

*хроническом фиброзном

остром диффузном

хроническом гипертрофическом

хроническом гангренозном

729. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ПОЛОСТИ РТА

щеки

*язык

дно полости рта

Губы

730. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

эндемический флюороз

*несовершенный дентиногенез
системную гипоплазию
тетрациклиновые зубы

731. НАРУШЕНИЕ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

флюороза зубов
*клиновидного дефекта
эрозии зубов
Кариеса

732. ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ (В ГОДАХ.

15
16-18
*6-8
10-12

733. ДЛЯ ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО ПУЛЬПИТА К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
свободную переходную складку, безболезненную при пальпации
*боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

734. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРЫ В ВОЗДУШНОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ ПРИМЕНЯЮТ

бензойную кислоту
*сахарозу
янтарную кислоту
Никотинамид

735. ПОЛНОЕ УНИЧТОЖЕНИЕ МИКРОБОВ, СПОР И ВИРУСОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

дератизацию
дезинфекцию
дезинсекцию
*Стерилизацию

736. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА № 043/У. ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕДАЁТСЯ В

Министерство здравоохранения РФ
*архив
фонд ОМС
государственный комитет по статистике

737. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

жалобы больного

*перенесённые и сопутствующие заболевания

развитие настоящего заболевания

внешний осмотр

738. ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

_____ ЛЕТ

*2-2,5

4

1,5

3-3,5

**739. НА ПЕРВОМ МЕСТЕ ПО ЧАСТОТЕ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ
СТОЯТ**

молочные клыки

*временные моляры

постоянные клыки

временные резцы

**740. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ КАРИЕСЕ ВРЕМЕННЫХ
ЗУБОВ ПРОВОДЯТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ НА
_____ ПОВЕРХНОСТЯХ**

жевательных

*контактных

небных

Вестибулярных

**741. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА
ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ**

отсутствие изменений на рентгенограмме

расширение периодонтальной щели у верхушки корня

отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

*отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

742. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

в 2,5-3,5 года

в 4-5 лет

*во втором полугодии после рождения

743. У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРЕОБЛАДАЕТ ОСТЕОМИЕЛИТ _____ ЭТИОЛОГИИ

гематогенной
специфической
* одонтогенной
посттравматической

744. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

рентгенологический
макроскопия послеоперационного материала
цитологический
* морфологический
клинический

745. ГИПОПЛАЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ - ЭТО:

эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде;
* порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей сращение, слияние и раздвоение зубов;
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов;
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина. недостаточно выясненной этиологии;

746. ЭРОЗИЯ ЗУБОВ - ЭТО:

эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
* прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина. недостаточно выясненной этиологии
сращение, слияние и раздвоение зубов

747. НЕСОВЕРШЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ - ЭТО:

эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
* нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина. недостаточно выясненной этиологии

748. АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ ЗУБА - ЭТО:

эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

* сращение, слияние и раздвоение зубов

прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина. недостаточно выясненной этиологии)
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

749. ВОЗРАСТ, ПРИ КОТОРОМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СТИРАНИЕ ОГРАНИЧЕНО ПРЕДЕЛАМИ ЭМАЛИ:

до 25 лет

до 30 лет

* до 35 лет

до 40 лет

до 50 лет

750. ФЛЮОРОЗ - ЭТО:

* эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде .

порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей

сращение, слияние и раздвоение зубов

нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина. недостаточно выясненной этиологии)

751. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТИРАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ НАСЛЕДСТВЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ НЕПОЛНОЦЕННЫХ СТРУКТУР, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

флюорозе

гипоплазии

* несовершенном амело- и дентиногенезе

истирании (клиновидный дефект.

эрозии

752. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА - ЭТО:

дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях

* овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки

потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

753. I СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ:

поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения

- * поражение только поверхностных слоев эмали
- поражение поверхностных слоев дентина
- убыль тканей (эмали и дентина., сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- убыль тканей (эмали и дентина. с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

754. НАЛИЧИЕ НА СЛИЗИСТОЙ ПУЗЫРЬКОВЫХ ВЫСЫПАНИЙ С СЕРОЗНЫМ ИЛИ КРОВЯНИСТЫМ СОДЕРЖИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ:

- * лимфангиомы
- гемангиомы
- ретенционной кисты
- папилломы
- фибромы

755. ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ МЕТОДОМ:

- * хирургическим
- лучевой терапии
- склерозирования
- комбинированным
- гормонотерапии

756. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ, СХОДНЫМИ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * саркома Юинга
- остеогенная саркома
- фиброзная дисплазия
- херувизм
- синдром Олбрайта

757. ГИНГИВИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ:

- *воспалительное
- воспалительно-дистрофическое
- дистрофическое
- инфекционное
- опухолевидное

758. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДЕСНА - ЭТО:

- десневой сосочек и десна вокруг зуба
- десна, окружающая зуб
- *десна, покрывающая альвеолярный отросток

десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка
десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

759. МАРГИНАЛЬНАЯ ДЕСНА - ЭТО:

* десневой сосочек и десна вокруг зуба
десна, окружающая зуб
десна, покрывающая альвеолярный отросток
десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка
десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

760. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДЕСНА СОСТОИТ ИЗ:

* эпителия и надкостницы
эпителия и собственного слизистого слоя
эпителия, собственного слизистого и подслизистого слоя
эпителия, надкостницы и альвеолярной кости
эпителия, надкостницы и подслизистого слоя

761. ПРИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ КОЛИЧЕСТВО ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ:

увеличивается
* не изменяется
уменьшается в 2 раза
уменьшается в 4 раза
определить невозможно

762. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ:

* увеличивается
уменьшается в 2 раза
уменьшается в 4 раза
не изменяется

763. ИНДЕКС CRITN ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА:

стоматологического
серповидного
штыковидного
* пуговчатого
не требует применения инструмента

764. ИНДЕКС CRITN У ВЗРОСЛЫХ- ЭТО ПОКАЗАТЕЛЬ:

зубного налета
зубного камня
кровоточивости
пародонтальных карманов
* нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

765. ИНДЕКС ПМА ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ:

* гингивита
пародонтита
пародонтоза
пародонтолиза
стоматита

766.. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

на 1/3 длины корня зуба
на 1/2 длины корня зуба
на 2/3 длины корня зуба
на 3/4 длины корня зуба
* отсутствует

767. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

*на 1/3 длины корня зуба
на 1/2 длины корня зуба
на 2/3 длины корня зуба
на 3/4 длины корня зуба
отсутствует

768. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

на 1/3 длины корня зуба
на 1/2 длины корня зуба
на 2/3 длины корня длины корня зуба
#на 3/4 длины корня зуба

769. КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЫ:

*Папиллярной
папиллярной и маргинальной
маргинальной и альвеолярной
альвеолярной, маргинальной и папиллярной
папиллярной и альвеолярной

770. КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ КЮРЕТАЖА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ ЧЕРЕЗ:

1 неделю
10 дней

- * 1 месяц
- 6 месяцев
- 1 год

771. КОЛИЧЕСТВЕННУЮ ВЫРАЖЕННОСТЬ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА:

- * ПМА
- Грина-Вермильона
- пародонтального
- SPITN

772. КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВКЛЮЧАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЫ:

- папиллярной
- * папиллярной и маргинальной
- маргинальной и альвеолярной
- альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- папиллярной и альвеолярной

773. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА КОРОНКЕ ЗУБА В ОБЛАСТИ:

- режущего края
- бугров жевательной поверхности
- язычной поверхности
- * пришеечной области
- типичной локализации нет

774. КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- клиновидным дефектом
- * флюорозом
- средним кариесом
- эрозией эмали
- патологической стираемостью твердых тканей зуба

775. ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ СВЯЗАНА С:

- повышением проницаемости эмали
- потерей из поврежденного участка ионов кальция
- * сохранением органической основы эмали
- образованием пелликулы на поверхности эмали
- повышением вязкости слюны

776. ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР:

- Шиллера-Писарева

* Боровского-Волкова
метиленового синего
хлоргексидина
питьевой соды

777. К РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ РАСТВОР:

перекиси водорода 10%
эуфиллина 2,4%
метиленового синего 2%
*фторида натрия 2%

778. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО:

увеличению прироста кариеса
появлению новых белых кариозных пятен
* стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
уменьшению воспаления тканей десны
увеличению слюновыделения

779. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ:

* кариесе в стадии пятна
среднем кариесе
глубоком кариесе
осложненном кариесе
пародонтите

780. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР:

Шиллера-Писарева
эритрозина
фуксина
* метиленового синего
бриллиантового зеленого

781. НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ:

* меловидного пятна на поверхности эмали
эрозии эмали
полости в пределах эмали
полости в пределах дентина
кровоточивости десен

782. СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

зондирования

электроодонтодиагностики
* витального окрашивания эмали
рентгенологического исследования
определения индекса Грин-Вермиллиона

783. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ:

определение гигиенических индексов
* витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего
электроодонтодиагностику
рентгенологическое исследование
микробиологическое исследование

784. ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ:

микротвердость
плотность
растворимость
* проницаемость
резистентность

785. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:

наследственность
инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
высокое содержание фтора в питьевой воде
* неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

786. НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

пародонтита
пародонтоза
* гипертрофического гингивита
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита

787. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

деформация десневых сосочков
карман до 3 мм
карман 4 мм
* кровоточивость при зондировании
карман 5 мм и более

788. ИСТИННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

эозинофильная гранулема

* остеома

херувизм

фолликулярная киста

синдром Олбрайта

789. ВОЛОКНА ПЕРИОДОНТА, ОХВАТЫВАЮЩИЕ ШЕЙКУ ЗУБА:

транссептальные

свободные волокна десны

* циркулярные волокна

альвеолярные гребешковые волокна

косые волокна

790. ВОЛОКНА ПЕРИОДОНТА ОТ ВЕРШИНЫ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГРЕБНЕЙ К ЦЕМЕНТУ КОРНЯ:

транссептальные

свободные волокна десны

циркулярные волокна

* альвеолярные гребешковые волокна

косые волокна

791. ВОЛОКНА ПЕРИОДОНТА, ИДУЩИЕ ПОД УГЛОМ К ОСИ ЗУБА:

свободные волокна десны

циркулярные волокна

альвеолярные гребешковые волокна

* косые волокна

транссептальные волокна

792. ТЕРМИНАЛЬНЫЕ ВЕТОЧКИ КУСТИКОВЫХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕГУЛЯЦИЮ:

защитной функции

* распределения силы жевательного давления

сенсорной функции

опорно-удерживающей функции

пластической функции

793. ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ МИКРОФЛОРОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

стафилококки

* стрептококки

вейлонеллы

лактобактерии

простейшие

794. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПЕРИОДОНТА МОЖЕТ БЫТЬ:

- *грубая эндодонтическая обработка канала
- вредные привычки
- скученность зубов
- травматическая окклюзия
- употребление мягкой пищи

795. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА СВЯЗАНО С:

- разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
- * скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- гиперемией и отеком десны
- избыточной нагрузкой на зуб
- температурным воздействием на зуб

796. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА, КРОМЕ ДРУГИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА, ПРОВОДИТСЯ:

- с хроническим гранулирующим периодонтитом
- с хроническим гранулематозным периодонтитом
- * со средним кариесом
- с кистогранулемой
- с хроническим фиброзным пульпитом

797. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ (РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА. ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- * хронического фиброзного периодонтита
- хронического гранулематозного периодонтита
- хронического гранулирующего периодонтита
- острого периодонтита
- среднего кариеса

798. ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ:

- хронического фиброзного периодонтита
- хронического гранулематозного периодонтита
- * хронического гранулирующего периодонтита
- острого периодонтита
- хронического гангренозного пульпита

799. ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ ДО 0,5 СМ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ:

хронического фиброзного периодонтита

* хронического гранулематозного периодонтита

хронического гранулирующего периодонтита

кистогранулемы

хронического гангренозного пульпита

800. ДЛЯ КИСТОГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК:

четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм

* отсутствие костной структуры в очаге деструкции

расширение периодонтальной щели

очаг деструкции с нечеткими контурами

сужение периодонтальной щели

801. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ТРУДНОПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ:

резорцин-формалиновый метод

трансканальный электрофорез йодом

трансканальный электрофорез с ферментами

* депофорез

удаление

802. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ОДНО ПОСЕЩЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба

острый периодонтит однокорневого зуба

хронический фиброзный периодонтит

* хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода

хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

803. ОБЪЕМ ТКАНЕЙ, УДАЛЯЕМЫХ ПРИ РАСКРЫТИИ ПОЛОСТИ ЗУБА, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

* топографией полости зуба

размером кариозной полости

выбором пломбировочного материала для корневой пломбы

выбором методики обработки корневого канала

выбором анестетика

804. ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА:

* пример и К-файл

Н-файл (бурав Хедстрема.
каналонаполнитель
спредер
пульпэкстрактор

805. ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА:

пример (드릴бор.
* К-файл и Н-файл
каналонаполнитель
спредер
пульпэкстрактор

806. ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ:

пример (드릴бор.
К-файл
Н-файл
* каналонаполнитель и спредер
пульпэкстрактор

807. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ:

корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
* корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
апексолокатора
по соотношению длины корня и коронки зуба
по специальным таблицам

808. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ «СТЕР ВАСК» (ШАГ НАЗАД. ЯВЛЯЕТСЯ:

введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
определение временной рабочей длины
*прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
введение в корневой канал пульпэкстрактора

809. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

3% раствор гипохлорита натрия
*этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА).
оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон.
смесь соляной и серной кислот

раствор перекиси водорода

**810. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СИЛЬНО -
ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ (КАМФАРАФЕНОЛ, КРЕЗОФЕН И Т.Д.):**

вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку

* оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала под временную повязку

выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте

оставляют на Ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала

не используют

811. ОСНОВОЙ ДЛЯ НЕТВЕРДЕЮЩИХ ПАСТ ЯВЛЯЕТСЯ:

эвгенол

резорцин-формалиновая смесь

*вазелин-глицериновая смесь

эпоксидные смолы

дистиллированная вода

**812. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ПЛАН
ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТСЯ:**

ЭОД

реопародонтография

* рентгенография

реоплетизмография

температурная проба

813. МИНИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ (МЕСЯЦЫ.):

* 6-9

9-12

12-18

18-24

24-28

814. СРЕДНЯЯ ТОЛЩИНА ПЕРИОДОНТА (ММ.):

0-0,1 2.0,10-0,15

* 0,20-0,25

0,25-0,30

0,35-0,40

815. В ПЕРИОДОНТЕ В НОРМЕ ПРЕОБЛАДАЕТ КОЛЛАГЕН:

* I типа

II типа

III типа

IV типа

V типа

816. РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ - ЭТО:

рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

* отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

817. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

*кариес и его осложнения

сердечно-сосудистые заболевания

онкологические заболевания

Травмы

некариозные поражения твердых тканей зубов

818. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

травмы

сердечно-сосудистые заболевания

онкологические заболевания

* заболевания пародонта

заболевания желудочно-кишечного тракта

819. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ:

увеличение амплитуды движений нижней челюсти

изменение характера движений нижней челюсти

*атрофия альвеолярных гребней

смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

820. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

* средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

821. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

* полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

822. ПЕРВЫЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ:

полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
* высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

823. КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ (СТЕПЕНЕЙ. АТРОФИИ БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА:

два
* три
четыре
пять
шесть

824. КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ (СТЕПЕНЕЙ. АТРОФИИ БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.Ю. КУРЛЯНДСКОГО:

два
три
четыре
* пять
шесть

825. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ С ВЫРАЖЕННОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЬЮ В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ И РЕЗКОЙ ЕЕ АТРОФИЕЙ В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.Ю. КУРЛЯНДСКОГО К ТИПУ:

первому
второму
третьему
четвертому
*пятому

826. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ С ВЫРАЖЕННОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЬЮ В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ И РЕЗКОЙ ЕЕ АТРОФИЕЙ В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.Ю. КУРЛЯНДСКОГО К ТИПУ:

- первому
- второму
- третьему
- * четвертому
- пятому

827. ВТОРОЙ КЛАСС СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПО КЛАССИФИКАЦИИ СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ:

- подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень
- гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемизованная, рыхлая
- нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
- * атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета
- подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка

828. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛЕПКА ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕПОЧНАЯ ЛОЖКА:

- стандартная из металла, гладкая
- стандартная из пластмассы, перфорированная
- индивидуальная из эластичной пластмассы
- * индивидуальная из жесткой пластмассы
- стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском

829. НА ЭТАПЕ «ПРОВЕРКА КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА» ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

- * с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками
- сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса
- приклеив пластинку воска на передние зубы нижнего воскового базиса

830. ПЕРЕКРЕСТНАЯ ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПОЛНЫХ

- ортогнатическом
- * прогеническом
- прогнатическом
- прямом
- соотношение челюстей не имеет значения

831. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА:

- * на следующий день после наложения протеза

через неделю после наложения протеза
только при появлении боли под протезом
любые - по согласованию с пациентом
после полной адаптации к протезу

832. КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ - ЭТО:

*рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

833. ГЕМИСЕКЦИЯ - ЭТО:

рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
* удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

834.. АМПУТАЦИЯ КОРНЯ - ЭТО:

рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
* удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

835. РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА - ЭТО:

рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
* удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.
удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

836. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ:

2-3%
* 3-5%
6-8%
8-10%

837. ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ:

хлоргексидин
* ЭДТА

эвгенол
формалин
гипохлорит натрия

838. ЭВГЕНОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ:

материалов для постоянных пломб
* паст для постоянного пломбирования каналов
паст для временного пломбирования каналов
для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

839. ЙОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ:

хлорамин Т, хлоргексидин
протеолитические ферменты
гидроокись меди-кальция
* бетадин, йодиол
перекись водорода

840. ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ:

гипохлорит натрия, хлорамин
йодиол, бетадин
диметилсульфоксид
* лизоцим, трипсин
перекись водорода

841. ПРЕПАРАТ С ВЫРАЖЕННЫМ ПОВЕРХНОСТНО АКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ:

лизоцим, трипсин
йодиол, бетадин
гипохлорит натрия
* диметилсульфоксид
перекись водорода

842.. ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ:

диклофенак натрия
* метронидазол
гипохлорит натрия
фурацилин
перекись водорода

843.. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ВЫРАЖЕННОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ:

герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
*создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
проводят разрез по переходной складке
пломбируют канал временными пломбировочными материалами

844. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛА ЗУБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ:

на 2-3 сутки
на 4-5 сутки
*на 5-7 суток
через 10 дней
через 14 дней

845. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

сохранение зуба
* устранение очага одонтогенной инфекции
прохождение корневого канала
воздействие на микрофлору корневых каналов
пломбирование корневого канала

846. АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СИСТЕМУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕМ:

инструментальной обработки
медикаментозной обработки
общей противовоспалительной терапией
протравливаем стенок корневого канала
*сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки

847. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ОБРАБОТКА КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ СОЧЕТАНИИ:

антибиотиков и протеолитических ферментов
иодосодержащих препаратов и лизоцима
*гипохлорита натрия и ЭДТА
хлорамина и перекиси водорода
ферментов и перекиси водорода

848. АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ ПАСТЫ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ СОДЕРЖАТ:

*эвгенол

формалин
гидроокись кальция
эпоксидные смолы
параформ

849. ПРИЧИНОЙ ИЗБЫТОЧНОГО ВЫВЕДЕНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

перфорация стенки корневого канала
* избыточное расширение апикального отверстия
облом стержневого инструмента в канале
недостаточная медикаментозная обработка
плохо высушенный канал

850. ПАРОДОНТИТ - ЗАБОЛЕВАНИЕ:

*воспалительное
воспалительно-дистрофическое
дистрофическое
опухолевидное
инфекционное

851. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

* микробный зубной налет (микробная бляшка.
зубной налет курильщика
плотный зубной налет
наддесневой зубной камень
поддесневой зубной камень

852. ВОСПАЛЕНИЕ МЕЖЗУБНОЙ И МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

*пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

853. ВОСПАЛЕНИЕ МЕЖЗУБНОЙ, МАРГИНАЛЬНОЙ И ЧАСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДЕСНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

пародонтита легкой степени
* пародонтита средней степени
пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

854. ВОСПАЛЕНИЕ МЕЖЗУБНОЙ, МАРГИНАЛЬНОЙ, ЧАСТИ ИЛИ ВСЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДЕСНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
* пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

855. ГЛУБИНА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДО 4 ММ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

* пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

856. ГЛУБИНА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДО 5 ММ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

пародонтита легкой степени
* пародонтита средней степени
пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

857. ГЛУБИНА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
* пародонтита тяжелой степени
пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

858. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ:

I-II степени
II-III степени
III степени
более III степени
*отсутствует

859. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ:

* I—II степени
II—III степени
III степени
более III степени
отсутствует

860. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

I—II степени

*II—III степени

III степени

более III степени

отсутствует

861. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДО 1/2 СООТВЕТСТВУЕТ:

пародонтиту легкой степени

* пародонтиту средней степени

пародонтиту тяжелой степени

пародонтозу средней степени

пародонтозу тяжелой степени

862. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ БОЛЕЕ 1/2 СООТВЕТСТВУЕТ:

пародонтиту легкой степени

пародонтиту средней степени

* пародонтиту тяжелой степени

пародонтозу средней степени

пародонтозу тяжелой степени

863. ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА:

медикаментозное противовоспалительное лечение

ортодонтическое лечение

ортопедическое лечение

* профессиональная гигиена полости рта

хирургическое лечение

864. КРИТЕРИЙ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА:

жалобы пациента

длительность заболевания

кровоточивость десны при чистке зубов

* глубина пародонтального кармана

степень подвижности зубов

865. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДО 4 ММ:

* кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»

операция «открытый кюретаж»

лоскутная операция

гингивотомия

гингивэктомия

866. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ДО 5 ММ:

кюретаж карманов

* операция «открытый кюретаж»

лоскутная операция

гингивотомия

гингивэктомия

867. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ:

кюретаж карманов

операция «открытый кюретаж»

* лоскутная операция

гингивотомия

гингивэктомия

868. ВИД ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВСКРЫТИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО АБСЦЕССА:

*гингивотомия

гингивэктомия

лоскутная операция

экстирпация зуба

кюретаж

869. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ В СТАДИИ РЕМИССИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

* диспансеризация

антибактериальная терапия

десенсибилизирующая терапия

прием фторсодержащих таблеток

герметизация фиссур зубов

870. ПАРОДОНТОЗ - ЗАБОЛЕВАНИЕ:

воспалительное

воспалительно-дистрофическое

* дистрофическое

опухолевидное

инфекционное

871. РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

катарального гингивита

гипертрофического гингивита
язвенно-некротического гингивита
Пародонтита
*пародонтоза

872. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ:

менее 3 мм
до 4 мм
до 5 мм
более 5 мм
*отсутствуют

873. ЗУД В ДЕСНЕ - ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТА ПРИ:

катаральном гингивите
гипертрофическом гингивите
язвенно-некротическом гингивите
пародонтите
*пародонтозе

874. ОБНАЖЕНИЕ ШЕЕК И КОРНЕЙ ЗУБОВ - ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТА ПРИ:

катаральном гингивите
гипертрофическом гингивите
язвенно-некротическом гингивите
пародонтите
* пародонтозе

875. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ - ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТА ПРИ:

катаральном гингивите
гипертрофическом гингивите
язвенно-некротическом гингивите
пародонтите
* пародонтозе

876. ОКРАСКА ДЕСНЫ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ:

бледно-розовая
* гиперемизированная
желтоватая
цианотичная

877. ОБНАЖЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЗУБА (РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ. ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ:

только на вестибулярной
только на оральной
*как на вестибулярной, так и на оральной
на жевательной
на контактной

**878.КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА
РЕЦЕССИЮ ДЕСНЫ:**

уменьшают
* увеличивают
не изменяют
исправляют
затрудняют

879. ПАРОДОНТОЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

катаральным гингивитом
гипертрофическим гингивитом отечной формы
гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
пародонтитом
* пародонтитом в стадии ремиссии

**880. РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ
ПЕРЕГОРОДОК ДО 1/3 - РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:**

пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
* пародонтоза легкой степени
пародонтоза средней степени
гипертрофического гингивита

**881. РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ
ПЕРЕГОРОДОК ДО 1/2 - РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:**

пародонтита легкой степени
пародонтита средней степени
пародонтоза легкой степени
*пародонтоза средней степени
пародонтоза тяжелой степени

**882. РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ
ПЕРЕГОРОДОК БОЛЕЕ 1/2 - РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК:**

пародонтита средней степени
пародонтита тяжелой степени
пародонтоза легкой степени
пародонтоза средней степени

*пародонтоза тяжелой степени

883. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ ПРОВОДЯТ:

Реопародонтографию

УВЧ-терапию

* реминерализующую терапию
противовоспалительную терапию
десенсибилизирующую терапию

884. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ:

гигиенические

противовоспалительные

* реминерализующие
солевые
ферментосодержащие

885. ИНДЕКС ПМА ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ:

менее 30%

до 50%

до 70%

около 100%

*не изменяется

886. ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ИЛИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ ПРОВОДЯТ:

до операций по пластике уздечек и предверия полости рта

* после операций по пластике уздечек и предверия полости рта

до рентгенологического исследования

после рентгенологического исследования

до индексной оценки состояния пародонта

887. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПЕРИОДОНТА МОЖЕТ БЫТЬ:

*грубая эндодонтическая обработка канала

вредные привычки

скученность зубов

травматическая окклюзия

препарирование кариозной полости

888. НАИБОЛЕЕ ОБСЕМЕНЕННОЙ МИКРОБАМИ ЧАСТЬЮ КОРНЕВОГО КАНАЛА НЕЗАВИСИМО ОТ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

* устье канала

средняя часть канала
верхушечная часть канала
околоверхушечная часть канала
обсеменение равномерно по всей длине канала

889. ЗОНА, СОДЕРЖАЩАЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫЕ ТКАНИ И БАКТЕРИИ:

* зона некроза
зона контаминации
зона раздражения
зона стимуляции
ни одна из зон так не характеризуется

890. ЗОНА, СОДЕРЖАЩАЯ ЛЕЙКОЦИТЫ, ЛИМФОЦИТЫ И ОСТЕОКЛАСТЫ:

зона некроза
* зона контаминации
зона раздражения
зона стимуляции
ни одна из зон так не характеризуется

891. ЗОНА, СОДЕРЖАЩАЯ ГРУНУЛЯЦИОННУЮ ТКАНЬ:

зона некроза
зона контаминации
* зона раздражения
зона стимуляции
ни одна из зон так не характеризуется

892. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ДАЕТ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ:

гранулирующий
гранулематозный
* фиброзный
кисторанулема
нет зависимости от формы периодонтита

893. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЛЯ ЗУБА ОТТОК ЭКССУДАТА ПРИ ОСТРОМ ИЛИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА:

периодонт с формированием пародонтального кармана
* корневой канал
систему гаверсовых канатов с формированием подслизистого абсцесса
систему гаверсовых каналов с формированием периостита
для сохранности зуба не играет роли

894. ИСХОДОМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

клиническое выздоровление

* восстановление периодонта до нормального состояния
развитие периостита
переход в хронический процесс
развитие остеомиелита

895. НА ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ:

проходимость корневого канала
размер очага периапикальной деструкции
одно- или многокорневой зуб
наличие очаговообусловленных заболеваний
*возраст и пол пациента

896. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА МОЖЕТ БЫТЬ УСПЕШНЫМ В СЛУЧАЕ, КОГДА:

канал запломбирован не полностью
периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
*канал запломбирован полностью
зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
канал запломбирован с избыточным выведением' пломбировочного материала за верхушку корня

897. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ (ПРОМЫВАНИЯ. ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

раствор хлорамина
* 3% раствор перекиси водорода
12% раствор перекиси карбамида
камфара-фенол
фенол-формалин

898. В ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПЕРИОДОНТА ВЫДЕЛЯЮТ:

2 периода
* 3 периода
4 периода
5 периодов
6 периодов

899. ВОЛОКНА ПЕРИОДОНТА, РАСПОЛОЖЕННЫЕ В РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ, ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ:

распределения давления
* опорно-удерживающую
пластическую
трофическую
защитную

900. ФОРМА КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ДОЛЖНА БЫТЬ ИДЕНТИЧНА ФОРМЕ:

К-файла №15
К-файла № 20
К-файла №25
К-файла №30

* последнему примеру, применявшемуся в инструментальной обработке

901. СОДЕРЖАНИЕ В ПЕРИОДОНТЕ 60% ТКАНЕВОЙ ЖИДКОСТИ (БЕЗ УЧЕТА БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЛИМФЫ И КРОВИ В ЕГО СОСУДАХ. СПОСОБСТВУЮТ ВЫПОЛНЕНИЮ ФУНКЦИИ:

опорно-удерживающей
* распределения давления
пластической
сенсорной
защитной

902. НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

обострение хронического гангренозного пульпита
* острый периодонтит в фазе интоксикации
острый периодонтит в фазе экссудации
хронический фиброзный пульпит
периостит, подслизистый абсцесс

903. НЕОДОНТОГЕННУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ:

цементома
* мукоэпидермоидная опухоль
одонтома мягкая
одонтома твердая
фолликулярная киста

904. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

* морфологического исследования послеоперационного материала
пункционной биопсии
макроскопии послеоперационного материала
эхографии
компьютерной томографии

905. ИСТИННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

глобуломаксиллярная киста

синдром Олбрайта
* оссифицирующая фиброма
травматическая костная киста
одонтогенная киста

906. РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ:

щек
верхней губы
* нижней губы
кончика языка
нижней поверхности языка

907. ТЕРМИНОМ «РАНУЛА» ОБОЗНАЧАЛИСЬ РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ В ОБЛАСТИ:

* дна рта
щек
верхней губы
нижней губы
кончика языка

908. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ:

физиотерапевтический
склерозирующая терапия
криотерапия
* хирургический

909. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ:

цистотомия
цистэктомия
*цистаденэктомия
криотерапия
склерозирование

910. КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ:

аденолимфоме
плеоморфной аденоме
* мукоэпидермоидной опухоли
ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

911. ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗМОЖЕН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ:

поднижнечелюстной
* околоушной
подъязычной
малой слизистой оболочки щеки

912.ВИД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ:

интубационная
* проводниковая
эпидуральная
внутривенная
масочная

913. ВИД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В ПОЛОСТИ РТА:

подкожная
интубационная
* интралигаментарная
эпидуральная
внутривенная

914. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ:

* аллергические реакции на анестетики
множественный кариес зубов
высокая температура
подвижность зубов
повышенное АД

915. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ:

* инфильтрационную
торусальную
резцовую
мандибулярную
ментальную

916. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ:

торусальную
инфраорбитальную
* туберальную
ментальную
резцовую

917. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ:

палатинальная
инфраорбитальная
* инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны
резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны
туберальная

918. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ:

инфильтрационная
резцовая
* торусальная
палатинальная
туберальная

919. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ:

инфильтрационная
туберальная
ментальная
* по Гоу-Гейтсу
палатинальная

920. ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ:

зубы верхней челюсти
слизистую оболочку неба
* слизистую оболочку десны с язычной стороны
нижнюю губу и кожу подбородочной области
слизистую щеки

921. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗА НА НЕБЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ:

палатинальная
* резцовая
подглазничная
туберальная
торусальная

922. ТУБЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ БЛОКИРУЕТ ВЕТВИ:

1 передние верхние альвеолярные
средние верхние альвеолярные
* задние верхние альвеолярные
глазничного нерва

носонебного нерва

923. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА:

- I
- * II
- III
- IV
- V

924. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА:

- I
- II
- * III
- IV
- V

925. ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ЧЕРЕЗ:

- овальное отверстие в подвисочную ямку
- * круглое отверстие в крылонебную ямку
- foramen infraorbitale в fossa canina
- верхнеглазничную щель в глазницу
- ментальное отверстие

926. ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ЧЕРЕЗ:

- * овальное отверстие
- круглое отверстие
- подглазничное отверстие
- верхнеглазничную щель
- нижнечелюстной канал

927. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВОДНИКОВОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * гематома
- коллапс
- обморок
- анафилактический шок
- отек Квинке

928. АНЕСТЕЗИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ БЛОКИРУЕТ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА:

- I и II
- * II и III
- I и III
- II и IV 5. I и IV

929. НИЖНИЙ ЛУНОЧКОВЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ:

зубы верхней челюсти
* зубы нижней челюсти
подъязычную область
2/3 языка
слизистую щеки

930. В ЗОНУ ИННЕРВАЦИИ МЕНТАЛЬНОГО НЕРВА ВХОДЯТ:

моляры
альвеолярный отросток в области моляров
* подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
костная ткань ветви нижней челюсти
верхняя губа

931. ПОДБОРОДОЧНЫЙ НЕРВ БЛОКИРУЕТСЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ:

* мандибулярной и ментальной
резцовой и инфраорбитальной
резцовой и туберальной
туберальной и палатинальной
инфраорбитальной и палатинальной

932. В ЗОНУ ИННЕРВАЦИИ ЯЗЫЧНОГО НЕРВА ВХОДИТ:

задняя треть языка
* передние 2/3 языка
слизистая оболочка глотки
слизистая оболочка переходной складки
кончик языка

933. ЗОНА ИННЕРВАЦИИ ЗАДНИХ ВЕРХНИХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА:

кожа и слизистая щеки
альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
*бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
слизистая неба

934. БЛОКАДА ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЛОКОН НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

Берше-Дубову
Вайсбрему
* Берше и Егорову
Вайсблату

Гоу-Гейтсу

935. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

обморок
*контрактура нижней челюсти
анафилактический шок
коллапс
отек Квинке

936. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

кровотечение
контрактура
* обморок
некроз
гематома

937. ВАЗОКОНСТРИКТОРЫ ВЫЗЫВАЮТ:

расширение сосудов
* сужение сосудов
гиперемию кожных покровов
парестезии
анальгезию

938. ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ВЫКЛЮЧАЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ:

психоэмоциональный
вегетативный
* сенсорный
двигательный
рефлекторный

939. ИНФРАОРБИТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРОВОДИТСЯ У ОТВЕРСТИЯ:

большого небного
резцового
* подглазничного
нижнечелюстного
ментального

940. ДЕПО АНЕСТЕТИКА ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОЗДАЮТ У ОТВЕРСТИЯ:

большого небного
резцового
подглазничного
* нижнечелюстного

подбородочного

941. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА НЕРВОВ:

- * щечного, нижнелуночкового, язычного.
- носонебного, нижнелуночкового, подбородочного
- щечного, нижнелуночкового, небного
- нижнелуночкового, небного
- носонебного, язычного

942. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО ВЕЙСБРЕМУ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ:

- бугра верхней челюсти
- * нижнечелюстного возвышения
- большого небного отверстия
- резцового отверстия
- ментального отверстия

943. ДЛЯ СНЯТИЯ КОНТРАКТУРЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ:

- по М.М. Вейсбрему
- по Берше-Дубову
- * по Берше
- мандибулярной
- по Гоу-Гейтсу

944. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ В ЗОНУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВХОДЯТ ЗУБЫ:

- резцы верхней челюсти
- премоляры верхней челюсти
- моляры верхней челюсти
- * моляры нижней челюсти
- резцы нижней челюсти

945. УДАЛЕНИЕ 3.7 И 4.7 ЗУБА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПОД АНЕСТЕЗИЕЙ:

- мандибулярной
- туберальной
- щечной и ментальной
- * торусальной
- палатинальной

946. УДАЛЕНИЕ 1.2 И 2.2 ЗУБОВ ЭФФЕКТИВНО ПРОВОДИТЬ ПОД АНЕСТЕЗИЕЙ:

- инфильтрационной с вестибулярной стороны
- * инфильтрационной с вестибулярной стороны и резцовой
- инфраорбитальной

туберальной
палатинальной

947. МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ВЫКЛЮЧАЮТ НЕРВЫ:

щечный и язычный
* язычный и нижнеальвеолярный
ушно-височный и щечный
средние верхние альвеолярные ветви
подглазничный и подбородочный

948. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИРОТОВЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ДЕЛАЮТ В ПЕРЕХОДНУЮ СКЛАДКУ МЕЖДУ:

боковым резцом и клыком
клыком и первым премоляром
первым и вторым премоляром
* центральным и боковым резцами
центральными резцами

949. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА 3.6 ЗУБА ПРОВОДЯТ АНЕСТЕЗИЮ:

инфильтрационную с вестибулярной стороны
туберальную
* мандибулярную
инфильтрационную с язычной стороны
ментальную

950. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АНЕСТЕЗИЮ:

ментальную
инфильтрационную с вестибулярной стороны
инфильтрационную с язычной стороны
* инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон
резцовую

4.3. Собеседование

4.3.1. Экзаменационные вопросы

1. Клиническая смерть. Базовая и расширенная сердечно-лёгочная реанимация на амбулаторном стоматологическом приёме. Особенности оказания СЛР в зависимости от механизма остановки кровообращения (ЖТ без пульса, ФЖ, ЭАБП, асистолия). Применяемые медикаментозные средства.
2. Шок: определение, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечебные и организационные мероприятия. Особенности терапии анафилактического шока.
3. Приступ бронхиальной астмы на хирургическом амбулаторном приеме: причины, способствующие возникновению, клиническая картина, дифференциальный диагноз, неотложная помощь, профилактика.
4. Гипогликемическая и гипергликемическая кома на хирургическом амбулаторном приеме: причины, способствующие возникновению, клиническая картина, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, профилактика. Измерение глюкозы в условиях амбулатории, нормальное содержание глюкозы в капиллярной крови.
5. Обморок, коллапс на амбулаторном стоматологическом приеме: причины возникновения, клиническая картина, дифференциальный диагноз, профилактика, неотложная помощь.
6. Гипертонический криз и острое нарушение мозгового кровообращения на амбулаторном стоматологическом приеме: классификация, причины возникновения, клиническая картина, профилактика, неотложная помощь.
7. Острый коронарный синдром и кардиогенный отек легких на хирургическом амбулаторном приеме: причины, способствующие возникновению, клиническая картина, неотложная помощь, профилактика.
8. Асфиксия при повреждениях и заболеваниях ЧЛЮ: классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь.
9. Отек Квинке. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
10. Классификация дыхательной недостаточности. Различные способы восстановления дыхательных путей (санация ВДП, воздуховод, ларингеальная маска, коникотом). Показания, противопоказания, особенности проведения манипуляций.
11. Судорожный синдром на амбулаторном стоматологическом приеме: классификация, клиническая картина, неотложная помощь.
12. Перикоронит: причины развития, клиника, выбор тактики лечения с учетом стадии заболевания и положения зуба в челюсти. Возможные осложнения.
13. Обострение хронического периодонтита. Нагноение кист. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Острый и хронический периодонтит в фазе обострения: этиология, патогенез, причины обострения воспалительного процесса, клиническая картина, дифференциальная
15. Хронический периодонтит: этиология, патогенез, классификация по клинко-рентгенологическим формам, связь с общей патологией.
16. Фурункулы: причины, способствующие возникновению, клиническая картина, профилактика. Возможные осложнения, связанные с генерализацией инфекции.
17. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
18. Одонтогенный остеомиелит челюстей: принципы планирования лечения с учетом стадии

заболевания, прогноза и возможных осложнений.

19. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

20. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей: патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, возможные осложнения, их профилактика.

21. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.

22. Затруднённое прорезывание 8-х зубов. Этиология. Классификация. Ретенции и дистопии 8-х зубов.

23. Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

24. Периостит. Клиника, классификация, диагностика, лечение.

25. Одонтогенный остеомиелит. Классификации. Теории этиологии и патогенеза (теории Дирижанова, Лексера, Боброва).

26. Общие осложнения вовремя и после удаления зуба.

27. Острый и хронический неспецифические лимфадениты. Клиника. Диагностика. Лечение.

28. Ороантральное сообщение, ороантральная перфорация, ороантральный свищ.

29. Современные анестетики, применяемые в стоматологии, классификация местных анестетиков.

30. Специфические лимфадениты (туберкулёзный, сифилитический, актиномикозный). Этиология, клиника, диагностика, лечение.

31. Повреждения зубов (переломы, вывихи, подвывихи). Этиология, клиника, диагностика, лечение.

32. Зубосохраняющие операции. Показания и противопоказания.

33. Операция удаления зуба. Методика удаления. Показания и противопоказания к проведению операции удаления зуба.

34. Костнопластические материалы, классификация.

35. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, диагностика, отличия от неврита, лечение.

36. Ранние местные осложнения после удаления зуба.

37. Поздние местные осложнения после удаления зуба.

38. Инструменты для удаления зубов.

39. Общее обезболивание. Показания и противопоказания.

40. Пластика ороантрального свища.

41. Композиционные пломбировочные материалы. Классификация, состав и свойства, показания к применению. Адгезивные системы. Методики восстановления зубов композитами.

42. Травматические поражения слизистой оболочки рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Проявления лейкоплакии на слизистой оболочке рта.

43. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта (вирусные заболевания). Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

44. Микрофлора полости рта, физиологическая роль, изменение состава под влиянием различных факторов, участие в патологических процессах. Защитные механизмы полости рта (неспецифические и специфические факторы защиты).

45. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
46. Рецессия десны. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
47. Заболевания пародонта. Этиология и патогенез. Современный взгляд на этиологию заболеваний пародонта. Классификация.
48. Гингивит. Этиологические факторы. Клиника, патологическая анатомия, диагностика, дифференциальная диагностика.
49. Пародонтоз. Этиология, патогенез, клинико-рентгенологическая характеристика, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
50. Пульпа зуба. Гистология и физиология. Функции пульпы. Влияние на пульпу зуба факторов старения и патологических состояний организма.
51. Острый пульпит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
52. Хронический пульпит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
53. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении пульпита. Профилактика, способы их устранения.
54. Кариес зубов. Этиология. Патогенез. Теории происхождения кариеса зубов. Современное представление о причине возникновения кариеса зубов.
55. Периодонт. Анатомо-физиологические особенности. Этиология и патогенез воспаления апикального периодонта. Классификация.
56. Классификация и свойства композиционных пломбировочных материалов.
57. Адгезивные системы при пломбировании композитами.
58. Эндодонтический инструментарий: классификация, стандартизация, кодирование, показания к применению.
59. Методики и средства медикаментозной обработки корневых каналов.
60. Методики инструментальной обработки корневых каналов зубов.
61. Классификация пульпитов по МКБ – 10.
62. Классификация пульпитов по Т.Ф. Виноградовой.
63. Методы местной профилактики кариеса зубов. Герметизация.
64. Теории развития кариеса. Роль микрофлоры в развитии кариеса.
65. Этиология и патогенез кариеса зубов. Роль микрофлоры, углеводов, свойства слюны и других факторов в развитии кариеса. Кариесрезистентность, кариесвосприимчивость, группы риска пациентов.
66. Классификация кариеса зубов по Блэку. Особенности препарирования кариозных полостей различных классов.
67. Методика лечения начальных форм кариеса – туннельный метод. Методика раскрытия кариозных полостей. Особенности формирования основной и дополнительной полостей.

68. Ошибки при лечении кариеса. Осложнения при лечении кариеса. Методы их устранения.
69. Применение адгезивных систем 4,5 поколения. Моделирование окклюзионных поверхностей. Пломбирование с использованием СИЦ, жидкотекучих композитов.
70. Гистоморфологические и функциональные особенности пульпы постоянных зубов.
71. Анатомические особенности строения слизистой оболочки полости рта, имеющие значение для протезирования, её виды. Переходная складка, её определение и значение для протезирования. Линия «А», её расположение и способы определения в полости рта.
72. Биомеханические принципы конструирования мостовидных протезов, методы разгрузки опорных зубов, расположение тела мостовидного протеза по отношению к десне.
73. Виды рентгенологического обследования, радиовизиография. Назначение и принцип проведения.
74. Виды искусственных коронок, показания и противопоказания к их применению. 5. Виды прикуса и их характеристика.
76. Восковые базисы с окклюзионными валиками. Границы, правила изготовления. Определение центрального соотношения челюстей при фиксированном прикусе.
77. Границы полных и частичных съёмных пластиночных протезов. Этапы изготовления частичных съёмных пластиночных протезов.
78. Дуговые протезы. Конструкционные элементы, технологические этапы изготовления.
79. Деонтология и культура врачебного приёма. Медицинская документация в клинике ортопедической стоматологии. Диагноз и его структура.
80. Движения в суставе при трансверзальных перемещениях нижней челюсти.
81. Зубные формулы. Какими обозначениями отмечаем результаты осмотра в зубных формулах?
82. Инструменты для осмотра полости рта, их назначение и методика проведения зондирования, перкусии, определения глубины зубодесневых карманов и подвижности зубов.
83. Клиническая анатомия верхней и нижней челюсти. Контрфорсы лицевого черепа.
84. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди и по Е.И. Гаврилову. Частичные и полные съёмные пластиночные зубные протезы. Конструкционные элементы. Показания и противопоказания к протезированию. Методы фиксации.
85. Классификация вкладок. Сравнительная характеристика вкладок и пломб. Технология получения металлической вкладки, керамической вкладки.
86. Определение понятия артикуляция. Движения в височно-нижнечелюстном суставе при вертикальных перемещениях нижней челюсти
87. Понятие окклюзия. Основные виды окклюзии. Характеристика центральной окклюзии.
88. Параллелометрия. Этапы, принцип проведения. Сравнительная характеристика пластиночных и дуговых протезов
89. Состояние функционального покоя нижней челюсти, его характеристика. Высота нижнего отдела лица
90. Характеристика центральной окклюзии для ортогнатического прикуса
91. Методы определения жевательной эффективности.

92. Мاستикациография, методика и показания к ее применению.
93. Рентгенологические методы исследования в ортопедической стоматологии.
94. Подготовка полости рта к зубному протезированию.
95. Классификация дефектов коронок зубов с точки зрения их восстановления вкладками. Методика препарирования зубов под вкладки. Способы фиксации вкладок. Способы моделирования, получения оттиска и изготовления вкладок.
96. Виды искусственных коронок; показания к их применению. Препарирование зубов под искусственные коронки, получение оттиска и определение его полноценности.
97. Показания к протезированию штифтовыми зубами. Разновидности штифтовых зубов. Подготовка корня к протезированию штифтовыми зубами различной конструкции. Методика фиксации.
98. Классификации дефектов зубных рядов.
99. Клинические и лабораторные этапы протезирования при дефектах зубных рядов несъемными мостовидными протезами. Принципы конструирования мостовидных протезов, их составные части. Промежуточная часть мостовидного протеза. Взаиморасположение ее с альвеолярным отростком и способы соединения с спорными частями.
100. Методики получения слепка челюстей, возможные осложнения и их предупреждение.

4.3.2 Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Ситуация

Родители с ребенком 13 лет обратились в клинику детской стоматологии.

Жалобы На появление пятен на зубах.

Анамнез заболевания Пятна за зубами выявил стоматолог в школе при профилактическом осмотре две недели назад.

Анамнез жизни Рос и развивался по возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ.

Аллергологический анамнез: Пыльцевая аллергия на цветение березы.

Объективный статус Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпируются.

Зубная формула:

		П			?	?							П/С		
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	
		П											П		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный.

Локальный статус:



Ситуационная задача №2

Пациент, 24 лет, обратился к врачу с жалобами на боль от температурных раздражителей, при попадании пищи в 3.6 зуб., не проходящую после устранения раздражителя. Анамнез: 3.6- ранее не лечен, боли беспокоят второй день. Отмечает боль в ночное время. Объективно: внешний осмотр без особенностей. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, красная кайма губ не изменена, лимфатические узлы не пальпируются, глубина преддверия рта 0,8 см, прикрепление уздечек и тяжей слизистой в типичных местах. Зуб 3.6- на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. Болезненность при зондировании дна кариозной полости в одной точке. Сообщение с полостью зуба отсутствует. Перкуссия зуба безболезненная. Продолжительные боли от температурных раздражителей. Боль локализованная, пациент указывает беспокоящий его зуб.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МКБ-10 и ММСИ (МГМСУ).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Укажите методы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача №3

Женщина, 39 год, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на острую, приступообразную боль без видимой причины с короткими безболезненными промежутками в области боковой группы зубов верхней челюсти справа. Боль усиливается под действием температурных и химических раздражителей и в ночное время, иррадирует в висок и скуловую область справа. Пациентка отметила нарушение сна, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что боль беспокоит в течение трех дней, интенсивность боли усиливается. Ранее 1.7 не

лечен, наличие кариозной полости заметила 6 месяцев назад. Объективно: внешний осмотр без особенностей. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, красная кайма губ не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненны, не увеличены. Глубина преддверия рта - 0,8 см. Прикрепление уздечек и тяжей слизистой в типичных местах. Зуб 1.7 – на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. При зондировании выявляется резкая болезненность по всему дну кариозной полости, видимого сообщения с полостью зубы не выявлено. Продолжительная болевая реакция на температурные раздражители. Вертикальная перкуссия зуба слабо болезненная.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификациями МКБ-10 и ММСИ (МГМСУ).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Укажите методы лечения данного заболевания.
6. Дайте рекомендации по профилактике

Ситуационная задача №4

Жалобы. В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная с жалобами на пигментацию зубов, не удаляемую при чистке даже «отбеливающими пастами» Анамнез заболевания Больной считает себя с момента прорезывания постоянных зубов, которые прорезались с пигментацией. К врачу-стоматологу обратилась в 15 лет, назначенный курс аппликаций H₂O₂ и последующим облучением лампой ЛКУФ существенных изменений в цвете зубов не дал. Анамнез жизни Больной 30 лет, родилась на Украине, в Харьковской области в многодетной семье. В настоящее время живет в Архангельске. Замужем, имеет двоих детей, работает библиотекарем. Страдает нейроциркуляторной дистонией, отмечает лабильность артериального давления, экстрасистолия. Наблюдается гастроэнтерологом по поводу дискинезии желчевыводящих путей. В семье у матери и сестер наблюдаются сходные пигментации на зубах. При диспансерных стоматологических осмотрах практически у всех детей была выявлена аналогичная патология зубов. Эпидемиологический анамнез Неотягощен Аллергологический анамнез Неотягощен. Общий статус Больная нормального телосложения и питания. Кожные покровы слегка розовой окраски, ногтевые пластины без патологических изменений. Дермографизм - красный. Местный статус Красная кайма губ розовая, без видимых патологических изменений. Поднижнечелюстные лимфатические не увеличены. Глубина преддверия рта 0,8 см. На вестибулярной поверхности 14, 13, 12, 11, 21, 22, 24, а также 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубов на поверхности эмали темно-коричневые пятна, шероховатые при зондировании, безболезненные. На коронках 45, 35, 36, 37, 17, 16, 15, 27, 26, 25 зубов единичные светло-коричневые пятна. Десневой край слегка гиперемирован и отечен, незначительный зубной налет в области боковых зубов. Зубные отложения отсутствуют. Пародонтальные карманы 5 мм. Подвижность зубов 1 степени по Энтину. Проба Шиллера положительная. Дополнительные методы исследования. На ортопантограмме отсутствие кортикальной пластинки на альвеолярном гребне верхней челюсти, резорбция костной ткани в области межальвеолярных перегородок на 1/3 корня.

Вопросы

1. Поставьте основной диагноз, сопутствующие диагнозы.
2. Раскройте этиопатогенетическую картину заболеваний.
3. Составьте план лечения основного и сопутствующих заболеваний
4. Обоснуйте выбор пломбировочных материалов и лекарственных препаратов.

Ситуационная задача №5

Мальчик болен 8 дней. Жалобы на снижение аппетита, боль при приёме пищи, гнилостный запах изо рта, повышение температуры тела до 39°C. Температура тела в первые 4 дня повышалась до 39°C, высыпания на губах, коже лица, слизистой оболочке рта появились к вечеру второго дня заболевания. Лечился в поликлинике по месту жительства, состояние улучшилось, появился аппетит, но 2 дня назад вновь повысилась температура тела. На коже лица и в области глаз появились жёлто-коричневые корочки. Конфигурация лица не изменена. Определяются увеличенные и болезненные при пальпации поднижнечелюстные и затылочные лимфатические узлы, обильное слюнотечение. На слизистой оболочке рта определяются сливающиеся множественные эрозии, покрытые толстым слоем рыхлого фибрина, язвенно-некротический гингивит. В соскобе обнаружены гигантские многоядерные клетки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. К какой группе относится данное заболевание по этиологии? Назовите возбудителя.
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. Какое осложнение можно предположить?
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №6

Пациент Ф. 29 лет обратился в клинику с целью профилактического осмотра, жалоб не предъявляет. Из анамнеза: к стоматологу обратился впервые за последние 4 года. Объективно: 1.7 зуб - на окклюзионной поверхности на дистальном щёчном бугре кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Охарактеризуйте класс данной кариозной полости в соответствии с классификацией Блэка.

Ситуационная задача №7

Пациентка Ф. 18 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка в г.Одинцово. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача №8

В клинику обратилась пациентка Т. в возрасте 17 лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка в г. Красногорске. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль имеет матовый оттенок, на фоне которой на передней поверхности верхних центральных резцов отмечаются пигментированные пятна коричневого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача №9

В клинику обратилась пациентка Т. 59 лет с жалобами на эстетические дефекты и выраженную чувствительность передних зубов верхней челюсти. Анамнез: перенесённые и сопутствующие заболевания: хронический гастрит с повышенной кислотностью. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: на вестибулярной поверхности 1.1, 2.1, 2.2 зубов – дефекты эмали и дентина блюдцеобразной формы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Подберите индивидуальные средства гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача №10

Пациент М. 26 лет обратился в клинику с жалобами на неприятные ощущения при накусывании на 2.5 зуб. Болезненность в области десны. Из анамнеза: зуб ранее лечен эндодонтически 5 лет назад. Объективно: 2.5 зуб – на жевательной и контактных поверхностях пломба. Перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня 2.5 зуба отёчна, гиперемирована, болезненна при пальпации. На внутриротовой контактной рентгенограмме у верхушки корня 2.5 зуба выявлен очаг деструкции костной ткани с чёткими контурами, размером 8×10 мм. Корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Показания к консервативному (терапевтическому) методу лечения.
3. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.
4. Назовите пломбировочные материалы для временного пломбирования корневых каналов.
5. Укажите показания к проведению и методы хирургического лечения в данной ситуации.

Ситуационная задача №11

К Вам на прием явился больной 67 лет. В анамнезе больного интрамуральный инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь II-Б стадии, коронаро-кардиосклероз. Больной

жалуется на боли в ранее леченном зубе 1.4, которые начались накануне утра. На следующий день боли распространились на область верхней челюсти справа, в то время как в зубе боль стихла. При осмотре больного определяется небольшая припухлость и сглаженность носогубной складки справа, перкуссия зуба 1.4 – слабо положительная. Соседние зубы неподвижны и безболезненны. Температура тела 37,6°, АД- 190/110 мм.рт.ст., пульс 98 ударов в 1 минуту. Тоны сердца глухие. Печень не увеличена, отеков конечностей нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Какое местную анестезию нужно выбрать при сопутствующей патологии?
3. Консультация каких врачей необходима для лечения пациента?
4. Составьте план лечения пациента

Ситуационная задача №12

К хирургу-стоматологу на консультацию явился больной с жалобами на болезненную припухлость в области верхнее - боковой поверхности шеи слева, которая появилась неделю назад. Несмотря на прием сульфаниламидных препаратов, согревающих компрессов воспалительные явления не стихают, но и нет тенденции к значительному распространению. Из анамнеза больного выяснено, что в данном месте подобные воспалительные явления в течение 2 месяцев возникали дважды. Под влиянием местных противовоспалительных мероприятий инфильтрат значительно уменьшался, но окончательно не исчезал. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Местно: в области верхней трети жевательной мышцы слева определяется плотный, мало болезненный инфильтрат, размером 5,0х4,0 см, кожа над ним гиперемирована с цианотичным оттенком. Со стороны полости рта патологии не выявлено, зубы все интактны.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения
4. Определите место лечения пациента.

Ситуационная задача №13

В стоматологическую клинику поступила больная с диагнозом – актиномикоз подчелюстной области справа.

Диагноз больной установлен на основании анамнеза: в течение месяца в правой подчелюстной области не исчезает мало болезненная припухлость;

Клиника: в подчелюстной области определяется плотный бугристый инфильтрат, кожа над ним красновато-синюшного цвета, в двух участках имеются очаги размягчения, а в одном свищ со скудным гнойным отделяемым. В полости рта большое количество

разрушенных зубов. На рентгенограмме нижней челюсти определяются небольшие очаги деструкции в области верхушек зубов 4.7.

При микроскопическом исследовании гноя обнаружены друсы актиномицетов.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует дифференцировать актиномикоз челюстно-лицевой области?
2. Перечислите клинические формы актиномикоза
3. Составьте план комплексного лечения больного с актиномикозом подчелюстной области.
4. Как поступить с зубом 4.7?

Ситуационная задача №14



Пациентка Т., 35 лет, направлена в хирургический кабинет для лечения правостороннего одонтогенного гайморита. В анамнезе периодическое обострение процесса. При объективном осмотре конфигурация лица не изменена. Слизистая оболочка в области переходной складки по проекции зуба 1.5 выбухает, болезненна при пальпации. Перкуссия зуба 1.5 положительна. Рентгенологически отмечается очаг деструкции в области верхушки корня 1.5 зуба размером около 1см в диаметре. Дно верхнечелюстного синуса по проекции этого участка не определяется, слизистая пазухи утолщена. Канал зуба 1.5 запломбирован не на полную величину.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Составьте план лечения на основании диагноза.

Ситуационная задача №15

Больная 21 года поступила с жалобами на опухоль на шее. В течение года несколько раз появлялась болезненность в области прорезавшегося зуба 4.8, которая быстро сама проходила. Две недели назад заметила появление в поднижнечелюстной области справа небольшую припухлость, которая постепенно увеличивалась и два дня назад стала болезненной. Появилось небольшое недомогание. Часто болеет ангиной. При поступлении температура тела 37,1°, общее состояние удовлетворительное. В поднижнечелюстной области справа овальная припухлость более 20 мм, подвижная, болезненная, гладкая, кожа под ней не изменена. Открывание рта

свободное, глотание безболезненное. Нижний свод рта справа свободный, зуб 4.8 полупрорезавшийся, окружен слегка гиперемизированной слизистой оболочкой. Из-под покрывающей дистальную часть коронки слизистой оболочки выделилась капля гноя. Из протоков слюнных желез выделяется прозрачный секрет. Перкуссия зубов безболезненная, все зубы интактны.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз. Проведите его обоснование.
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения, при условии подтверждения диагноза.
4. Какое консервативное лечение нужно назначить пациенту?

Ситуационная задача №16

Больная 59 лет, более месяца наблюдала у себя безболезненно увеличивающуюся припухлость на правой половине шеи. К врачу обратилась, когда 4 дня назад появилась боль и неудобство при пользовании съемным протезом для нижней челюсти. Содовые полоскания, рта не помогают, припухлость увеличивалась.

Болеет хроническим бронхитом. При поступлении обнаружена обширная малоподвижная, слабо болезненная припухлость поднижнечелюстной области и верхнего отдела шеи справа. Кожные покровы в этих участках не изменены в цвете, собираются в складку, чувствительность их не нарушена. В полости рта разрушенный зуб 3.6.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз. Проведите его обоснование.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
4. Какова тактика лечения пациента?

Ситуационная задача №17

Больной К., 34 лет предъявляет жалобы на болезненную припухлость кпереди от мочки левого уха. Около 2 месяцев назад появилась боль в зубе 3.7. Проводилось консервативное лечение, зуб не пломбировали, так как не выдерживал герметизма. Три недели назад боль вновь усилилась. Появилась небольшая припухлость в левой околоушно-жевательной области, которая постепенно увеличивалась. Из перенесенных, заболеваний отмечает радикулит пояснично-крестцового отдела. При поступлении температура тела 37,6°, самочувствие удовлетворительное, АД 180/100 мм.рт.ст, лейкоцитоз – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 21 мм/час, СРБ - (+). В левой околоушно-жевательной области, кпереди от мочки уха на 1-1,5см овальная, подвижная, болезненная припухлость, кожа над ней слегка покраснела. Пальпация козелка уха безболезненная. Нарушения слуха не выявлено. Открывание рта свободное.

В зубе 3.7 – глубокая полость, перкуссия болезненная. Слизистая оболочка в области зуба 3.8 розовая, переходная складка не изменена. При массировании околоушной железы получен прозрачный секрет из околоушного протока.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов.

3. Наметьте план обследования больного для подтверждения диагноза.
4. Какова тактика лечения?

Ситуационная задача №18

Больной К., 25 лет, обратился с жалобами на периодическое выделение слизи из правой половины носа, неприятный запах, тяжесть в затылочной области, иногда чувство распирания в правой половине лица»

Анамнез: считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда впервые после переохлаждения появилась сильная боль в зубе 1.7. Обратился к врачу, но лечение зуба не закончил. С тех пор отмечается заложенность носа справа и указанные выше жалобы.

При внеротовом обследовании конфигурация лица не изменена. Пальпация передней лицевой стенки справа безболезненна. Определяются подвижные безболезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа. Открывание рта свободно. При осмотре полости рта – слизистая оболочка бледно-розовой окраски, нормально увлажнена. Пальпация по своду преддверия рта в области верхней челюсти справа безболезненна.

Зуб 1.7 - кариозная полость на жевательной поверхности; зондирование полости зуба безболезненно. Перкуссия зуба 1.7 безболезненна.

При эндоназальном осмотре отмечается утолщенная слизистая оболочка среднего носового хода и нижней раковины носа справа, гнойные корки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для постановки заключительного диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения больного?

Ситуационная задача №19

Больная П., 42 года, жалуется на попадание жидкой пищи в нос после удаления зуба 2.8. Зуб удален 2 недели назад, ранее неоднократно болел.

Анамнез жизни: ОРЗ, с 2005 г. холецистит.

При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Пальпация передних стенок верхней челюсти справа и слева безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа безболезненны.

Открывание рта свободно.

В полости рта – слизистая оболочка бледно-розового цвета, нормально увлажнена. В области отсутствующего зуба 2.8 - свищ со слизисто-гнойным отделяемым; зонд входит на 4,5 см. При надувании щек определяется "свист". На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется гомогенное затемнение правой пазухи.

Вопросы:

1. Дайте патоморфологическое обоснование симптомов.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Каков план лечения пациент?

Ситуационная задача №20

Больной В., 27 лет, жалуется на головную боль, недомогание, повышение температуры тела до 38°, выраженную тяжесть в левой половине лица, боль в области верхней челюсти, заложенность и выделения из левой половины носа.

Анамнез заболевания: Неделю назад появились сильные боли в области зуба 2.6, усиливающиеся при накусывании. Зуб 2.6 ранее лечен. Через 2 дня появился озноб, повысилась температура тела до 38°C.

В течение последующих 4-х дней отмечает указанные жалобы.

Анамнез жизни: жалоб не предъявляет.

При обследовании больного: наружные покровы лица без изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа подвижны, безболезненны. Открывание рта свободно. Слизистая оболочка свода преддверия рта бледно-розового цвета. Пальпация в области зубов 2.2, 2.3 и бугра болезненна. На зубе 2.6 пломба на жевательной поверхности. Перкуссия премоляров и моляров слева слегка болезненна.

При передней риноскопии - незначительный отек слизистой оболочки среднего носового хода, скопление слизисто-гнойного отделяемого в нижнем носовом ходе.

На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется умеренное гомогенное затемнение левой пазухи. На рентгенограмме альвеолярной части верхней челюсти слева отмечается ограниченное разрежение костной ткани размером 0,4x0,4 мм, в области верхушки заднего корня зуба 2.6, прилежащее непосредственно ко дну пазухи.

ЭОД: зуба 2.4 - 8 мА, зуба 2.8 - 9 мА, 2.6 - не реагирует.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения пациента?

Ситуационная задача №21

Пациентка Т., 35 лет, направлена в хирургический кабинет для лечения правостороннего одонтогенного гайморита. В анамнезе периодическое обострение процесса. При объективном осмотре конфигурация лица не изменена. Слизистая оболочка в области переходной складки по проекции зуба 1.5 выбухает, болезненна при пальпации. Перкуссия зуба 1.5 положительна. Рентгенологически отмечается очаг деструкции в области верхушки корня 1.5 зуба размером около 1 см в диаметре. Дно верхнечелюстного синуса по проекции этого участка не определяется, слизистая пазухи утолщена. Канал зуба 1.5 запломбирован не на полную величину.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Составьте план лечения на основании диагноза.

Ситуационная задача №22

Больная 21 года поступила с жалобами на опухоль на шее. В течение года несколько раз появлялась болезненность в области прорезавшегося зуба 4.8, которая быстро сама проходила. Две недели назад заметила появление в поднижнечелюстной области справа небольшую припухлость, которая постепенно увеличивалась и два дня назад стала болезненной. Появилось небольшое недомогание. Часто болеет ангиной. При поступлении температура тела 37,1°, общее состояние удовлетворительное. В поднижнечелюстной области справа овальная припухлость более 20 мм, подвижная, болезненная, гладкая, кожа под ней не изменена. Открывание рта свободное, глотание безболезненное. Нижний свод рта справа свободный, зуб 4.8 полупрорезавшийся, окружен слегка гиперемизированной слизистой оболочкой. Из-под покрывающей дистальную часть коронки слизистой оболочки выделилась капля гноя. Из протоков слюнных желез выделяется прозрачный секрет. Перкуссия зубов безболезненная, все зубы интактны.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз. Проведите его обоснование.
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения, при условии подтверждения диагноза.
4. Какое консервативное лечение нужно назначить пациенту?

Ситуационная задача №23

Больная 59 лет, более месяца наблюдала у себя безболезненно увеличивающуюся припухлость на правой половине шеи. К врачу обратилась, когда 4 дня назад появилась боль и неудобство при пользовании съемным протезом для нижней челюсти. Содовые полоскания, рта не помогают, припухлость увеличивалась.

Болеет хроническим бронхитом. При поступлении обнаружена обширная малоподвижная, слабо болезненная припухлость поднижнечелюстной области и верхнего отдела шеи справа. Кожные покровы в этих участках не изменены в цвете, собираются в складку, чувствительность их не нарушена. В полости рта разрушенный зуб 3.6.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз. Проведите его обоснование.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
4. Какова тактика лечения пациента?

Ситуационная задача №24

Больной К., 34 лет предъявляет жалобы на болезненную припухлость спереди от мочки левого уха. Около 2 месяцев назад появилась боль в зубе 3.7. Проводилось консервативное лечение, зуб не пломбировали, так как не выдерживал герметизма. Три недели назад боль вновь усилилась. Появилась небольшая припухлость в левой околоушно-жевательной области, которая постепенно увеличивалась. Из перенесенных, заболеваний отмечает радикулит пояснично-крестцового отдела.

При поступлении температура тела 37,6°, самочувствие удовлетворительное, АД 180/100 мм.рт.ст, лейкоцитоз – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 21 мм/час, СРБ - (+). В левой околоушно-жевательной области, кпереди от мочки уха на 1-1,5 см овальная, подвижная, болезненная припухлость, кожа над ней слегка покраснела. Пальпация козелка уха безболезненная. Нарушения слуха не выявлено. Открывание рта свободное.

В зубе 3.7 – глубокая полость, перкуссия болезненная. Слизистая оболочка в области зуба 3.8 розовая, переходная складка не изменена. При массаже околоушной железы получен прозрачный секрет из околоушного протока.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов.
3. Наметьте план обследования больного для подтверждения диагноза.
4. Какова тактика лечения?

Ситуационная задача №25

Больной К., 25 лет, обратился с жалобами на периодическое выделение слизи из правой половины носа, неприятный запах, тяжесть в затылочной области, иногда чувство распирания в правой половине лица»

Анамнез: считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда впервые после переохлаждения появилась сильная боль в зубе 1.7. Обратился к врачу, но лечение зуба не закончил. С тех пор отмечается заложенность носа справа и указанные выше жалобы.

При внеротовом обследовании конфигурация лица не изменена. Пальпация передней лицевой стенки справа безболезненна. Определяются подвижные безболезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа. Открывание рта свободно. При осмотре полости рта – слизистая оболочка бледно-розовой окраски, нормально увлажнена. Пальпация по своду преддверия рта в области верхней челюсти справа безболезненна.

Зуб 1.7 - кариозная полость на жевательной поверхности; зондирование полости зуба безболезненно. Перкуссия зуба 1.7 безболезненна.

При эндоназальном осмотре отмечается утолщенная слизистая оболочка среднего носового хода и нижней раковины носа справа, гнойные корки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для постановки заключительного диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения больного?

Ситуационная задача №26

Больная П., 42 года, жалуется на попадание жидкой пищи в нос после удаления зуба 2.8. Зуб удален 2 недели назад, ранее неоднократно болел.

Анамнез жизни: ОРЗ, с 2005 г. холецистит.

При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Пальпация передних стенок верхней челюсти справа и слева безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа безболезненны.

Открывание рта свободно.

В полости рта – слизистая оболочка бледно-розового цвета, нормально увлажнена. В области отсутствующего зуба 2.8 - свищ со слизисто-гнойным отделяемым; зонд входит на 4,5 см. При надувании щек определяется "свист". На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется гомогенное затемнение правой пазухи.

Вопросы:

1. Дайте патоморфологическое обоснование симптомов.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Каков план лечения пациента?

Ситуационная задача №27

Больной В., 27 лет, жалуется на головную боль, недомогание, повышение температуры тела до 38°, выраженную тяжесть в левой половине лица, боль в области верхней челюсти, заложенность и выделения из левой половины носа.

Анамнез заболевания: Неделию назад появились сильные боли в области зуба 2.6, усиливающиеся при накусывании. Зуб 2.6 ранее лечен. Через 2 дня появился озноб, повысилась температура тела до 38°C.

В течение последующих 4-х дней отмечает указанные жалобы.

Анамнез жизни: жалоб не предъявляет.

При обследовании больного: наружные покровы лица без изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа подвижны, безболезненны. Открывание рта свободно. Слизистая оболочка свода преддверия рта бледно-розового цвета. Пальпация в области зубов 2.2, 2.3 и бугра болезненна. На зубе 2.6 пломба на жевательной поверхности. Перкуссия премаляров и моляров слева слегка болезненна.

При передней риноскопии - незначительный отек слизистой оболочки среднего носового хода, скопление слизисто-гнойного отделяемого в нижнем носовом ходе.

На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется умеренное гомогенное затемнение левой пазухи. На рентгенограмме альвеолярной части верхней челюсти слева отмечается ограниченное разрежение костной ткани размером 0,4х0,4 мм, в области верхушки заднего корня зуба 2.6, прилежащее непосредственно ко дну пазухи.

ЭОД: зуба 2.4 - 8 мА, зуба 2.8 - 9 мА, 2.6 - не реагирует.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения пациента?

Ситуационная задача №28

Объективно при осмотре: На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на зубы 1.7 - 1.5. Зубы 2.4 - 2.6 соответствуют клиническим требованиям.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Каков современный способ фиксации съемных протезов на беззубой челюсти?
5. Какой метод дополнительного лучевого обследования оптимален при проведении методики имплантации?

Ситуационная задача №29

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 62 года.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 4.7, 4.3, 4.4 зубов разрушилась, коронка 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	О	R	R	R	П/С	П/С	П/С	П/С	П/С	П/С			R	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	R			R	R	П/С	П/С				К	Ф	Ф	К	

Коронка 2.6, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена (ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробном препарировании по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1,5 – 2 мм по отношению к десневому краю.

Подвижности корней зубов 2.6, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 отмечается 2-3 степени.

Корневые каналы корней зубов 2.6, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки.

Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен. Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины корня зуба.

Зубы 1.3 - 2.3, 3.3, 4.2, 4.1 имеют множественные композитные реставрации кариозными полостями при зондировании.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №30

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Т. 50 лет.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект в области передних зубов.

Анамнез заболевания: утратила жевательные зубы на нижней челюсти более 10 лет назад. Ортопедическое лечение не проводилось.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	П	R	О	О	П	П	С	С	С			R	О		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О			С	С	С	С		О	R	О		R

Зубы 3.1, 3.2, 4.1 – выдвинуты в вертикальном направлении на 1,5-2 мм, атрофия костной ткани более ½, подвижность 2 степени и с кариозными поражениями. Корни зубов 1.6, 2.5, 3.5, 3.8 – разрушены ниже уровня десневого края на 2 мм. Полностью разрушена бифуркация корней зубов 1.6, 3.8. ИРОПЗ зубов 1.7, 2.7, 3.7 = 0,6-0,7. В области фронтальных зубов отмечаются зубные отложения.

Слизистая оболочка челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Гиперемирована, слегка отечна в области фронтальных зубов, а также разрушенных зубов.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №31

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии больная 50 лет.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль, в области зуба 4.7.

Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.6 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	П	К	С								К	К	Ф	К	

Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.

На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2х2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичный кариес, плохое краевое прилегание пломбы. Кариозная полость на зубе 4.5, заполненная размягченным дентином.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №32

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 53 лет.

Жалобы: на плохую фиксацию съёмных пластиночных протезов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез заболевания: утратил жевательные зубы 7 лет назад. Были изготовлены пластиночные съёмные протезы на верхнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 1.3 и 2.4 и нижнюю челюсти с гнутыми кламмерами 4.5 и 3.4. Месяц назад был удален 2.4 зуб. На нижней челюсти больной протезом не пользуется уже год, так как был удален 4.4 и 4.5, и протез перестал фиксироваться.

Объективно при осмотре :

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	О	О	О	О							О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		О	О	О		I - II	I - II					О	О		

Зубы 4.1, 4.2 имеют 1-2 степень подвижности зубов, их шейки оголены на ¼., имеется симптомы пародонтита. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков и альвеолярной части челюстей в участках отсутствия зубов.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована. Протез пластиночный на верхней челюсти с гнутыми кламмерами, кламмер с левой

стороны утратил опору, края базиса протеза на верхней челюсти не соответствуют границам протезного ложа (не доходят до переходной складки и линии «А» базис в области передних зубов неплотно прилегает с небной стороны). Фиксация протеза неудовлетворительная.

Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена на 4-5 мм, отмечается глубокое перекрытие зубов во фронтальном отделе и дистальный сдвиг нижней челюсти.

Отмечаются обильные зубные отложения в области зубов нижней челюсти

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №33

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 35 лет.

Жалобы: на разрушение коронок зубов 1.5 и 4.6.

Анамнез заболевания: месяц назад коронка зуба 1.3 разрушилась, корни зуба 4.6 – около 3-х лет.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
	П		R								П				
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	П	R				О							П	П	

Коронка зуба 4.6 разрушена, корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробном препарировании по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1,5 мм по отношению к десневому краю. Культия зуба 1.5 выступает над десной на высоту 3 мм. Подвижности корня не отмечается. Каналы корней запломбированы до верхушки. 4.7 под пломбой, каналы запломбированы, подвижность в пределах физиологической нормы. 3.6 и 3.7 - под пломбами лечены по поводу глубокого кариеса.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №34

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной И. 54 лет.

Жалобы: на плохое жевание в связи с отсутствием большого количества зубов и плохую фиксацию протеза на нижней челюсти.

Анамнез заболевания: пациент неоднократно протезировался съёмными пластиночными протезами на верхней и нижней челюсти с гнутыми кламмерами, но не пользовался протезами, особенно на нижней челюсти то из-за боли под базисом протеза, то из-за неудобства при жевании.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	О	О	О	К	К	О	О	К	О	К	К	О		О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	К							К	О	О	О	О	О

Открытие рта свободное. Зубы 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4 покрыты одиночными искусственными штампованными коронками с нитрид титановым напылением. Зубы устойчивы. Атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти неравномерная, резко выраженная в дистальном отделе слева. Зубы 4.5 и 3.3 покрыты одиночными штампованными коронками.

Рентгенологический контроль – зубы 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, 2.4, 3.3, 4.5 под коронками не депульпированы.

Пластиночные протезы на верхней челюсти фиксируются удерживающими кламмерами на 1.4 и 2.4 зубах. Границы базиса протеза не соответствуют переходной складке протезного ложа верхней челюсти.

Пластиночные протезы на нижней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 4.5 и 3.3 зубах. Базис в области зубов прилегает к опорным зубам, границы базиса укорочены. Зубы устойчивы. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии на искусственных зубах уменьшена на 4-5 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №35

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 45 лет.

Жалобы: на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затрудненное жевание.

Анамнез заболевания: к врачу ортопеду стоматологу не обращалась лет восемь.

Последнее удаление зубов было 4 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
	П	П	О	П/С							П/С		П	К	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	П	К								К	Ф	Ф	К	П	

В области зубов 1.4, 2.4 композитные реставрации с плохим краевым прилеганием. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на 1/3. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются зубных отложений на верхней и нижней челюсти в области всех зубов.

Ортопантограмма:



Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №36

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 45 лет.

Жалобы: на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затрудненное жевание

Анамнез заболевания: к врачу ортопеду стоматологу не обращалась лет восемь.

Последнее удаление зубов 1.8 и 2.8 было 4 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О		П/С	П/С	О			П	П					П	П	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	К	Р	К								П	П	К	К	О

Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на 1/3. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Вторичный кариес в области зубов 1.6, 1.5. В области зубов 1.6, 1.5, 2.6, 2.7 большие композитные реставрации (ИРОПЗ = 0,4-0,6)

Ортопантограмма:



Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №37

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 65 лет.

Жалобы: на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затрудненное жевание.

Анамнез заболевания: к врачу ортопеду стоматологу не обращалась лет восемь. Последнее удаление зубов было 3 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
О	О	П	О	О	П	П	П	П	О	П	О	О	П	П	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	П	П	П	П	П	П	О	К	О	П	О

Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов верхней и нижней челюсти на 1/3. Отмечается подвижность 41.42.31.3.2 3-4 степени. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 6-8 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на нижней челюсти в области 41.42.31.3.2 зубов. Зубы 1.6, 2.6, 2.7 – объемные композитные реставрации (ИРОПЗ – 0,6- 0.7). Искусственная коронка в области зуба 3.5 без дефектов, адекватное краевое прилегание.

Ортопантомограмма:



Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №38**Основная часть**

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 27 лет.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи.

Анамнез заболевания: зубы лечил около 3-ех лет назад. Зуб 4.6 удалили по поводу осложнения кариеса около года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
	О	П/С	П										П/С		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		О										П		П/С	

Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умерено увлажнена. На зубах 1.6, 2.6, 3.7 композитные реставрации больших объемов с вторичным кариесом (ИРОПЗ = 80%). Зубы 1.5, 3.5 восстановлены световым композитом. без дефектов

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №39**Основная часть**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А., 32 года, с

жалобами на разрушение коронковой части зубов 2.4, 2.5, затрудненное пережевывание пищи.

Анамнез заболевания: зубы 2.4, 2.5 ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трех лет назад произошло выпадение пломбы в зубе 2.4 и скол стенки зуба 2.5.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
		О									С	С			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
			О												

Зубы 2.4, 2.5 разрушены ниже уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. На прицельном R-снимке каналы зубов 2.4, 2.5 запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба. Зуб 3.5 выдвинут в сторону дефекта и при смыкании имеется контакт с зубами 2.4 и 2.5.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения
3.	Составьте план лечения

Ситуационная задача №40**Основная часть**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной В. 46 лет.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи в связи с отсутствием зубов 3.5, 3.6.

Анамнез заболевания: отсутствующие зубы 3.5, 3.6 были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на зубе 1.6

изготовлена 3 года назад.

Объективно при осмотре:

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА															
		К										С			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	С				С							О	О	С	

В полости рта на зубе 1.6 имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям.

Зубы 2.5, 2.6 выдвинуты в сторону дефекта на 1 -1,5 мм, а зубы 3.4, 3.7 слабо наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7.

Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1.	Поставьте диагноз
2.	Сформулируйте задачи ортопедического лечения

3.	Составьте план лечения
----	------------------------

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРУ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.59 Офтальмология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;

менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

70% и более правильных ответов – «зачтено»;

менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить

существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.