

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:25:40
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25537855510c8c0c08f3bb1f12d77b7

**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>31.08.74 Стоматология хирургическая</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог-хирург</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (далее - Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (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 государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,

связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи (ПК-7);

- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: пациент-ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения Уметь: проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	информационных технологий для решения профессиональных задач в области хирургической стоматологии, анализировать медицинскую информацию профессионального стоматологического содержания, Владеть: нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями		
УК-2 к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	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	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; - навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия		
УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,	Знать: научные основы здорового образа жизни; влияние наследственных факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, в том числе и на возникновение основных стоматологических заболеваний; принципы профилактики основных стоматологических заболеваний;	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы планирования, внедрения, оценки эффективности программы профилактики стоматологических заболеваний среди населения. Уметь: анализировать и оценивать состояние здоровья населения и вероятность неблагоприятного влияния на него факторов окружающей среды; анализировать качество питьевой воды, структуру здорового (рационального) питания; Давать рекомендации по организации здорового образа жизни, гигиенического воспитания, профилактики и борьбы с вредными привычками обучать население практическим навыкам по гигиене рта и методам их контроля Владеть: знаниями о стоматологической заболеваемости населения России и зарубежных стран и тенденции их развития; методами проведения санитарно-просветительной работы среди окружения и населения; умением использовать полученную информацию для решения вопросов профилактики заболеваний, обусловленных факторами окружающей среды.		
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного	Знать: особенности клинического проявления основных стоматологических заболеваний; принципы диспансеризации, организационные формы проведения плановой санации полости рта	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Уметь: проводить сбор жалоб, анамнеза, осмотр Владеть: знаниями о современных достижениях в области диагностики и профилактики, лечения основных стоматологических заболеваний		
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: принципы предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правила оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Владеть: методами оценки медикотактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Знать: методики сбора, статистической обработки и анализа информации о стоматологической заболеваемости населения в целом или отдельных групп Уметь: вычислять и оценивать уровень и структуру стоматологической заболеваемости Владеть: методиками анализа показателей стоматологического здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения	Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Пятибалльная шкала оценивания
ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: особенности клинического проявления основных стоматологических заболеваний, повреждений и заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых; существующие методы диагностики основных стоматологических заболеваний и зубочелюстно-лицевых аномалий. Уметь: проводить сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента; проводить осмотр зубов, оценивать состояние слизистой рта, пародонта, слюнных желез и лимфатических узлов, определять гигиенические и пародонтологические индексы; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить план и объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; ставить диагноз в соответствии с МКБ; проводить дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний и заболеваний ЧЛЮ; определять	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	необходимость проведения специальных методов исследования поверхностной электромиографии с гранулометрическим анализом, гнатодинамометрии, компьютерная стабилметрия и др.), анализировать полученные данные и использовать их при постановке диагноза Владеть: знаниями о современных достижениях медицины в области диагностики основных стоматологических заболеваний; методами обследования стоматологического пациента		
ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Знать: основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; правила оформления медицинской документации; порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; Уметь: оформлять медицинскую документацию для проведения медицинских экспертиз.. Владеть: знаниями о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособностью и других видов медицинской экспертизы	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической	Знать: возрастные анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) организма; закономерности роста и развития ЧЛЮ; этиологию и патогенез различных	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

стоматологической помощи	стоматологических заболеваний и пороков развития; принципы планирования лечения стоматологических заболеваний; влияние общесоматической патологии на развитие и лечение стоматологических заболеваний. Уметь: определять тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами; проводить местное внутриротовое обезболивание; оказывать неотложную и скорую стоматологическую помощь при острых одонтогенных заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области. Проводить реабилитацию больных с дефектами зубных рядов, сочетающимися с вторичными изменениями зубочелюстной системы и сопутствующими заболеваниями.. Владеть: методикой составления плана комплексного лечения стоматологического пациента; методиками проведения внутриротовой анестезии; методиками оказания неотложной помощи при острых одонтогенных заболеваниях и повреждениях ЧЛО.	Практический навык	
ПК-8 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: Особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации. Уметь: Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	помощь и проводить сердечно-легочную реанимацию. Владеть: Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками проведения сердечно-легочной реанимации		
ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать: алгоритмы и лечебные схемы стоматологической реабилитации пациентов; медицинские показания и противопоказания для медицинской реабилитации пациентов . Уметь: определить у пациента наличие показаний для медицинской реабилитации и отсутствие противопоказаний для ее осуществления с последующим направлением к врачу-специалисту по медицинской реабилитации. Владеть: знаниями для определения у пациента показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям	Знать: способы мотивации лиц, попадающих в зону риска возникновения и развития стоматологических заболеваний; тактику проведения профилактических мероприятий с учетом диагноза, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; формы и методы санитарно-	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	просветительской работы по формированию элементов здорового образа жизни; Уметь: назначать профилактические мероприятия пациентам со стоматологическими заболеваниями, в том числе социально значимых заболеваний (сифилис, туберкулез, ВИЧ); обучить пациентов методиками основных гигиенических мероприятий оздоровительного характера, способствующих сохранению и укреплению стоматологического здоровья. Владеть: методами формирования мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; навыками санитарно-просветительской работы в общении с коллегами, пациентами, родственниками пациентов по формированию элементов здорового образа жизни;		
ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: - взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; - основные принципы маркетинга медицинских услуг; - основные направления психологии, психологию личности и малых групп; - основы организации профилактики; - основы организации медицинской деятельности; Уметь: - соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; - планировать собственную деятельность и работу рабочей группы;	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	- давать распоряжения персоналу; - осуществлять контроль исполнения; Владеть: - навыками общения с людьми; - навыками формирования приказов; - формирования планов; - навыками принятия решений		
ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: - основы применения статистического метода; - возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций Уметь: - проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; Владеть: - владеть показателями, характеризующими состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методикой расчета показателей медицинской статистики	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: Принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС. Уметь: Проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС,	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные клинические задачи Практический навык	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС.. Владеть: навыками проведения медицинской сортировки в ЧС		
--	---	--	--

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

4.1. Экзаменационные вопросы

1. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога-хирурга.
2. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
3. Основные принципы организационной структуры стоматологической организации в отделении хирургической стоматологии
4. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
5. Этиология, патогенез кариеса зубов. Определение кариеса зубов. Международная классификация.
6. Кариес цемента. Клиника, диагностика, дифференциальная, диагностика, лечение.
7. Хронический периодонтит. Классификация.
8. Проявление ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта. Хейлиты. Профилактика, лечение. Хронические трещины губ. Профилактика, лечение.
9. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта.
10. Пародонтит. Клиника, диагностика, лечение.
11. Пародонтоз. Клиника, диагностика, лечение.
12. Симптоматическое лечение воспалительных заболеваний пародонта: лечение болезней пародонта, общие принципы лечения, удаление зубных отложений, шлифование и полирование поверхности корня, наложение десневых повязок, избирательное пришлифовывание зубов.
13. Травма зуба: клинические разновидности, лечение. Профилактика некариозных поражений твердых тканей зубов.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Классификация, Клиника, дифференциальная диагностика.
15. Травма зуба: клинические разновидности, лечение. Профилактика некариозных поражений твердых тканей зубов.
16. Подготовка рук хирурга и операционного поля.
17. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
18. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Лечение.
19. Дезинфекция и стерилизация инструментария и перевязочного материала.
20. Дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов.
21. Доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
22. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

23. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
24. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение.
25. Виды местного обезболивания. Показания и противопоказания для их проведения.
26. Осложнения во время проведения местного обезболивания.
27. Хронические одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
28. Злокачественные поражения слизистой оболочки полости рта и языка. Клиника, диагностика, лечение.
29. Современные метаноанестезирующие препараты.
30. Поверхностные абсцессы и флегмоны в области околочелюстных тканей в области нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
31. Неодонтогенные и одонтогенные злокачественные опухоли челюстей.
32. Ифильтрационная анестезия в челюстно-лицевой области. Показания и методы проведения.
33. Глубокие абсцессы и флегмоны в области околочелюстных тканей в области нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
34. Сочетанное, комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями головы и шеи. Операции на лимфатическом аппарате шеи.
35. Проводниковая анестезия на нижней челюсти. Показания и методы проведения.
36. Поверхностные абсцессы и флегмоны в области околочелюстных тканей в области верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
37. Планирование восстановительных операций в челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания.
38. Проводниковая анестезия на верхней челюсти. Показания и методы проведения.
39. Глубокие абсцессы и флегмоны в области околочелюстных тканей в области верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
40. Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
41. Общее обезболивание в практике челюстно-лицевого хирурга. Показания, подготовка к наркозу.
42. Фурункулы, карбункулы лица. Клиника, диагностика, лечение.
43. Переломы скуловой кости, дуги, костей носа. Клиника, диагностика, лечение.
44. Местные осложнения инъекционного обезболивания в челюстно-лицевой области.
45. Осложнения, возникающие у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.
46. Доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
47. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.
48. Кисты челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
49. Инструментарий и методика удаления зубов.
50. Принципы лечения пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.
51. Остеогенные доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
52. Операция сложного удаления зуба.
53. Опухолеподобные поражения костей лицевого скелета. Клиника, диагностика, лечение.
54. Местные осложнения возникающие во время операции удаления зуба.
55. Местные осложнения возникающие после операции удаления зуба.

56. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
57. Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
58. Особенности проведения местной анестезии и операции удаления зуба у пациентов с соматической патологией.
59. Острые одонтогенные синуситы верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика, лечение.
60. Комбинированные и сочетанные повреждения челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
61. Общие осложнения, связанные с операцией удаления зуба.
62. Хронические одонтогенные синуситы. Клиника, диагностика, лечение.
63. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области местными тканями.
64. Перфорации и свищи дна верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика, лечение.
65. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области лоскутами на ножке. Микрохирургические операции.
66. Острые воспалительные болезни слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
67. Предраковые болезни кожи лица, слизистой оболочки полости рта. Хирургические методы лечения.
68. Хирургические методы лечения апикальных периодонтитов.
69. Хронические воспалительные болезни слюнных желез Клиника, диагностика, лечение.
70. Болезни прорезывания зубов. Клиника, диагностика, лечение.
71. Сиалозы. Клиника, диагностика, лечение.
72. Оказание первой врачебной, квалифицированной и специализированной помощи при травматических повреждениях костей лицевого скелета.
73. Периоститы челюстей. Клиника, диагностика.
74. Слюннокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
75. Лечение больных с периоститами челюстей.
76. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
77. Одонтогенные доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
78. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика.
79. Вывихи и переломы зубов, переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
80. Хирургические методы в комплексном лечении болезней маргинального периодонта.
81. Лечение острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
82. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика.
83. Ранние и поздние местные осложнения при травматических повреждениях костей лицевого скелета
84. Понятие остеointegrации. Остеоиндукция, остеокондукция.
85. Классификация дефектов альвеолярного гребня в денктальной импланетологии.
86. Хирургический этап проведения дентальной имплантации.
87. Одноэтапная и двухэтапная дентальная имплантация
88. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
89. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР

90. Послеоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.

91. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов

92. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиника. Транспортная иммобилизация и методы хирургического лечения.

93. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника. Транспортная иммобилизация и методы хирургического лечения.

94. Предоперационная подготовка пациентов с дентальной имплантации, методы диагностики.

95. Перелом скуловой кости. Классификация. Клиника. Лечение.

96. Резекция верхушки корня зуба. Показания. Противопоказания. Техника выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

4.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Больной А., 24 лет, обратился 14.02.07 с жалобами на сильную пульсирующую боль в области нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей щеки справа, недомогание. Перенесенные заболевания: ангина, грипп.

Анамнез заболевания. Зуб 4.6 запломбирован 2 года назад. 11.02.07 после переохлаждения появилась боль в зубе 4.6, которая носила постоянный ноющий характер и усиливалась при накусывании. Больной лечился полосканием, болеутоляющими средствами. Через 2 дня заметил припухлость мягких тканей щеки справа. Боль в зубе уменьшилась. На следующий день припухлость увеличилась, появилось недомогание.

Местные изменения. Припухлость правой щеки мягкая. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку, пальпация участка тела нижней челюсти справа болезненна. В поднижнечелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные, подвижные лимфатические узлы. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в преддверии рта на уровне 4.7, 4.6, 4.5 зубов красная. Переходная складка сглажена, выбухает. При пальпации эта припухлость плотная, болезненная. Зуб 4.6 под пломбой, подвижен, перкуссия его болезненна.

Рентгенограмма от 14.02.07 определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушки медиального корня 4.6 зуба с нечеткими контурами, канал медиального корня запломбирован на 1/3 его длины, дистального – до верхушечного отверстия.

ЭОД зуба 4.6 – 150 мкА, зуба 4.5 – 10 мкА, зуба 4.7 – 8 мкА.

Температура тела больного 37,7 С.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические проявления соответствуют диагнозу?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать данный диагноз?
4. Составьте хирургический план лечения пациента.

ЗАДАЧА №2

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°).

Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел зуб 3.8, который ранее не лечился. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы.

При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области зубов 3.6, 3.7, 3.8, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка зуба 3.8 разрушена, перкуссия его положительная.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните возможную причину заболевания
3. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?
4. Составьте хирургический план лечения пациента.

ЗАДАЧА №3

По скорой помощи в стационар поступил больной с высокой температурой тела (40 С), с ознобом, головной болью, общей слабостью. Кроме того, из анамнеза выяснено, что больного беспокоят боли в области нижней челюсти справа. Болен в течение 5 дней.

При осмотре: больной бледен, вял. Дыхание и пульс учащены. Кожа горячая, влажная. Из рта зловонный запах. Ряд зубов на нижней челюсти справа подвижны, перкуссия их болезненна. Десна и переходная складка в области зубов, вовлеченных в процесс, отечны, гиперемированы. Пальпация этих участков болезненна с обеих сторон.

Вопросы и задания:

1. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для постановки диагноза?
2. Чем обусловлена подвижность и болезненность ряда зубов на нижней челюсти?
3. Поставьте предварительный диагноз
4. Проведите дифференциальный диагноз

ЗАДАЧА №4

На прием к врачу обратился больной с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в области тела нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что появлению свища 2 месяца назад предшествовало заболевание зуба 3.6, затем была болезненная припухлость в области нижней челюсти, высокая температура тела (38-39°). Больной принимал антибиотики, сульфаниламидные препараты, удалили и «причинный» зуб. Но, несмотря на это, в течение 2 месяцев припухлость в области нижней челюсти полностью не исчезла, появился свищ.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительно.

Определяется деформация тела нижней челюсти слева, на коже на уровне 36 – свищ со скудным гнойным отделяемым.

Со стороны полости рта: видимых изменений нет.

На рентгенограмме нижней челюсти слева определяется деструкция костной ткани в области зубов 3.5, 3.6, 3.7 с нечеткими контурами, секвестры.

Анализ крови - без патологии. В моче белок 0,055%.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 5

По скорой помощи в клинику доставлен больной с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела (38,5°), болезненную припухлость в левой подчелюстной области.

Из анамнеза выяснено, что после переохлаждения больного 3 дня назад заболел зуб 3.6, к врачу за помощью не обращался, лечился анальгетиками, полоскал полость рта раствором шалфея. Через 2 дня от начала заболевания присоединились, а затем стали нарастать острые воспалительные явления со стороны нижней челюсти слева.

При осмотре больного: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 38°. Пульс ритмичный – 100 ударов в минуту.

Местно: в левой подчелюстной области плотный болезненный инфильтрат, коллатеральный отек. Кожа в области инфильтрата гиперемизирована, в складку не собирается, определяется участок флюктуации.

Со стороны полости рта – воспалительные явления выражены незначительно. Коронка зуба 3.6 разрушена, перкуссия его положительная.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте хирургический план лечения.

ЗАДАЧА №6

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 и задания:

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

ЗАДАЧА №7

К хирургу-стоматологу на консультацию явился больной с жалобами на болезненную припухлость в области верхней - 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 гиперемизирована с цианотичным оттенком. Со стороны полости рта патологии не выявлено, зубы все интактны.

Вопросы и задания:

1. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения
4. Определите место лечения пациента.

ЗАДАЧА №8

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 друзы актиномицетов.

Вопросы и задания:

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?

ЗАДАЧА №9



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 вершины 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 и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Составьте план лечения на основании диагноза.

ЗАДАЧА №10

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 и задания:

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?

ЗАДАЧА № 11

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 и задания:

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?

ЗАДАЧА №12

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 – $12,3 \cdot 10^9$ /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 и задания:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов.
3. Наметьте план обследования больного для подтверждения диагноза.
4. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА №13

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 и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для постановки заключительного диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения больного?

ЗАДАЧА №14.

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.

Открытие 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 и задания:

1. Дайте патоморфологическое обоснование симптомов.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Каков план лечения пациента?

ЗАДАЧА № 15

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. Открытие 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 мляров 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 и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какова тактика лечения пациента?

ЗАДАЧА №16

Больной В., 48 лет, страдает в течение двух месяцев хроническим остеомиелитом верхней челюсти в области зубов 2.4, 2.5, 2.6.

Две недели назад у него появилась заложенность левой половины носа, скудное слизисто-гнойное отделяемое со зловонным запахом, тяжесть и незначительные боли в левой половине лица. Понижилась работоспособность.

При внеротовом осмотре изменений нет.

При пальпации правой подглазничной области определяется болезненность. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа подвижны, безболезненны. Открывание рта свободное. В полости рта - свищ на десне в области зуба 2.5 со скудным гнойным отделяемым, припухлость слизистой оболочки свода и преддверия рта в области зубов 2.4, 2.5, 2.6 с цианотичным оттенком.

Зубы 2.4, 2.5, 2.6 - коронки интактны, подвижность I степени, перкуссия болезненна. ЭОД: 2.4 зуба- 35 мА, 2.6 - 20 мА.

Имеется отек слизистой полости носа слева, слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе.

На рентгенограмме придаточных пазух носа обнаруживается затемнение левой пазухи, контуры ее четкие.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите причину возникновения заболевания.
3. Какие обследования необходимо провести для дифференциальной диагностики?
4. Какова тактика врача по отношению зубов 2.4, 2.5, 2.6?

ЗАДАЧА №17

Больной А., 32 лет, жалуется на острую приступообразную боль в области верхней челюсти справа, иррадирующую в висок, глаз, зубы; отек подглазничной области, чувство тяжести, распирание в правой половине верхней челюсти, заложенность правой половины носа, затрудненное дыхание, нарушение сна, недомогание.

Три дня назад заболел зуб 1.7, который периодически беспокоил больного. Больной обратился в поликлинику. От предложения удалить зуб отказался.

При внешнем осмотре больного: припухлость мягких тканей правой подглазничной области; при пальпации резкая болезненность. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа и слева плотные, подвижные, справа мало болезненные. Открывание рта свободное.

При передней риноскопии справа - припухлость ярко-красной окраски слизистой оболочки среднего носового хода.

После анемизации слизистой оболочки 10%-раствором лидокоина, в среднем носовом ходе появился гной. При наклоне головы вниз и на здоровую сторону гнойное отделяемое увеличилось, больной сразу почувствовал облегчение.

Припухлость слизистой оболочки свода переходной складки с вестибулярной стороны альвеолярной части справа, пальпация в области зубов 1.2, 1.3, 1.4 болезненна, коронка 1.7 зуба разрушена. При перкуссии всех боковых зубов отмечается болезненность, более интенсивная в области зуба 1.7.

На рентгенограмме придаточных пазух носа отмечается гомогенное затемнение правой пазухи. На рентгенограмме, произведенной в сидячем положении, отмечается затемнение нижнего отдела правой пазухи менее чем на половину - горизонтальный уровень. На рентгенограмме альвеолярной части в области зуба 1.7 разрежение костной ткани с нечеткими границами в области щечных корней зуба 1.7.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите место лечения.
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какое лечение является срочным в данном случае и почему?

ЗАДАЧА № 18

Больной А., 27 лет, жалуется на острую, жгучую боль и припухлость правой щеки; головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°.

В анамнезе: 3 дня назад при бритье поранил кожу щеки справа. На следующий день в области раны появилась болезненная припухлость, возникло уплотнение. К врачу не обращался. Боль усилилась, стала носить жгучий характер, припухлость увеличилась, появилась слабость, головная боль, повысилась температура тела.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, аллергическую реакцию на новокаин. Патологических процессов со стороны внутренних органов не обнаружено.

При внешнем осмотре: припухлость мягких тканей щечной и подглазничной областей справа. Глазная щель сужена, носогубная складка сглажена. Кожа над припухлостью покрасневшая. При пальпации припухлость мягкая, безболезненная по периферии, плотная резко болезненная в центре.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

В полости рта: Зубы 1.1,2.3,2.5 под пломбами. Полость рта санирована.

Вопросы и задания:

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Составьте план лечения.
4. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больного?

ЗАДАЧА №19

Больной Н., 28 лет. Жалобы на наличие слабоболезненной ограниченной припухлости справа. 3 месяца назад перенес перелом нижней челюсти в области угла справа. Две недели назад на коже околоушно-жевательной области справа появилась плотная припухлость, по поводу чего больной обратился к стоматологу и был им госпитализирован в районную больницу.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное, температура 37,2°. В области угла нижней челюсти справа имеется плотная слабоболезненная припухлость размером 2х2 см, кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается, имеется несколько свищевых отверстий со скудным гнойным отделяемым. Слабая степень ограничения открывания рта.

Пальпируются плотноэластические поднижнечелюстные лимфатические узлы. Был поставлен диагноз: "Карбункул в области угла нижней челюсти справа", сделан крестообразный разрез, назначено противовоспалительное лечение. Однако выздоровление не наступило.

Вопросы и задания:

1. Какие симптомы данного заболевания не укладываются в клиническую картину карбункула?
2. Где находятся "ворота" для инфекции?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Какой наиболее вероятный диагноз можно поставить при данном заболевании?

ЗАДАЧА №20

Больной Д., 29 лет, пастух, жалуется на припухлость правой щеки; головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°.

В анамнезе: 3 дня назад при забое коровы поранил кожу щеки справа. На следующий день в области раны появилась болезненная припухлость, возник узелок, который зудел.

К врачу не обращался. Боль усилилась, припухлость увеличилась, появилась слабость, головная боль, повысилась температура тела.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, аллергическую реакцию на пенициллин. Патологических процессов со стороны внутренних органов не обнаружено.

При внешнем осмотре: припухлость мягких тканей щечной и подглазничной областей справа. Визуально в области щеки справа на поверхности инфильтрата имеется струп черного цвета. В окружности его отмечается множество пузырьков, из которых выделяется серозная жидкость.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

В полости рта: Зубы 1.5, 2.7, 2.8 под пломбами. Полость рта санирована.

Вопросы и задания:

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больного?

ЗАДАЧА № 21

Больной Д., возраст 30 лет. Жалобы: на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад в результате травмы у больного возник перелом нижней челюсти в области зубов 3.7, 3.8. Находился на амбулаторном лечении. Проводилась иммобилизация поврежденной нижней челюсти назубными проволочными шинами с зацепными петлями, зуб 3.7 удален. Через месяц перелом консолидировался, шины сняли, но в поднижнечелюстной области слева появилась припухлость плотная и слабо болезненная. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной в центре истончилась, и открылся свищ с гнойным отделяемым.

Общий статус: считается здоровым. Алкоголь употребляет умеренно, курит; Редко болеет ОРЗ.

Местный статус: в поднижнечелюстной области слева имеется припухлость плотная, слабо болезненная умеренно подвижная размером 2,5х3 см. Кожа над ней имеет темно-красную окраску.

В центре имеется свищ, из которого выделяется скудный гной с белыми крошковидными включениями. Открывание рта свободное, в полости рта слизистая оболочка без патологических изменений. На месте перелома челюсти патологической подвижности нет. Имеется большое количество зубов, пораженных кариозным процессом. Больному проведено микроскопическое исследование гноя, из свищевого хода. В препаратах обнаружены друзы и мицелий лучистого гриба. Внутрικοжная проба с актинолизатом "положительна".

Вопросы и задания:

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Перечислите формы актиномикоза.
3. Объясните все симптомы на основании патогенеза заболевания.
4. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА № 22

Больной М., 35 лет поступил в клинику с жалобами: припухлость в подподбородочной области, в центре которой имеется свищ с гнойным отделяемым.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 3 месяцев, когда обнаружил припухлость в подподбородочной области, которая медленно увеличивалась. В последнее время свищевой ход с гнойным отделяемым.

Общий статус без выраженных патологических изменений. Но системам внутренних органов без особенностей.

Местный статус. В подподбородочной области имеется припухлость плотная, безболезненная, размером 3,5х4 см, свищевым ходом в центре. Открывание рта свободное. В полости рта воспалительные явления отсутствуют. Зубы 4.1,4.3,3.2 под пломбами. Зубы 4.2, 3.1 закрыты коронками.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте патогенетическое обоснование симптомов.
3. Какие дополнительные данные обследования больного Вам необходимы для постановки заключительного диагноза.
4. Какие показатели дополнительных методов обследования могут быть, если у больного актиномикоз.

ЗАДАЧА № 23

Больной С., 42 года обратился с жалобами на припухлость в околоушно-жевательной области справа, ограниченное открывание рта. Боль при глотании.

Анамнез заболевания: 3 недели назад появилось ограниченное открывание рта и припухлость в околоушно-жевательной области справа, спустя 2 недели после переохлаждения появилась боль при глотании, повысилась температура тела, на протяжении недели все явления нарастали.

Общий статус. Выраженных патологических изменений со стороны внутренних органов не определяется, температура тела 37,7°.

Местный статус. Определяется припухлость в околоушно-жевательной области, кожные покровы над припухлостью имеют темно-красную окраску. При пальпации припухлость слабо болезненна. Поднижнечелюстные и частично шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта до 1,5см.

В полости рта имеется ряд зубов, пораженных кариозным процессом. Зуб 4.8 - изменен в цвете, имеется пломба, занимающая 1/3 коронки, перкуссия слабо-положительна. Определяется покраснение правой и левой передних небных дужек и задней стенки глотки.

Дополнительные методы обследования.

Проведенная рентгенография нижней челюсти в области зуба 4.8, определяется участок деструкции костной ткани размером 0,5х0,7 в области верхушек корней зуба 4.8 с нечеткими контурами.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите, какую дополнительную информацию необходимо подучить при обследовании больного для постановки клинического диагноза.
4. Какова тактика лечения пациента?

ЗАДАЧА № 24

Больной К., возраст 55 лет. Обратился в клинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа. Общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания. Около 1,5 месяцев назад, после простуды, появилась боль в 4.6 зубе, в поликлинике 4.6 зуб был удален. Через некоторое время обнаружил припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая не изменилась в размерах.

Анамнез жизни. Перенес ОРВИ, страдает язвой желудка в течение 10 лет, курит.

Местный статус. В поднижнечелюстной области справа определяется плотная слабо подвижная, безболезненная припухлость округлой формы с умеренно четкими границами. Кожные покровы в цвете не изменены, собираются в складку. Открывание рта свободное. Определяются единичные незначительно увеличенные безболезненные регионарные лимфатические узлы. В полости рта большое количество зубов пораженных кариозным процессом, имеется значительное отложение зубного камня. Явления гингивита.

Проведенная кожно-аллергическая реакция с актинолизатом, реакция слабо положительна.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте патогенетическое обоснование симптомов.
3. Какие дополнительные обследования следует провести?
4. Перечислите формы актиномикоза

ЗАДАЧА №25

Больной Б., возраст 42 года.

Жалобы на наличие припухлости в щечной области справа, несильную боль в области припухлости.

Анамнез: около 4-х месяцев назад появилась боль при накусывании в 1.6 зубе. Зуб 1.6 ранее лечен, подобные обострения после лечения в зубе 1.6 возникали неоднократно. В районной поликлинике зуб 1.6 был удален. Вскоре после удаления больной обратил внимание на наличие в толще щеки плотного слабо болезненного образования, которое медленно увеличивалось. В последнее время образование значительно увеличилось в размерах, появилась самостоятельная боль. При осмотре в толще правые щеки определяется плотный слабо болезненный лимфатический узел, значительно увеличенный, умеренно подвижный. Кожа лица в цвете не изменена. Открывание рта свободное. Другие лимфатические узлы не увеличены.

В полости рта в области удаленного зуба 1.6 воспалительные явления отсутствуют, лунка зуба 1.6 эпителизовалась. Слизистая оболочка полости рта обычной окраски. При пальпации от альвеолярного отростка верхней челюсти обнаружен тяж в области удаленного зуба 1.6 к увеличенному лимфатическому узлу.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие методы исследования надо провести для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения пациента.

ЗАДАЧА № 26

Больной поступил с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа, наличие свищей с гнойным отделяемым. Из анамнеза известно, что два месяца назад после простуды появилась боль в области нижней челюсти справа, припухлость в этой же области. Наряду с этим из общих жалоб отмечались ознобы, общая слабость, недомогание.

Получал консервативное лечение, противовоспалительную терапию. Острые воспалительные явления стихли, однако припухлость сохранилась. Постепенно стали формироваться свищи с гнойным отделяемым.

При осмотре в нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной области справа имеется несколько свищей со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в этих областях покрасневшие. При пальпации определяется небольшое уплотнение этих областей. Тело нижней челюсти справа утолщено. Пальпация слабо болезненна. Открывание рта несколько ограничено. Полость рта не санирована. По переходной складке в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа определяется некоторая инфильтрация, слабая болезненность.

Вопросы и задания:

1. На основании полученных данных поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Какие результаты возможно при этом получить?
4. Наметьте план лечения.

ЗАДАЧА №27

Больная Л., 18 лет, воспитатель детского сада, жалуется на припухлость околоушно-жевательной области справа и слева, некоторую сухость в полости рта. Считает себя больной около 3-х дней. Сначала повысилась температура тела до 39°, затем появилась припухлость правой околоушно-жевательной области, а через 3 дня появилась припухлость левой околоушно-жевательной области.

При внешнем осмотре определяется припухлость правой и левой околоушно-жевательной области. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, но напряжена. При пальпации припухлость плотно-эластичной консистенции, болезненна. Особенно сильная болезненность возникает при надавливании впереди козелка уха. Слизистая оболочка полости рта отечна, бледно-розового цвета. Секрет из околоушных протоков не выделяется.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Определите место лечения пациента.

ЗАДАЧА №28

Больная С., 62 лет жалуется на сухость полости рта и припухлость околоушно-жевательной области справа и слева. Больной себя считает последние 10 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечает полиартрит, аппендицит, гастрит.

Впервые сухость полости рта и припухлость в области околоушных желез заметила около 10 лет назад после смерти мужа. Периодически припухлость уменьшалась в размере или увеличивалась. Сухость полости рта усилилась.

При внешнем осмотре определяются увеличенные плотные бугристые при пальпации безболезненные околоушные железы. Кожа над ними в цвете не изменена, в складку собирается. В углах рта определяются заеды. Слизистая оболочка полости рта сухая. Свободной слюны в полости рта нет. Из околоушных протоков при массировании железы удастся получить по 1 капле прозрачной вязкой слюны.

1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Определите место лечения пациента.

ЗАДАЧА №29

Больная В., 23 лет поступила с жалобами на болезненную припухлость околоушно-жевательной области справа. Повышение температуры тела до 38,1.

Ранее подобные явления были около 3 лет назад. Лечилась в районной поликлинике по месту жительства, антибиотиками.

При внешнем осмотре определяется значительная припухлость околоушно-жевательной области справа. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации определяется плотная, болезненная припухлость, в центре которой имеется очаг глубокой флюктуации.

Открывание рта затруднено (до 2 см между резцами).

Из околоушного протока справа слюна не выделяется.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА №30

Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года. Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличивающуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40-50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.

Анамнез жизни. Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым пищевым продуктам.

Местные изменения. Определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадищелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена, при пальпации припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 38 зуба покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3х0,4см.

Вопросы и задания:

1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Какое показано лечение?

ЗАДАЧА №31

Больной Б., 25 лет обратился в поликлинику 08.01.89г. с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая появляется во время еды и через 30-50 минут исчезает.

Из анамнеза выяснено, что примерно 5-6 лет тому назад в поднижнечелюстной области справа появилась болезненная припухлость, открывание рта было затруднено, ограничено, глотание болезненно, температура тела - 37,8°. Проводилось оперативное лечение: разрез в области не полностью прорезавшегося 38 зуба, физиотерапия. Воспалительные явления ликвидировались. Четыре месяца тому назад стал отмечать припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая появлялась во время еды и через 40-50 мин. исчезала. Отмечал незначительную болезненность, температура тела не повышалась.

Анамнез жизни. В детстве болел корью, воспалением легких. В 2000 году перелом левой ключицы, ОРЗ.

При внешнем осмотре патологических изменений не отмечается. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются с обеих сторон, подвижные, безболезненные.

При осмотре полости рта: открывание рта свободное, слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, достаточно увлажнена. Зубы интактные, за исключением зубов 3.6, 4.6 - пломбированы.

В области дистальных бугров 3.8 зуба, нависающий капюшон слизистой оболочки. При пальпации в области преддверья рта изменений не выявлено. Из устья протока поднижнечелюстных желез выделяется прозрачный секрет. При бимануальной пальпации определяется увеличенная мягкая правая поднижнечелюстная железа, в верхнем полюсе которой определяется ограниченное уплотнение размером 1,0х0,7см. При пальпации этого участка отмечается колющая боль.

На рентгенограмме тела нижней челюсти справа соответственно 38 зуба, ближе к краю челюсти определяется ограниченная тень округлой формы, размером 0,8х0,8 см.

Вопросы и задания:

1. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какое дополнительное рентгенологическое обследование необходимо провести?
4. Какие данные дополнительных методов обследования позволят подтвердить диагноз и определить стадию процесса.

ЗАДАЧА №32

Больной С. 45 лет обратился в поликлинику 30.07.99 г. с жалобами на боль и припухлость в поднижнечелюстной области слева, болезненное глотание, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание.

Считает себя больным в течение недели, когда после того, как выпил холодного кваса, появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева. На третий день повысилась температура тела 37,7°, появилась болезненность в области припухлости и боль при глотании.

Лечился компрессами, теплыми содовыми полосканиями. Улучшений не отмечалось. Обратился к терапевту. Была диагностирована ангина, лимфаденит, назначен олитетрин, выдан больничный лист, направлен к отоларингологу. Отоларинголог диагноз ангины не подтвердил, рекомендовал консультацию стоматолога.

Было выяснено, что несколько лет тому назад по поводу лимфаденита поднижнечелюстной области слева проводилась физиотерапия.

Анамнез жизни. Детских заболеваний не помнит, взрослым болел ангиной, гриппом, был оперирован по поводу аппендицита и почечнокаменной болезни.

Местные изменения. При осмотре определяется разлитая припухлость в поднижнечелюстной области слева, кожа в цвете не изменена, при глубокой пальпации определяется болезненность, лимфатические узлы из-за припухлости не пальпируются.

Открывание рта в пределах 2,5см. Со стороны преддверья рта патологических изменений не выявлено.

Слизистая оболочка подъязычной области не изменена, за исключением участка в области челюстно-язычного желобка слева, где определяется выбухание и покраснение слизистой оболочки на этом участке, пальпация болезненна.

Зуб 3.6 под пломбой, 3.8 зуб разрушен, перкуссия безболезненна.

Из устья выводного протока поднижнечелюстной железы, отделяемого нет.

Вопросы и задания:

1. Постановке предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза, и какие данные позволят это сделать?
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА №33

Больной М., 18 лет доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Из сопроводительных документов известно, что два дня назад в поликлинике по месту жительства больному произведено вскрытие фурункула на верхней губе, назначено противовоспалительное медикаментозное лечение. Однако после вскрытия фурункула состояние больного резко ухудшилось.

Общий статус. Общее состояние крайне тяжелое, сознание спутанное. Кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 39,8°, озноб. Пульс 140 уд/мин плохого наполнения и напряжения. Тоны сердца аритмичны, глухие. Определяется ригидность мышц затылка.

Местный статус. На верхней губе имеется припухлость до 1,0 см в диаметре, по нижнему полюсу которого резаная рана 0,5 см, из которой выделяется гнойно-сукровичное отделяемое. Кожа над ней покрасневшая, напряжена. От припухлости к углу глаза слегка покрасневшая. Кожа собирается в складку. Наблюдается сильный птоз, экзофтальм.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов.
3. Составьте план обследования пациента
4. Какова тактика лечения пациента?

ЗАДАЧА №34

Больной К., 27 лет находится на стационарном лечении в стоматологическом стационаре в течение двух недель с диагнозом одонтогенная флегмона дна полости рта. При поступлении произведено вскрытие флегмоны. Однако состояние больного не улучшилось и, из-за распространения воспалительного процесса на переднюю поверхность шеи, произведена повторная операция. Получал противовоспалительную медикаментозную терапию.

Общий статус. Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, землистого оттенка. На коже тела имеется масса гнойничков. Положение в постели пассивное. При пальпации определяется резкая болезненность в области левой бедренной кости. Температура тела 40,2°С. Пульс 120 уд/мин слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены.

Местный статус. В поднижнечелюстных и подподбородочной областях имеется воротничкообразный разрез. Рана чистая, гранулирует.

Анализ крови. Нв-90 г/л, эр - 3×10^{12} /л, лей.- $10,7 \times 10^9$ /л, э-1%, п - 25%, с-55%, лим-11%, мон-6%, СОЭ-52 мм/ч.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.
2. Объясните возможные причины заболевания
3. Перечислите хирургические этапы лечения флегмоны дна полости рта.
4. Дайте определение понятие флегмона.

ЗАДАЧА №35

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

ЗАДАЧА №36

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике.

Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие зубы 1.2, 1.1, 2.1. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти,

соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации?
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?
4. Хирургические протокол проведения дентальной имплантации.

ЗАДАЧА №37

67-летний мужчина консультировался по поводу полной реабилитации (протезирования зубов) верхней и нижней челюстей. У пациента полностью беззубая верхняя челюсть без какого-либо протеза и частично беззубая нижняя челюсть с тремя оставшимися зубами (3.3, 3.4, 4.3). В верхней челюсти осмотр выявил кератинизированную невоспалённую десну над всей беззубой дугой при отсутствии остатков корней и инфекционных очагов.



Рис.1



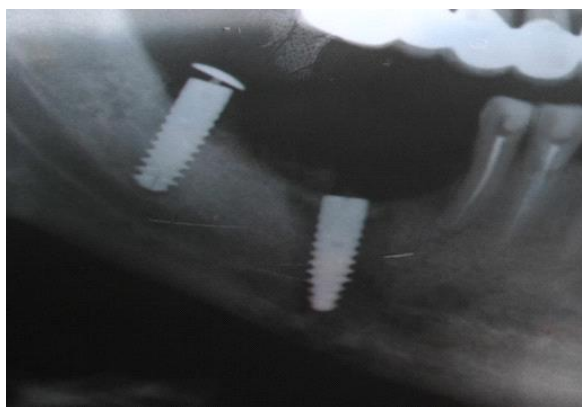
Рис.2

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести пациенту?
3. Составьте план имплантологического лечения.
4. Какие рекомендации следует соблюдать пациенту после проведенного имплантологического лечения?

ЗАДАЧА №38

Через 1 месяц после проведения операции по установке имплантатов в области зубов 4.6 и 4.8 у пациента появились жалобы на боль в области установленного имплантата, отек, гиперемия и кровоточивость периимплантатной десны, не проходящее нарушение чувствительности в коже подбородочной области, нижней губе.



Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните возможную причину данного заболевания.
3. Составьте дальнейший план лечения.
4. Какие рекомендации следует соблюдать пациенту после проведенного имплантологического лечения?

ЗАДАЧА №39

После проведения хирургического и ортопедического этапов имплантации у пациента появились жалобы на образование припухлостей, кровотечение, болезненные ощущения в области установленного имплантата.



Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните возможную причину данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Какие рекомендации следует соблюдать пациенту после проведенного имплантологического лечения?

ЗАДАЧА №40

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1 - 2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции вершущек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?
3. Консультация какого смежного специалиста потребуется?
4. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести пациенту?

Задача №41

Пациент З., 36 лет. Из анамнеза: пострадал в ДТП 40 минут назад, ударился лицом о переднюю панель (не был пристегнут). Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на сильную головную боль, боль в лице, однократную рвоту, двоение в глазах, боль в орбитах при попытке смыкания зубов, нарушение прикуса. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, дыхание везикулярное, ЧД — 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин., АД — 145/90 ммНг. Тотальный отек лица, выраженная подкожная эмфизема теменно-височных областей, тканей лица и верхних отделов шеи, массивная гематома век с двух сторон, прикус патологический, открытый. Верхняя челюсть подвижна при нагрузке в вертикальном и передне-заднем направлении. Рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях + рентгенограмма скуловых костей, костей носа: множественный оскольчатый перелом костей носа, отмечается завуалированность теней скуловых костей из-за массивного отека мягких тканей лица и эмфиземы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Механизм развития подкожной эмфиземы?
3. План обследования.
4. Какова тактика лечения?

Задача №42

Пациент А., 29 лет. Беспокоит припухлость, сильная распирающая боль в околоушно-жевательной области справа, повышение температуры тела до 39°C, усиление боли при приеме пищи. Связывает начало заболевания с переохлаждением на рыбалке 2 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное, ЧД — 16/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин, АД — 130/80 мм Нг. Умеренный отек тканей околоушной области справа, мягкие ткани инфильтрированы, пальпация болезненна. Per os: из устья стенона протока справа — обильное отделение гноя. ОАК: лейкоциты — 12×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 15 мм/ч. При УЗИ околоушной слюнной железы полостных образований и конкрементов не выявлено, отмечается умеренное расширение протоков правой околоушной слюнной железы.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какой дополнительный метод диагностики необходимо провести?
4. Какова тактика лечения?

Задача №43

Пациент В., 37 лет. Беспокоят постоянные ноющие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, периодическое истечение гноя из лунки 26 зуба, попадание жидкой пищи в нос во время приема пищи. Из анамнеза — зуб 26 удален 10 дней назад, заживления лунки не произошло, в связи с чем направлен на консультацию. Объективно: лунка 26 зуба выполнена грануляционной тканью. При зондировании лунки инструмент «проваливается» на глубину 3–4 см, не встречая сопротивления, при этом из лунки появляется гной.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой дополнительный метод диагностики нужно провести?
3. Какова тактика лечения?
4. Проведите дифференциальную диагностику?

Задача №44

Пациентка А. 66 лет направлена к врачу-стоматологу-хирургу для хирургической санации полости рта (удаление 1.7, 1.4, 1.3, 2.1, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5 зубов) перед ортопедическим лечением. Страдает сахарным диабетом, наблюдается у эндокринолога.

Развитие настоящего заболевания: на протяжении последних 15 лет болели и разрушались зубы верхней и нижней челюстей.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергия на новокаин. ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Сахарный диабет 1 -го типа.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: коронковые части 1.7, 1.4, 1.3, 2.1, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5 зубов полностью разрушены. Слизистая оболочка в области этих зубов рыхлая, слабо гиперемирована.

Зубная формула:

0 R 0 0 R R П П R п п 0 0 0 0

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
0 0 0 R П 0 0 П п R R R 0

Диагноз: хронический периодонтит 1.7, 1.4, 1.3, 2.1, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5 зубов.

Вопросы и задания:

1. Какие мероприятия необходимо провести перед удалением зубов?
2. Сколько зубов можно удалить пациентке за одно посещение?
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Перечислите возможные местные осложнения, учитывая характер сопутствующего заболевания.

Задача №45

Пациент А. 65 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на постоянную ноющую боль в области лунки удалённого 4.7 зуба с иррадиацией в ухо, запах изо рта. Развитие настоящего заболевания: со слов пациента, 3 дня назад был удалён 4.7 зуб по поводу хронического периодонтита. Со вчерашнего вечера боль усилилась. Перенесённые и сопутствующие заболевания: со слов пациента, гипертоническая болезнь, гастрит, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает. Аллергоанамнез не отягощён. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. Местный статус: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, слабо болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. В полости рта: края лунки удалённого 4.7 зуба покрыты фибринозным налётом. В альвеоле удалённого 4.7 зуба сгусток отсутствует, лунка заполнена остатками пищи. Слизистая оболочка в области лунки удалённого 4.7 зуба гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Задача №46

Мужчина 36 лет впервые обратился к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на наличие острого предмета на нёбе. «Может, кость от пищи застряла», - со слов больного. Анамнез болезни выяснить не удалось из-за асоциального состояния: нет дома, живёт, где придётся, не работает, безразлично относится к своему физическому состоянию. Термометрия тела – 37,4°C; АД – 140/90 мм рт. ст.; пульс – 72 удара в минуту. При внешнем осмотре кожа лица инъецирована сосудами, кое-где имеют место белого цвета рубцы от 1,5 до 2,0 см длиной. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает свободно, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус не фиксирован из-за отсутствия большего количества зубов. В передней трети нёба почти по средней линии имеется дефект её, из него видна шероховатая серого цвета кость, подвижная; при глубоком зондировании сообщения с носовой полостью нет, зонд упирается в плотную кость.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие методы обследования больного необходимы по Стандарту?
4. Назовите 3 этапа развития секвестрирующей формы хронического остеомиелита.

Задача №47

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 % длины.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. К какому коду МКБ соответствует данное заболевание?
3. Назовите дополнительные методы диагностики
4. Укажите показания к проведению и методы хирургического лечения в данной ситуации.

Задача №48

Больной Н., 25 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти справа. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 1.2, 1.3, 1.4 пальпация которой безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?
4. Составьте план лечения.

Задача №49

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли

при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения
3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.
4. К какой классификации по коду МКБ относится данное заболевание?

Задача №50

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
3. Составьте план обследования
4. Укажите вид операции.

4.3. 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.

1 сценарий. 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)

2 сценарий. 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
	Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей	☐ да ☐ нет
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
	Определил признаки жизни	☐ да ☐ нет
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
	Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:	☐ да ☐ нет
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
	Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:	☐ да ☐ нет
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
	Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:	☐ да ☐ нет
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
	Выполнил вдохи искусственного дыхания:	☐ да ☐ нет
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
	Применение АНД	☐ да ☐ нет

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
	Показатели тренажера:	☐ да ☐ нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливании (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
	Нерегламентированные и небезопасные действия:	☐ 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

2 Сценарий.

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>	
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>	
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>	
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>	
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>	
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>	
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>	
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>	
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 опорой на стопу	☐ да ☐ нет
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>	
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. Осмотр полости рта

Информация (брифинг) для ординатора: Вы врач по своей специальности. У Вас на приеме пациент, которого Вы видите впервые. Анамнез собран (без особенностей). Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу), проведите (имитация) соответствующий индекс гигиены полости рта и оцените уровень гигиены рта. Дайте рекомендации пациенту и/или его представителю. В кабинете только пациент (с родителем/представителем), с которым можно общаться.

Сценарий: Осмотр полости рта с применением набора стоматологических инструментов
Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал личность пациента	☐ да ☐ нет
3.	Информировал пациента/представителя о ходе процедуры	☐ да ☐ нет
4.	Убедился в отсутствии вопросов	☐ да ☐ нет
5.	Обработал руки гигиеническим способом с помощью антисептика	☐ да ☐ нет
<i>Подготовка к процедуре</i>		
6.	Подготовил рабочее место для осмотра полости рта: выложил на инструментальный столик все необходимое	☐ да ☐ нет
7.	Проверил пригодность всех необходимых материалов	☐ да ☐ нет
	<i>Положение</i>	☐ да ☐ нет
8.	Занял правильное положение справа от пациента	☐ да ☐ нет
9.	Помог пациенту занять удобное положение в кресле	☐ да ☐ нет
10.	Привел стоматологическое кресло в положение необходимое для осмотра	☐ да ☐ нет
11.	Обеспечил визуализацию ротовой полости	☐ да ☐ нет
12.	Подготовил необходимые средства индивидуальной защиты	☐ да ☐ нет
13.	Последовательно надел средства индивидуальной защиты: маску, заправил под шапочку, надел перчатки	☐ да ☐ нет

<i>Осмотр</i>		
14.	Оценил конфигурацию лица, озвучил результат	☐ да ☐ нет
15.	Оценил цвет, наличие патологических образований на коже, озвучил результат	☐ да ☐ нет
16.	Пропальпировал регионарные лимфатические узлы	☐ да ☐ нет
17.	Оценил степень открывания рта и состояние ВНЧС	☐ да ☐ нет
18.	Осмотрел преддверие полости рта и окклюзию при сомкнутых челюстях, озвучил результат	☐ да ☐ нет
19.	Осмотрел полость рта и язык, озвучил результат	☐ да ☐ нет
20.	Осмотрел зубные ряды и зубы (положение, форму, цвет, состояние твердых тканей, подвижность, положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда, наличие полостей, пломб, коронок, вкладок и их состояние) и озвучил результат. Провел зондирование и перкуссию зубов.	☐ да ☐ нет
21.	Провел определение гигиенического состояния полости рта по индексу ИГР-У (Green-Vermillion) (имитация):	☐ да ☐ нет
22.	Назвал индексные зубы и зубные поверхности для оценки зубного налета и камня	☐ да ☐ нет
23.	Назвал критерии оценки зубного налета / камня (в баллах): 0 = не выявлен, 1 = до 1/3 коронки зуба; 2 = от 1/3 до 2/3 коронки зуба; 3 > 2/3 коронки зуба	☐ да ☐ нет
24.	Назвал формулу для расчета индекса: сумма баллов налета сумма баллов камня ИГ= ----- + ----- 6 6	☐ да ☐ нет
25.	Оценил значение индекса: 0,0- 1,2 =хороший уровень гигиены 1,3-3,0 = удовлетворительны уровень гигиены 3,1,-6,0 = плохой уровень гигиены	☐ да ☐ нет
26.	Закончил осмотр, попросил пациента закрыть рот	☐ да ☐ нет
27.	Выключил свет, вернул кресло в исходное положение	☐ да ☐ нет
28.	Последовательно снял средства индивидуальной защиты, утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
29.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
30.	Озвучил пациенту план дальнейшего обследования/профилактических мероприятий/лечения	☐ да ☐ нет
31.	Дал рекомендации по гигиене полости рта	☐ да ☐ нет
<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>		
32.	Дотрагивался рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица	☐ да ☐ нет
33.	Использовал расстерилизованный инструмент	☐ да ☐ нет

3. 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.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

Хронический апикальный периодонтит зуба 1.4 / 4.7

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	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 медицинской документацией, его ФИО и возраст)	☐ да ☐ нет
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 непрокалываемый 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

4. Обезболивание в хирургической стоматологии

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач-стоматолог-хирург. Вам требуется собрать анамнез (общесоматический, лекарственный), определить показатели артериального давления и частоту пульса, провести осмотр, провести 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.	Острый пульпит 1.5 зуба	Инфильтрационная анестезия 1.5 зуба

2.	Острый пульпит зуба 4.6	Мандибулярная анестезия 4.6 зуба
3.	Хронический апикальный периодонтит зуба 4.6	Торусальная анестезия 4.6 зуба

Сценарий 1,2

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	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 (настройка освещения)	☐ 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 лимфатических узлов)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (30G x 21 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет

23.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульном инъекторе	☐ да ☐ нет
24.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
25.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
26.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
27.	Провел позиционирование карпульной системы относительно места вкола (45° к альвеолярному гребню)	☐ да ☐ нет
28.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
29.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до периапикальной области)	☐ да ☐ нет
30.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
31.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
32.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
33.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
34.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
35.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
36.	Утилизировал карпулу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37.	Утилизировал шприц (отправил на дезинфекцию многоразовый шприц, утилизировал вместе с карпулой одноразовый шприц в контейнер для сбора отходов класса Б)	☐ да ☐ нет
38.	Снял перчатки, маску и утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
39.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
40.	Сделал запись в медицинской документации	☐ да ☐ нет
41.	Дал рекомендации пациенту	☐ да ☐ нет

Сценарий 3

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	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 (настройка освещения)	☐ 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 лимфатических узлов)	☐ да ☐ нет
15.	Провел осмотр полости рта	☐ да ☐ нет
16.	Провел антисептическую обработку полости рта	☐ да ☐ нет
17.	С помощью аппликатора нанес анестетик на слизистую оболочку полости рта в предполагаемом месте вкола иглы	☐ да ☐ нет
18.	Выждал время экспозиции поверхностного анестетика (в это время подготовил карпульную систему)	☐ да ☐ нет
19.	Обработал диафрагму карпулы антисептиком	☐ да ☐ нет
20.	Установил карпулу в инъектор	☐ да ☐ нет
21.	Совместил плаггер карпулы с плунжером инъектора	☐ да ☐ нет
22.	Вскрыл иглу (27G x 35 мм) и утилизировал нижний колпачок в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
23.	Установил и зафиксировал инъекционную иглу на карпульном инъекторе	☐ да ☐ нет
24.	Проверил проходимость иглы	☐ да ☐ нет
25.	Смыл аппликационный анестетик	☐ да ☐ нет
26.	Обеспечил обзор места проведения анестезии	☐ да ☐ нет
27.	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
28.	Провел вкол иглы	☐ да ☐ нет
29.	Погрузил инъекционную иглу в ткани на необходимую глубину (до упора в кость)	☐ да ☐ нет
30.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
31.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел до 0,5 мл раствора анестетика в ткани	☐ да ☐ нет

32.	Не извлекая иглы, развернул корпус шприца в сторону фронтальной группы зубов	☐ да ☐ нет
33.	Погрузил иглу в ткани на 2,0-2,5 см	☐ да ☐ нет
34.	Провел аспирационную пробу	☐ да ☐ нет
35.	При отрицательном результате аспирационной пробы медленно вывел раствор анестетика в ткани	☐ да ☐ нет
36.	Извлек инъекционную иглу	☐ да ☐ нет
37.	Выждал латентный период действия анестетика	☐ да ☐ нет
38.	Убедился в эффективности проведённой анестезии (отсутствие болевой чувствительности при воздействии раздражителя)	☐ да ☐ нет
39.	Утилизировал иглу в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
40.	Утилизировал карпулу в непрокальваемый контейнер для сбора 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 сбора 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

5. Установка дентального импланта

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач-хирург-стоматолог.

У Вас в кресле находится пациент с частичной адентией. Предоперационная подготовка проведена, операционное поле обработано, анестезия проведена. Инструменты разложены на манипуляционном столе и готовы к применению. Вам необходимо провести операцию по установке дентального имплантата в области отсутствующего зуба. Вся необходимая информация указана в медицинской документации на станции. Информированное добровольное согласие подписано. Все производимые действия необходимо озвучивать.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	Установка дентального имплантата в области отсутствующего зуба 1.6.
2.	Установка дентального имплантата в области отсутствующего зуба 4.6.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
-------	---------------------	-----------------

1.	Ознакомился с медицинской документацией, озвучил объем вмешательства	☐ да ☐ нет
2.	Использовал средства индивидуальной защиты (шапочку, маску, защитные очки)	☐ да ☐ нет
3.	Убедился, что есть все необходимое	☐ да ☐ нет
4.	Обработал руки хирургическим способом и надел перчатки	☐ да ☐ нет
5.	Попросил пациента открыть рот и оценил место предполагаемой имплантации	☐ да ☐ нет
6.	Произвел разрез слизистой, сформировал и отслоил слизистонадкостничный лоскут	☐ да ☐ нет
7.	Последовательно сформировал ложе дентального имплантата, используя набор фрез	☐ да ☐ нет
8.	Установил имплантат в сформированное ложе, используя ключ и имплантовод	☐ да ☐ нет
9.	Установил заглушку дентального имплантата, используя имплантологическую отвертку	☐ да ☐ нет
10.	Уложил слизисто-надкостничный лоскут и правильно наложил швы (до соприкосновения краев раны, ушил простыми узловыми швами при помощи иглодержателя, шовного материала и ножниц)	☐ да ☐ нет
11.	Попросил пациента закрыть рот	☐ да ☐ нет
12.	Осведомился о самочувствии пациента	☐ да ☐ нет
13.	Дал пациенту рекомендации (не принимать пищу и не курить в течение 2 часов, воздержаться от употребления горячей пищи и от активных полосканий полости рта в течение 5 дней, избегать резкого физического напряжения в течение 10 дней, не касаться языком области оперативного вмешательства, держать холод местно в течение первых 2 дней каждый час по 15-20 минут)	☐ да ☐ нет
14.	Сообщил пациенту, что процедура окончена и он может быть свободен	☐ да ☐ нет
15.	Отправил инструменты на предстерилизационную обработку	☐ да ☐ нет
16.	Утилизировал иглу в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
17.	Снял перчатки и утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
18.	Снял маску и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
19.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
20.	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении процедуры	☐ да ☐ нет

4.4. Аттестационные тесты

1. ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ ЩЕЛОЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ МОЮЩЕГО РАСТВОРА НА ИЗДЕЛИЯХ ДАЕТ
 - метод бактериологического смыва
 - реакция химических индикаторов
 - реакция с полосок индикаторной бумаги
 - *постановка фенолфталеиновой пробы
2. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРОКСИД ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ ____ %
 - 1
 - 3
 - 4
 - *6
3. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРОКСИД ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ ____ %
 - 1
 - 3
 - 4
 - *6
4. ПРИ РАНЕНИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ СНЯТЬ ПЕРЧАТКИ
 - вымыть руки с мылом, смазать рану йодом
 - выдавить кровь из раны, обработать руки 70% спиртом, смазать и наложить асептическую повязку
 - *выдавить кровь из раны, вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом, смазать рану 5% раствором йода и наложить асептическую повязку
 - вымыть руки с мылом, наложить асептическую повязку
5. К АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ОТНОСИТСЯ
 - *отек Квинке
 - обморок
 - кардиогенный шок
 - гипертонический криз
6. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
 - снижением сердечного выброса
 - увеличение венозного возврата
 - снижение центрального венозного давления
 - *снижение артериального давления
7. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
 - кровотечение

*обморок
эмфизема тканей
Гематома

8. НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

полиартрита
гипертонии
стенокардии
*Гриппа

9. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

боль в железе при пальпации
*слюнная колика
гипосаливация в дневное время
гиперемия слизистой оболочки около устья выводного протока

10. ДЛЯ СИАЛОДОХИТОВ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

*поражение системы выводных протоков
поражение стромы железы
тромбоз сосудов
поражение внутрижелезистых лимфоузлов

11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИАЛОДОХИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НА СИАЛОГРАММЕ

дефектов наполнения протоков
*расширенных протоков
контрастных пятен за пределами повреждённых протоков
суженных и прерывистых протоков

12. ОКОЛОУШНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ПАРОТИТЕ

плотные, резкоболезненные с одной стороны, кожа не напряжена , имеет нормальную окраску.
плотные, резкоболезненные с двухсторон, кожа над ними гиперемирована, напряжена , лоснится.
увеличенные с двух сторон, тестоватой консистенции, слабоболезненные
*плотные, слабоболезненные с двух сторон, кожа над ними напряжена, но не гиперемирована

13. ДЕЙСТВИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

длительным угнетением
*возбуждением с последующим угнетением
угнетением с последующим возбуждением
длительным возбуждением

14. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ВВОДИМОГО АНЕСТЕТИКА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

1,7

*0,6

1,5

2

15. ГРУППОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРЫХ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ОТНОСИТЕЛЬНО БЕЗОПАСНО, ЯВЛЯЮТСЯ

тетрациклин, пенициллин

тетрациклин, линкомицин

*пенициллины, цефалоспорины

макролиды, цефалоспорины

16. ПРОВЕДЕНИЕ ИМПУЛЬСА ПО НЕРВУ ОБУСЛОВЛЕНО

выходом ионов магния

накоплением натрия внутри клетки

*деполяризацией мембраны

проникновением ионов кальция

17. ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНЕГО 7 ЗУБА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ АНЕСТЕЗИЮ

мандибулярную

торусальную

инфраорбитальную

*инфильтрационную

18. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА

участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

участие в научно-практических конференциях

заключение договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов

*оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

19. ПРОВОДИТЬ ПРОПАГАНДУ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ОБЯЗАНЫ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СОГЛАСНО

программе добровольного медицинского страхования

территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи

Федеральному закону № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Трудовому кодексу Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ

20. ПО НОРМАТИВУ ПЛОЩАДЬ НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В М²)
- 14
 - 9
 - *7
 - 5
21. СЛЮННОЙ КАМЕНЬ ИЗ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ОКОЛОУШНОГО ПРОТОКА УДАЛЯЮТ _____ ЖЕЛЕЗЫ
- наружным доступом с сохранением
 - *внутриротовым доступом с сохранением
 - наружным доступом с удалением дольки
 - внутриротовым доступом с удалением дольки
22. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- рассечение Стенонова протока
 - удаление конкремента
 - *экстирпация железы с конкрементом
 - пластика выводного протока
23. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КАМНЯ ВО ВНУТРИЖЕЛЕЗИСТОЙ ЧАСТИ ПРОТОКА ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ
- *госпитализация, удаление железы вместе с камнем
 - антибактериальная терапия и слюногонная диета
 - слюногонная диета
 - антибактериальная терапия
24. РАНУЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- кисту подчелюстной слюнной железы
 - *кисту подъязычной слюнной железы
 - проникающее ранение щеки
 - ретенционную кисту нижней губы
25. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ
- *бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит
 - Манганотти
 - эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
 - болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
 - термический и химический ожоги

26. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ
- одонтогенными и неодонтогенными
 - неодонтогенными
 - смешанного генеза
 - *одонтогенными
27. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
- ортопантомография
 - сиалометрия
 - эхосотеометрия
 - *ультразвуковое исследование
28. СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ
- *врожденными
 - воспалительными
 - травматическими
 - одонтогенными
29. ВТОРИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ
- *остеоинтеграции
 - расщепления альвеолярного гребня
 - резьбы имплантата
 - жевательной нагрузки
30. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ОПОРОЙ НА ПЛАСТИНЧАТЫЕ ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ РЕКОМЕНДОВАНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
- *1 неделю
 - 6 месяцев
 - 12 месяцев
 - 1 месяц
31. ПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- хорошо выраженный высокий альвеолярный отросток
 - высокий и узкий альвеолярный отросток
 - неравномерная атрофия альвеолярного отростка
 - *выраженная атрофия альвеолярного отростка
32. ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МУКОЗИТА В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- наличие промывных пространств в конструкции протеза
 - наличие 3 мм кератинизированной десны в области имплантата
 - наличие микрозазора между имплантатом и абатментом
 - *микробная инвазия с образованием биопленки на поверхности имплантата

33. ПРИ КОНТАКТЕ РАНЫ С ЗЕМЛЕЙ ПАЦИЕНТУ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ ИНЪЕКЦИЮ

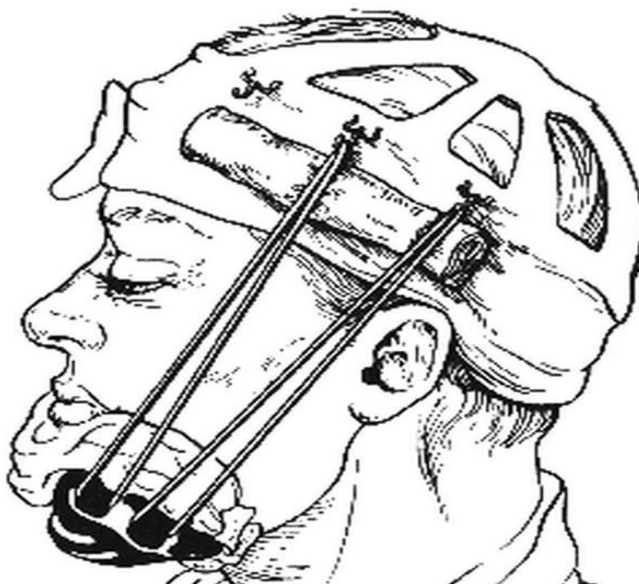
альфа-глобулина

*противостолбнячной сыворотки

антирабической вакцины

Актинолизата

34. НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМом НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ФРАГМЕНТОВ ПРОВЕДЕНА С



ПОМОЩЬЮ

резиновой тяги

*жесткой подбородочной пращи

стандартной транспортной шины

стандартной транспортной шапочки

35. РАННИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ _____ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

через 24 часа

через 36 часов

*сразу

через 12 часов

36. У ПАЦИЕНТА С НЕПОЛНЫМ ВЫВИХОМ ЗУБА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

удаление зуба и физиолечение

репозицию и физиолечение

*репозицию, иммобилизацию и физиолечение

иммобилизацию и физиолечение

37. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ РЕКОМЕНДУЮТ

*выполнить репозицию зубов, их фиксацию, наблюдение

зубы удалить

зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней

38. ГЕМИСЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ НА _____ ЧЕЛЮСТИ

*молярах нижней
премолярах нижней
молярах верхней
молярах нижней и верхней

39. ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

консервативная терапия
введение антибиотиков в лимфоузел
вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя
*комплексная терапия по устранению причины воспаления узла

40. ТИПИЧНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ

в подподбородочной области по средней линии
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
*слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке

41. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ

острый гнойный верхнечелюстной синусит
пансинусит
*сепсис
перелом костей челюстно-лицевой области

42. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА СЧИТАЮТ

*некупируемое гнойное воспаление в периодонте
дистопированные зубы
хронический пульпит
разрушение коронки зуба

43. ПОЛЯРОГРАФИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

уровень деструкции альвеолярной кости
*парциальное давление кислорода в тканях
интенсивность и распространённость воспалительных изменений
регионарную гемодинамику в пародонте

44. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ (Л. Н. ДЕДОВА,
2002–2007) БЫВАЕТ

простой и сложной
местной и распространенной
местной и общей
*локализованной и генерализованной

45. КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА _____
РЕЦЕССИЮ ДЕСНЫ
исправляют
*увеличивают
не изменяют
Уменьшают
46. ДЛЯ 4 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА
*циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках
рецессия во фронтальном отделе до 6 мм
рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках
рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках
47. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
*слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
снижение высоты прикуса
нижняя макрогнатия
глубокое резцовое перекрытие
48. ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
*сифилис
хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
ревматическая атака
околоушный гипергидроз
49. ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ВИДЕ СУЖЕНИЯ ЩЕЛИ, СКЛЕРОЗУ ХРЯЩА, ОСТЕОФИТАМ, ДЕФОРМАЦИИ ГОЛОВКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА СООТВЕТСТВУЮТ
остеоартриту
ревматоидному артриту
анкилозирующему спондилоартриту
*остеоартрозу
50. ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АРТРИТ ВНЧС МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
перелома верхней челюсти
удаления зубов верхней челюсти
*отита
Актиномикоза
51. ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
околоушный гипергидроз
*туберкулез
ревматическая атака

52. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ
- справку с места работы
 - свидетельство государственного пенсионного страхования
 - документ о семейном положении
 - *документ, удостоверяющий личность пациента
53. 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
 - консилиума врачей
 - *врачебной комиссии
 - главного врача
54. ЛИМФООТТОК ОТ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В ЛИМФОУЗЛЫ
- затылочные
 - околоушные
 - *поднижнечелюстные и подподбородочные
 - только в поднижнечелюстные
55. НАРУШЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ МИКРОГНАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- чрезмерное развитие
 - несимметричная деформация
 - *недоразвитие
 - смещение кзади
56. РАЗМЕРЫ ГРАНУЛЕМЫ НЕ ПРЕВЫШАЮТ
- 2 см
 - 10 мм
 - *0,5 см
 - 1 см
57. ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В
- слизистой оболочке
 - *костной ткани челюсти
 - мышечной ткани
 - мягких тканях
58. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА RG-ГРАММЕ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ
- четкие контуры
 - вид неизмененного периодонта
 - *нечеткие контуры

расширение периодонтальной щели

59. СУПРАМАНДИБУЛЯРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПОЛУЧАЮТ ЛИМФУ ОТ МОЛЯРОВ

*и премоляров обеих челюстей, носа, верхней и нижней губы
верхней челюсти
верхней челюсти, носа, верхней и нижней губы
и премоляров нижней челюсти, носа, верхней и нижней губы

60. ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

*смещенной кзади
чрезмерно развитой
несимметричной
Недоразвитой

61. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ ИССЛЕДУЮТ С ПОМОЩЬЮ

осмотра
массирования
перкуссии
*Пальпации

62. ОСНОВНОЙ (УНИВЕРСАЛЬНОЙ) ХАРАКТЕРИСТИКОЙ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

ветвей лицевого нерва, паралич мимической мускулатуры
слюнной железы, образование наружного свища
*кожи, возникновение входных ворот для инфекции
ветвей тройничного нерва, нарушение чувствительности

63. УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ПОСЛЕ ТРАВМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

мелкооскольчатом переломе скуловой кости и дуги
переломе альвеолярного отростка верхней челюсти
переломе подбородочного отдела нижней челюсти
*суббазальном переломе верхней челюсти

64. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

некачественное пломбирование канала корня зуба
отлом инструмента в верхней трети канала корня зуба
*продольный перелом корня зуба
подвижность зуба I степени

65. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

головная боль
носовое кровотечение
*патологическая подвижность верхнечелюстных костей
патологическая подвижность нижней челюсти

66. КОМБИНИРОВАННАЯ ТРАВМА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
ОДНОВРЕМЕННОГО

воздействия различных факторов в нескольких областях организма

*воздействия различных факторов

поражения в нескольких областях организма

воздействия различных ранящих снарядов

67. К СПОСОБАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ

сдавливание межкорневой перегородки лунки щипцами

тампонада лунки йодоформенной турундой

местное применение пузыря со льдом

*ушивание раны при разрыве мягких тканей

68. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ
АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ЯВЛЯЕТСЯ

сахарный диабет 1-го типа в стадии компенсации

хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит

аллергические реакции на некоторые группы антибиотиков

*наличие у пациента в анамнезе инфаркта миокарда давности менее чем полгода

69. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
СЧИТАЮТ

зубы с разрушенной коронкой (корни), если их нельзя использовать для протезирования

*стенокардию в период обострения

неправильно прорезавшиеся зубы (вне зубной дуги), вызывающие постоянную

травму слизистой полости рта или языка

зачатки 8.8 зубов у детей и подростков с прогрессирующей нижней макрогнатией

70. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ
ЗУБА

фиксация зуба с одновременным отслаиванием круговой связки, ротация зуба,

фиксация зуба, вывихивание зуба

сепарация круговой связки, продвижение щечек щипцов под десну, вывихивание зуба

наложение щипцов, продвижение щечек под десну, люксация, фиксация,

сепарация круговой связки зуба, тракция

*сепарация круговой связки зуба, наложение щипцов, продвижение щечек щипцов под десну, фиксация, ротация или люксация, тракция

71. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ
ЗУБА ПРИ НАЛИЧИИ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ПАЗУХИ НЕОБХОДИМО

*проводить антисептические промывания пазухи до стихания воспаления, затем дообследовать состояние пазухи
промыть пазуху, мобилизовать лоскут со щеки и ушить наглухо
провести радикальную верхнечелюстную синусотомию амбулаторно
промыть пазуху, затампонировать лунку зуба, зафиксировать направляющие швы

72. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ

*всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
"причинного" зуба
всех зубов челюсти
зубов-антагонистов

73. КРИТЕРИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

возраст пациента
вид первичной опухоли
объем опухоли
*отсутствие рецидива

74. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ

*удаления доброкачественных опухолей
постлучевой некрэктомии
периостита
склерозирующей терапии

75. С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ,
УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОЧНОСТИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, УСКОРЕНИЯ ПРОЦЕССОВ
ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОБРАЗУЮЩУЮСЯ ПОЛОСТЬ
ЗАПОЛНЯЮТ МАТЕРИАЛОМ

«Кальцемин»
«Йодоформ»
*«Остеоматрикс»
«Прорут»

76. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО
ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ЯВЛЯЕТСЯ

химиотерапия
*лазерная коагуляция
иссечение вместе с капсулой
лучевая терапия

77. ЗАКРЫТИЕ ЗОН РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

клиновидных дефектах в области шеек зубов

повышенной чувствительности
эстетических недостатках
*пришеечном кариесе

78. ПЛАСТИКА МНОЖЕСТВЕННЫХ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ПО ОТТО ZUNR (2007)
МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА КАК

*модифицированная микрохирургическая туннельная техника для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата закрытие пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
двухэтапная операция: пластика свободным трансплантатом открытым способом+коронарное смещение тканей
коронковое смещение лоскута с поворотом десневых сосочков

79. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ
ПРОВОДЯТ

*под местной анестезией
под интралигаментарной анестезией
без обезболивания
под аппликационной анестезией

80. К РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ
ПЛАСТИКЕ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ОТНОСЯТ

политетрафторэтилен
пролен, полипропилен
*кетгут, коллаген
шелк, полиамид

81. КО II КЛАССУ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ
(P. D. MILLER, 1985) ОТНОСЯТ

рецессию в пределах свободной десны
потерю десны и кости в межзубных промежутках
рецессию в пределах прикрепленной десны
*рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны без потери костной ткани

82. ПРИ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ АТРОФИИ ДИАГНОСТИРУЮТ _____
ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

в равной степени некариозные и кариозные
очень редко некариозные и кариозные
*чаще некариозные
чаще кариозные

83. ДЛЯ 3 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

*рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны с поражением апроксимальных поверхностей

рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках

84. К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ РЕЦЕССИИ ОТНОСЯТ

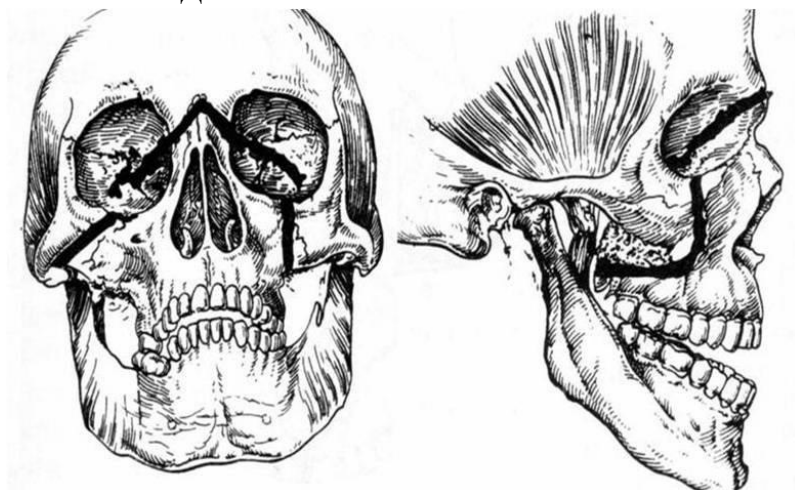
компьютерную томографию, телерентгенографию

функциональную диагностику состояния микроциркуляции

общий анализ крови

*осмотр с применением пародонтологического зонда, определение метрических показателей рецессии десны

85. НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПРЕДСТАВЛЕН ПЕРЕЛОМ



альвеолярный

суббазальный

супраназальный

*суборбитальный

86. ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

*травматический остеомиелит

периостит

фурункулез

рожистое воспаление

87. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

открытый прикус

разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
*изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

88. ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

быстро проходящей болью на химический раздражитель
безболезненной вертикальной перкуссией
*кровотечением из периодонтальной щели
длительно сохраняющейся болью на термический раздражитель

89. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ
МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

изменение прикуса моляров со стороны перелома
открытый прикус
*изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
разрыв слизистой альвеолярного отростка

90. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО САЛАДЕНИТА В ПЕРИОД РЕМИССИИ
НАПРАВЛЕНО НА

восстановление структурных нарушений слюнной железы
излечение заболевания в слюнной железе
*улучшение функции слюнной железы
устранение инфекции в слюнной железе

91. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОЛИ
ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УДАЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

*субтотальной паротидэктомии
щадящей паротидэктомии
радикальной паротидэктомии
тотальной паротидэктомии

92. БУЖИРОВАНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

неполном свище слюнных желез
гайморите
ретенционных кистах нижней губы
*стенозе выводного протока околоушных желез

93. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ НЕОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ СВЯЗАНА С

*нарушением эмбриогенеза лица
нарушением развития зубного фолликула
нарушением формирования корня зуба
нарушением формирования зачатка зуба

94. ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К
- факультативному пердраку
 - злокачественным опухолям
 - форме cancer in situ
 - *доброкачественным опухолям
95. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВТОРИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- нарушение вкусовой чувствительности
 - *опухолевый инфильтрат
 - парез мимической мускулатуры
 - обнажение кости
96. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- *безболезненная деформация в виде вздутия
 - гематома
 - плотное обызвествленное образование
 - симптом Венсана
97. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПРОЦЕССУ В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
- острый герпетический стоматит
 - острая травма слизистой оболочки
 - *хроническая травма слизистой оболочки
 - объективная ксеростомия
98. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
- справка произвольной формы
 - *формируется (выдается) листок нетрудоспособности
 - справка установленного образца
 - листок нетрудоспособности не формируется (не выдается)
99. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ
- формируется (выдается) на 10 дней
 - формируется (выдается) на 3 дня
 - формируется (выдается) на 7 дней
 - *не формируется (не выдается)
100. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА

СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

*10

9

8

6

101.ДЛЯ СИАЛОДОХИТОВ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

*поражение системы выводных протоков

поражение стромы железы

поражение внутрижелезистых лимфоузлов

тромбоз сосудов

102.МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИАЛОЛИТИАЗЕ

иммунологический

сцинтиографический

*рентгенологический

Термовизиографический

103.ДЛЯ "СЛЮННОЙ КОЛИКИ" (СИМТОМ РЕТЕНЦИИ СЛЮНЫ) ХАРАКТЕРНЫМ
КЛИНИЧЕСКИ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие боли во всех слюнных железах при приеме пищи

повышение температуры тела, озноб и повышенное слюноотделение во время
приема пищи

*болезненная припухлость в области слюнной железы возникает во время приема
пищи, проходит самопроизвольно, может повторяться

уменьшение слюны при приеме пищи

104.УПЛОТНЕНИЕ В ОБЛАСТИ ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ
ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ ТЯЖА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

лимфангита

ретенционной кисты

ранулы

*Сиалoadенита

105.УСТЬЕ ВАРТОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

ретромолярном пространстве

челюстно-язычном желобке

верхнем своде преддверия рта

*области подъязычного сосочка

106.АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

*гребешка подвздошной кости

костей стопы
ключицы
бедренной кости

107.МИНИМАЛЬНО РЕКОМЕНДОВАННОЕ СООТНОШЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОЙ И
КОРОНКОВОЙ ЧАСТЕЙ ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЕТ

1:1
1:3
3:2
*2:1

108.ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ К КАЧЕСТВУ ИМПЛАНТАНТОВ

биоиндуктивность
*биосовместимость
биопассивность
Биоактивность

109.ОСТЕОИДНАЯ ТКАНЬ В ОСНОВАНИИ ЛУНКИ ВПЕРВЫЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА
___ СУТКИ

21
*7-10
14
1-2

110.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

эозинофильная гранулема
*перелом суставного отростка нижней челюсти
мастоидит
Миозит

111.К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПРИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС
ОТНОСЯТ

неврит лицевого нерва
*бруксизм, гиперфункция жевательных мышц
невралгию тройничного нерва
воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

112.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО
АРТРИТА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

отсутствием суставной щели
*расширением суставной щели
деформацией головки мыщелкового отростка
сужением суставной щели

113.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

шум в ушах

*полное отсутствие движений нижней челюсти

нарушение глотания

множественный кариес

114.К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

материально-техническое обеспечение медицинских организаций

*систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения организацию и планирование деятельности медицинских организаций

контроль качества оказания медицинской помощи населению

115.МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ № ____ /У

*043

039-2

030

069

116.СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

*содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на способности персонала снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса

характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам

применение достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу обеспечения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения

совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники

117.В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ

*ГБО-терапия

химиотерапия

рентгенотерапия

Электрокоагуляция

118.ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ ПОКАЗАНА ПРИ

смешанной опухоли околоушной слюнной железы
остром гнойном периостите нижней челюсти
*одонтогенной флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства
хроническом лимфадените поднижнечелюстной области

119.ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НАРУЖНЫМ ДОСТУПОМ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

скуловую кость
язычный нерв
*краевую ветвь лицевого нерва
диафрагмальный нерв

120.ВЫРАЖЕННЫМ РЕГЕНЕРАТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

индуктотерапия
*гальванический ток
электрическое поле УВЧ
флюктуирующий ток

121.В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО

назначить физиотерапевтическое лечение
начать иглорефлексотерапию
*вскрыть гнойный очаг
сделать новокаиновую блокаду

122.НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ

парез голосовых связок
парез лицевого нерва
*стеноз верхних дыхательных путей
перелом подъязычной кости

123.ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ПРИ КОРНЕВОЙ КИСТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

выскабливании зубодесневого кармана
*пломбировании канала «причинного» зуба
проведении курса трансканального электрофореза
удалении зуба

124.ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

Венсана
Крайля
Колдуэлл-Люка

*половинной резекции языка

125.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

операция Крайля

*комбинированное лечение

лучевая терапия

Химиотерапия

126.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*иссечение образования вместе с надкостницей

комбинированное лечение

химиотерапия

лучевая терапия

127.ТЩАТЕЛЬНЫЙ И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ОПРОС БОЛЬНОГО ПОЗВОЛЯЕТ
ВРАЧУ ВЫДЕЛИТЬ ОСНОВНЫЕ И ВТОРОСТЕПЕННЫЕ

*жалобы

не диагностируемые заболевания

методы обследования

лабораторные исследования

128.ВТОРАЯ ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПО ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

двигательной

смешанной, преимущественно чувствительной

*чувствительной

смешанной, преимущественно двигательной

129.ПРОЦЕСС РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗАВИСИТ ОТ ЕЁ

*проницаемости

растворимости

хрупкости

микротвердости

130.ЭТИОЛОГИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ

*хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба

порок развития зубообразовательного эпителия

остатки эпителия на месте соединения межчелюстной кости с верхней челюстью

остатки эпителия носонёбного протока

131.ПРИ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЕ ОКРАСКА КОЖИ НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ
ИМЕЕТ _____ ЦВЕТ

красный

желтый

белый
*багрово-синюшный

132.К РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ОТНОСЯТ

перелом нижней челюсти
альвеолит челюсти
невропатию нижнего альвеолярного нерва
*перелом иглы в тканях

133.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК «РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ДО 3 ММ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ _____ ПЕРИОДОНТИТА

хронического апикального гранулёматозного
*хронического апикального фиброзного
хронического латерального
острого апикального

134.ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ВКЛЮЧАЮЩИЕ В СЕБЯ

отсутствие «причинного» зуба, внешнее отсутствие воспалительного инфильтрата, умеренно выраженную контрактуру н\ч, затрудненное глотание
наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н\ч, свободное глотание
*наличие «причинного» зуба, отсутствие признака воспалительного инфильтрата, воспалительную контрактуру н\ч, затрудненное глотание
необязательное наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительную контрактуру н\ч, отсутствие затрудненного глотания

135.ПЛАСТИКА ДЕСНЫ ПО MILLER (1987) ПРОВОДИТСЯ

*прямым закрытием свободным десневым трансплантатом
полулунным лоскутом с коронковым смещением
с коронковым смещением лоскута
с боковым смещением лоскута

136.ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

цистэктомия
альвеолэктомия
гемисекция
*кюретаж

137.РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ УСТРАНЯЕТСЯ

кюретажем

*пластикой местными тканями
гингивэктомией
противовоспалительной терапией

138.ЗАКРЫТИЕ ЗОН РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ
повышенной чувствительности
эстетических недостатках
*пришеечном кариесе
клиновидных дефектах в области шеек зубов

139.ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРОКСИД
ВОДОРОДА В КОНЦЕНТРАЦИИ ____ %
3
*6
1
4

140.ДЛЯ СОВМЕЩЕНИЯ В ОДИН ЭТАП ДЕЗИНФЕКЦИИ И
ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ _____
ДЕЙСТВИЕМ
дезинфицирующим и стерилизующим
только дезинфицирующим
*дезинфицирующим и моющим
дезинфицирующим и дезодорирующим

141.В ГЛАСПЕРЛЕНОВЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ СТЕРИЛИЗУЮТ
*боры различного вида
наконечники
шприцы
щипцы

142.ЗУБ ПОДЛЕЖИТ УДАЛЕНИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ
*ниже шейки зуба
на уровне шейки зуба
выше шейки зуба
Любом

143.ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ СО
СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУС ФИКСАЦИЯ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
*тампонадой синуса йодоформенной турундой
наложением наружных швов
наложением коллодийной повязки

изготовлением индивидуального пластмассового вкладыша

144.МОЖНО ВРЕМЕННО НЕ УДАЛЯТЬ ИЗ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА ЗУБ

в случае его перелома

ретенированный, мешающий плотному сопоставлению фрагментов челюсти
если он полностью вывихнут из лунки, но целостность его сохранена

*интактный, удерживающий отломки в правильном положении

145.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ В ЛЕЧЕНИИ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ

*первичная хирургическая обработка раны

гирудотерапия

проведение химиотерапии

лечебная физическая культура

146.ДЛЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ НЕОБХОДИМО

сблизить одноимённые ткани и наложить давящую повязку

*ушить послойно одноимённые ткани и наложить швы на кожу

ушить послойно одноимённые ткани и наложить асептическую повязку

сблизить одноимённые ткани и наложить швы на кожу

147.ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ СПОСОБЕ ВНУТРИРОТОВОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ
АНЕСТЕЗИИ ИГЛУ ВВОДЯТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
ОТВЕРСТИЯ НА ГЛУБИНУ _____ СМ

*1,5-2

1-1,5

0,5

2,5-3,5

148.К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ
УДАЛЕНИИ ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ, ОТНОСЯТ _____ АНЕСТЕЗИИ

резцовую и палатинальную

торусальную и туберальную

*туберальную и палатинальную

инфильтрационную и палатинальную

149.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИГЛУ НАПРАВЛЯЮТ

*кверху, кзади, кнутри

кверху, вперед, кнутри

кверху, кзади, кнаружи

книзу, кзади, кнаружи

150.РАСТВОР ЛИДОКАИНА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ И ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (В ПРОЦЕНТАХ)

*2

10

3

4

151.ПОСТОЯННОЕ ВПРЫСКИВАНИЕ АНЕСТЕТИКА ПО МЕРЕ ПРОДВИЖЕНИЯ ИГЛЫ ВО ВРЕМЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

отслоить слизистую десны

быстрого наступления анестезии

*не поранить сосуд

отслоить надкостницу

152.К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

остеомиелит

*повреждение мягких тканей

неврит нижнего альвеолярного нерва

Альвеолит

153.ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

S-образные не сходящиеся щипцы

клювовидные щипцы с шипом

*угловой элеватор

прямые щипцы

154.ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА СЧИТАЮТ

хронический фиброзный периодонтит

*зубы с разрушенной коронкой (корни), если их нельзя использовать для протезирования

зубы 1 степени подвижности

зубы, корни которых находятся в линии перелома челюсти

155.ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*элеватор Леклюза

клювовидные щипцы с шипом

S-образные не сходящиеся щипцы

прямые щипцы

156.ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ _____
ЩИПЦЫ

S-образные
штыковидные
*клювовидные
Прямые

157.ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ

*уменьшается
вариабельно
остаётся неизменным
увеличивается

158.ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

сделать искусственное дыхание
*ввести медикаментозные средства
сделать наружный массаж сердца
освободить шею и живот от стесняющей одежды

159.ДИСЛОКАЦИОННАЯ АСФИКСИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

*западения языка
смещения гортани
перемещения в сторону дыхательных путей лоскута нёба
смещения фрагмента челюсти

160.ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ОПОРОЙ НА ПЛАСТИНЧАТЫЕ ДЕНТАЛЬНЫЕ
ИМПЛАНТАТЫ РЕКОМЕНДОВАНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
ЧЕРЕЗ

*1 неделю
1 месяц
6 месяцев
12 месяцев

161.ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ОТ САМОГО
ПАЦИЕНТА, НАЗЫВАЕТСЯ

аллогенный
*аутогенный
ксеногенный
Аллопластический

162.ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ НА НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ УЧИТЫВАЮТ

пазуху затылочной кости и дно орбиты глаза
дно полости носа и верхнечелюстной синус
дно полости носа и резцовое отверстие

*нижнечелюстной канал и ментальное отверстие

163.ОСТЕОИНДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОБЛАДАЕТ

*аутогенная кость
неживой костный материал
аллопластические материалы
Коллаген

164.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПАЛЬПИРУЕТСЯ
БИМАНУАЛЬНО

слизистая оболочка щеки
уздечка языка
*дно полости рта
преддверие полости рта

165.ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ПУЛЬПЫ ЗУБА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

стоматоскопа
рентгеновской установки
*электроодонтометра
реопародонтографа

166.КАКАЯ ФАСЦИЯ ПО В. Н. ШЕВКУНЕНКО ДЕЛИТ ШЕЮ АНАТОМИЧЕСКИ НА
ПЕРЕДНИЙ И ЗАДНИЙ ОТДЕЛЫ

третья
четвертая
первая
*вторая

167.ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПОД

наружной кортикальной пластинкой челюсти
мышцей
*надкостницей
кожей

168.ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИКРОНИТЕ НАБЛЮДАЮТ

сухость полости рта
нарушение дыхания
покраснение кожных покровов
*ограничение открывания рта

169.ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ОБЛАСТЬ
глазницы

*верхнечелюстной пазухи
жирового тела щеки
дна полости рта

170.ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ХАРАКТЕРНЫ
МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЧЛЮ,
ВКЛЮЧАЮЩИЕ В СЕБЯ

не обязательное наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей,
воспалительную контрактуру н\ч, отсутствие затрудненного глотания
наличие «причинного» зуба, отсутствие признака воспалительного инфильтрата,
воспалительную контрактуру н\ч, затрудненное глотание
отсутствие «причинного» зуба, внешнее отсутствие воспалительного инфильтрата,
умеренно выраженную контрактуру н\ч, затрудненное глотание
*наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие
контрактуры н\ч, свободное глотание

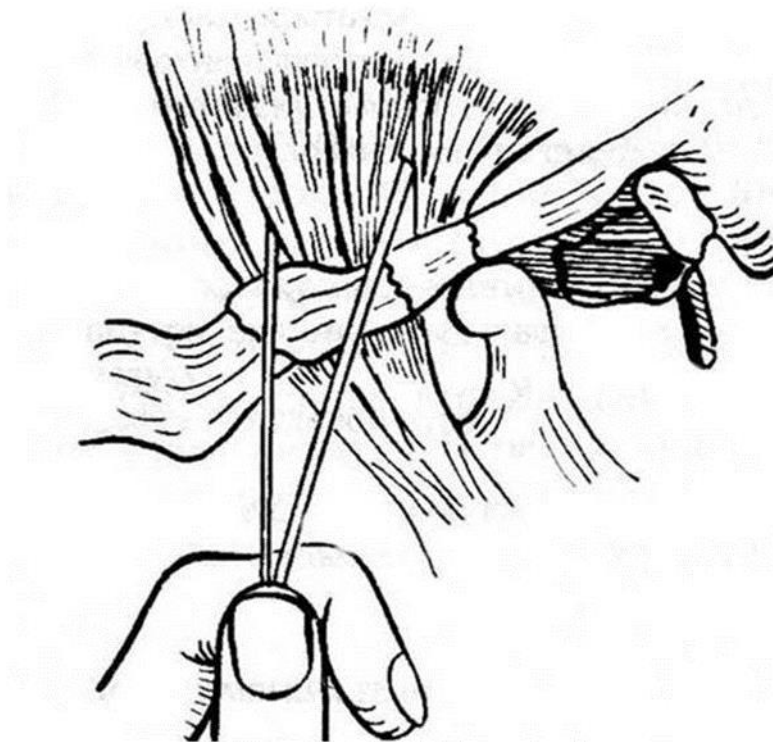
171.КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО
ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

инфильтрат челюстно-язычного желобка
*отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки
отек и гиперемия щёчных областей
диплопия

172.ОБШИРНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ
МОЖНО ЛИКВИДИРОВАТЬ

пересадкой костной ткани
пластикой местными тканями
пересадкой кожного лоскута
*пересадкой лоскута на сосудистой ножке

173.НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ СКУЛОВОЙ ДУГИ
ПРЕДСТАВЛЕН МЕТОД РЕПОЗИЦИИ ПО



Дацко
Сильверману
Адамсу
*Matas-Berini

174. БОЛЬШИЕ ПАЛЫЦЫ РУК ВРАЧ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ НА

*моляры справа и слева или альвеолярные отростки
центральные резцы
углы нижней челюсти
фронтальную группу зубов

175. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

*препятствие со стороны зуба репозиции отломков при переломе челюстей
отлом инструмента в верхней трети канала корня зуба
подвижность зуба I степени
полностью разрушенная коронковая часть

176. ЛЕНТОЧНАЯ ШИНА ВАСИЛЬЕВА ОТНОСИТСЯ К ВИДУ _____ ШИН

надесневых
*назубных
зубодесневых
накостных

177. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ С УДАЛЕНИЕМ СЕКВЕСТРОВ ПРОВОДЯТ ПРИ

острой фазе ограниченного остеомиелита лунки
подострой фазе ограниченного остеомиелита лунки
*хронической фазе ограниченного остеомиелита
альвеолите

178.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ И АМПУТАЦИИ КОРНЯ
ЯВЛЯЕТСЯ

пришеечный кариес одного из корней
наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
*значительный дефект костных тканей лунки
вертикальный раскол зуба

179.ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО
ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

околоушную слюнную железу
лицевую артерию
подчелюстную слюнную железу
*язычную артерию

180.ПОЯВЛЕНИЕ ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ЛУНКИ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ
ЗУБА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ

альвеолита
пародонтита
*верхнечелюстного синусита
периодонтита

181.СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПОСЛЕ

улучшения общего состояния
*полного формирования секвестра
снижения температуры тела до 37 °С
удаления причинного зуба

182.ОПЕРАЦИЮ, ПРИ КОТОРОЙ ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЮТ ОБОЛОЧКУ КИСТЫ И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ ТАМПонируют йодоформным
ТАМПОНОМ, ОТНОСЯТ К

гайморотомии
цистотомии
*пластической цистэктомии
двухэтапной операции кисты

183.ВТОРОЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТАХ

пластическая цистэктомия
цистотомия
*цистэктомия

блок резекция

184.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

цистотомия
криодеструкция
частичная резекция челюсти
*цистэктомия

185.К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ

проникание кисты в верхнечелюстной канал
большие размеры кист, более трех зубов
проникание кисты в полость носа
*небольшие кисты до трех зубов

186.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

*комбинированный метод
химиотерапия
хирургический
лучевая терапия

187.ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ _____
СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

подъязычные
*околоушные
малые
поднижнечелюстные

188.К ЛУЧЕВЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТ

сиалометрию
радиосиалометрию
тепловизиографию
*ультразвуковое исследование

189.В КЛАССИФИКАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ ВИДЫ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА

*паренхиматозный, интерстициальный, протоковый
паренхиматозный, интерстициальный, постоперационный
паренхиматозный и интерстициальный
интерстициальный и протоковый

190.ПОЛОСТЬ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАПОЛНЕНА

*слюной
грануляциями
холестеатомными массами
детритом

191.ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

припухание слюнной железы во время обострения
постоянное припухание слюнной железы
припухание слюнной железы после сиалографии
*припухание слюнной железы во время приёма пищи

192.НАИБОЛЬШЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ ОБЛАДАЕТ

тримекаин
лидокаин
новокаин
*маркаин

193.К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ
АНЕСТЕТИКА, ОТНОСЯТ

*двигательное возбуждение, судороги
побледнение участка кожи
кровотечение
невралгию тройничного нерва

194.ПРИ ИНФРАОРИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА ВЕРХНИХ
ЛУНОЧКОВЫХ ВЕТВЕЙ

передних и задних
*передних и средних
только передних
средних и задних

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

анестезин
*бупивакаин
мепивакаин
прокаин

196.ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛУ ДЛИНОЙ
(В СМ)

3-4
1-2
10-15
*7-8

197. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

применение достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу обеспечения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения

*содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на способности персонала снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса

совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники

характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам

198. ОСНОВНЫМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ ДОКУМЕНТОМ, РЕГУЛИРУЮЩИМ СФЕРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

Международная классификация болезней 10 пересмотра

*Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Федеральный закон от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»

199. ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ, СТАНДАРТОВ И ПОРЯДКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СПОСОБСТВУЕТ

*выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи

увеличению расходов финансовых средств

реорганизации медицинских организаций

повышению укомплектованности медицинскими кадрами

200. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ

*прямые коронковые

штыковидные

изогнутые по плоскости

клювовидные корневые

201. ПРИ ПРОТАЛКИВАНИИ КОРНЯ ЗУБА В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ СЛЕДУЕТ

сделать тугую тампонаду лунки

назначить физиотерапевтическое лечение

попытаться удалить его через лунку

*направить пациента в стационар

202.ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ 1.6, 2.6 ПЕРВОЕ ЛЮКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ
ПРОИЗВОДИТСЯ

вестибулярно

дистально

*небно

медиально

203.К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА,
ОТНОСИТСЯ

альвеолит

*вывих соседнего зуба

неврит нижнего альвеолярного нерва

остеомиелит

204.ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ 3.6, 4.6 ПЕРВОЕ ЛЮКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ
ПРОИЗВОДИТСЯ

дистально

*язычно

медиально

вестибулярно

205.С ПОМОЩЬЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРОДОНТИТАХ
МОЖНО ДОБИТЬСЯ

санации пародонтальных карманов и ликвидации очагов воспаления в десневых
карманах

полного излечения и восстановления лизированной костной ткани

ликвидации патологических десневых карманов

*ликвидации очагов воспаления, устранения пародонтальных карманов,
приостановления прогрессирования деструкции альвеолярной кости

206.ЗАБОР АУТОТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

кожи

слизистой щеки

*неба

переходной складки

207.ТЕХНИЧЕСКИ САМОЙ СЛОЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

двухэтапная операция: пластика свободным трансплантатом открытым способом+
коронарное смещение тканей

закрытие пересеженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем
латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке

*туннельная методика пластики множественных рецессий с применением
соединительнотканного трансплантата

двухслойная методика коронкового смещения лоскута с поворотом десневых сосочков

208.МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ МНОЖЕСТВЕННЫХ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ПО ALLEN (1993) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

закрытие пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем
латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
коронковое смещение лоскута с поворотом десневых сосочков
двухэтапную операцию: пластика свободным трансплантатом открытым
способом+коронарное смещение тканей

*коронковое смещение лоскута на ножке обширных зон рецессии десны

209.РАБОТНИК УВОЛЕН С ПРЕДПРИЯТИЯ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ. В 18 ЧАСОВ ТОГО ЖЕ ДНЯ ОБРАЩАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ. ВРАЧ КОНСТАТИРУЕТ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН СФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАТЬ) ВРАЧ?

справку произвольной формы с указанием времени обращения
справку ф. 095/у

*листок нетрудоспособности
никакой

210.ИНВАЛИДНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ _____ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ

частичная

полная

*стойкая

временная

211.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАЁТСЯ СРОКОМ ДО (КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ)

12

32

*10

18

212.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

шум в ушах

нарушение глотания

*полное отсутствие движений нижней челюсти

множественный кариес

213.ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

околоушный гипергидроз

*туберкулез

ревматическая атака

214.ПРИ АНКИЛОЗЕ ОБОИХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ
ПОДБОРОДОЧНЫЙ ОТДЕЛ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЁН

вправо

влево

вперёд

*назад

215.ФОРМА АНКИЛОЗА ВНЧС

слипчивый

*костный

гнойный

катаральный

216.ДЛЯ АНАЛИЗА ВНУТРЕННИХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ

рентгенографию

радиоизотопное исследование

*артроскопию

тепловизиографию

217.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

снижении слюноотделения и снятии воспаления

вскрытии очага воспаления

удалении пораженной железы

*стимуляции слюноотделения и снятии воспаления

218.РЕТЕНЦИОННУЮ КИСТУ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЛАСТИ ГУБЫ
СЛЕДУЕТ

удалить, сохранив саму железу

*удалить вместе с железой

освободить от содержимого и наложить швы

устранить с помощью склерозирующей терапии

219.ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОЛИ
ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УДАЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

радикальной паротидэктомии

*субтотальной паротидэктомии

тотальной паротидэктомии

щадящей паротидэктомии

220.ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СКУЛО-ВЕРХНЕЧЕЛЮСТ -
НОГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ЗОНЕ
РАЗВЕТВЛЕНИЯ _____ НЕРВА

носонёбного

скулового

щёчного

*подглазничного

221.ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ
ПРОИСХОДИТ

кверху и вперед

*книзу и кзади

кверху

вперед

222.ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

эпидермис и сетчатый слой дермы

эпидермис и дерма с придатками кожи

*эпидермис

эпидермис и сосочковый слой дермы

223.К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

гематому скуловой области, боль в зубах верхней челюсти на стороне
повреждения

*симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю, диплопия

деформацию носа, гематому

кровоизлияние в нижнее веко, головокружение

224.УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
ПЕРЕЛОМЕ _____ ЧЕЛЮСТИ

мышелкового отростка нижней

*суборбитальном верхней

альвеолярного отростка верхней

нижней

225.ДЛЯ 1 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках

рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны
в межзубных промежутках

*рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в
межзубных промежутках

рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны с поражением
апроксимальных поверхностей

226.ДЛЯ 2 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках

*рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

рецессия во фронтальном отделе до 3 мм

227.ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНА В _____
ФОРМАХ (Л. Н. ДЕДОВА, 2002–2007)

травматической, физиологической
физиологической, симптоматической
простой, сложной

*анатомической, симптоматической

228.ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ (Л. Н. ДЕДОВА, 2002–2007) БЫВАЕТ

простой и сложной

местной и общей

местной и распространенной

*локализованной и генерализованной

229.КОНЦЕНТРАЦИЯ ДЕЗСРЕДСТВА ДЛЯ ОБРАБОТКИ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ
ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

физико-химических свойств раствора

степени загрязненности объекта

*характера выполненной манипуляции

температуры окружающего воздуха

230.ИЗДЕЛИЯ, ПРОСТЕРИЛИЗОВАННЫЕ БЕЗ УПАКОВКИ В ВОЗДУШНОМ
СТЕРИЛИЗАТОРЕ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ В ТЕЧЕНИЕ _____
ЧАСОВ

24

12

*6

2

231.В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ, ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ,
СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ (АВТОКЛАВНОЙ) ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ
ПОМЕЩЕНИЙ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

*день

неделю

10 дней

месяц

232.К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ

анаболические гормоны, антибиотики
*глюкокортикоиды, антигистамины
седативные
сердечные гликозиды

233.ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ

остается неизменным
вариабельно
увеличивается
*уменьшается

234.КЛАПАННАЯ АСФИКСИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ЛИЦА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ В СТОРОНУ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

фрагмента челюсти
лоскута щеки
фрагмента языка
*лоскута нёба

235.ПОРАЖЕНИЕ, НЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ

периферическая гигантоклеточная гранулема
фиброматозный эпулис
*фиброма
ангиоматозный эпулис

236.ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ «ВОЛОСАТОЙ» ЛЕЙКОПЛАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА

*языка
щек
нёба
дна полости рта

237.ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

доброкачественных одонтогенных опухолей
опухолеподобных образований
*истинных опухолей
злокачественных одонтогенных опухолей

238.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

компьютерной томографии
макроскопии послеоперационного материала
*морфологического исследования
пункционного исследования

239.КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

уплотнения кожи на шее
повышения температуры тела
*новообразования округлой формы
болеи спастического характера

240.ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ10) ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ (K05.3) ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА

гиперпластический, простой, маргинальный, язвенный
неуточненный (БДУ), язвенный, гиперпластический, простой
неуточненный (БДУ), десквамативный, гиперпластический, простой, маргинальный
*неуточненный (БДУ), сложный, простой

241.ДЛЯ 2 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках

рецессия во фронтальном отделе до 3 мм

*рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

242.К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРОДОНТА ОТНОСЯТ

цитологическое исследование
рентгенографию
*реопародонтографию
зондирование патологических зубодесневых карманов

243.ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ I И II КЛАССОВ (P. D. MILLER, 1985)

закрытие поверхности корня невозможно
*возможно закрытие поверхности корня на 100 %
невозможно закрытие поверхности корня на 100 %
возможно закрытие поверхности корня на 50 %

244.ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

*крыловидно-челюстное пространство
венозные синусы головного мозга
субдуральное пространство
крыло-небное венозное сплетение

245. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА СВЯЗАНО С

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

246. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОБОСТРИВШЕГОСЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

боли в области соответствующей половины верхнечелюстной пазухи, иррадиация по
ходу ветвей тройничного нерва
чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа
сукровичногнойное выделение из соответствующей половины носа
*гноевыделение из соответствующей половины носа, чувство тяжести в половине головы,
повышение температуры тела, нарушение сна, снижение работоспособности

247. СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*сахарный диабет
гипертоническая болезнь
эндартерит
психические заболевания

248. АДЕНОФЛЕГМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

некрозом тканей лимфатического узла с сохранением его капсулы
гнойным расплавлением тканей лимфатического узла с сохранением его капсулы
серозной инфильтрацией тканей, окружающих воспалённый лимфатический узел
*гнойным воспалением тканей, окружающих воспалённый лимфатический узел

249. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ БЛОКИРУЮТ В ОБЛАСТИ

*крылонебной ямки
овального отверстия
подвисочной ямки
крыловидно-челюстного пространства

250. БЛОКАДА СРЕДНЕЙ ВЕРХНЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕТВИ СОЗДАЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

моляров
*премоляров
клыков

Резцов

251. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

заболевание желудочно-кишечного тракта

беременность

заболевание сердечно-сосудистой системы

*непереносимость местных анестетиков

252. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

лидокаин 0.5%

артикаин 4%

мепивакаин 2%

*лидокаин 10%

253. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ АНЕСТЕЗИЮ

мандибулярную

у ментального отверстия

торусальную

*у большого небного отверстия

254. МЕЖДУ ВИТАЛЬНЫМИ СОСЕДНИМИ ЗУБАМИ ОПТИМАЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ _____ ММ ОТ _____ ВИТАЛЬНОГО ЗУБА

1,5; медиального

3; каждого

*1,5; каждого

2; каждого

255. ПО МЕТОДИКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ

комбинированную

*двухэтапную

смещенную

Пассивную

256. В ОБЛАСТИ КОНТАКТА ИМПЛАНТАТА С ОКРУЖАЮЩЕЙ КОСТНОЙ ТКАНЬЮ В НОРМЕ ПРОИСХОДИТ

фиброзный тип связи

*остеоинтеграция

механический тип связи

грануляционный тип связи

257.ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

- мукозит
- *прободение верхнечелюстной пазухи
- периимплантит
- нагноение раны

258.ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- S-образные щипцы
- клювовидные щипцы со сходящимися щечками
- *прямые щипцы со сходящимися щечками
- штыковидный элеватор

259.ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
НАЗЫВАЕТСЯ

- s-образные несходящиеся щипцы
- клювовидные щипцы с шипом
- *угловой элеватор
- гладилка

260.ПРИ ТАМПОНИРОВАНИИ ЛУНКИ ЙОДОФОРМНУЮ ТУРУНДУ ИЗВЛЕКАЮТ
на 12-14 день
на 2 день
через три недели
*на 5-7 день

261.СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГЛУБИНЫ ЛУНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *ее тугая тампонада
- наложение швов на рану
- наложение кристаллов перманганата калия
- тампонада ее устья

262.ПРИ НАРУШЕНИИ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ МОЖЕТ
ПРИВЕСТИ К

- потере сознания
- *луночковому кровотечению
- альвеолиту
- периоститу

263.СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

применение достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу обеспечения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения

характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам

*содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на способности персонала снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса

совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники

264. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

применение достижений современной медицинской науки и практики здравоохранения по принципу обеспечения максимально возможной пользы без увеличения риска от лечения

характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели, профессиональным стандартам

*содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на способности персонала снижать риск прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового патологического процесса

совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и техники

265. НЕСОБЛЮЖДЕНИЕ «ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ» ВЛЕЧЁТ ЗА СОБОЙ

прекращение врачебной деятельности

*уголовную ответственность

ограничение врачебной деятельности

необходимость переподготовки специалиста

266. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

листок нетрудоспособности не формируется (не выдаётся)

справка установленного образца

справка произвольной формы

*формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

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

главного врача

врача-специалиста
консилиума врачей
*врачебной комиссии

268. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____
МЕСЯЦЕВ

- 6
- 9
- 3
- *12

269. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЛАСТЬЮ ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- околоушная железа
- поднижнечелюстная железа
- *дно полости рта
- зачелюстная железа

270. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ
ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ С

- подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
- частью слизистой оболочки
- окружающими тканями
- *подъязычной слюнной железой

271. РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ УДАЛЕНИЯ ПЛЕОМОРФНОЙ
АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- парестезия тройничного нерва
- сиалоз
- *парез периферических ветвей лицевого нерва
- слюннокаменная болезнь

272. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РАН ДРУГИХ ОБЛАСТЕЙ

- сроками заживления раны
- *несоответствием внешнего вида пациента с тяжестью поражения
- быстрым развитием осложнений
- течением раневого процесса

273. ЧАСТИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ
СОБОЙ

- полный вывих

*неполный вывих
перелом корня
перелом коронки

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

*вколоченный вывих
полный вывих
неполный вывих
перелом коронки

275. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

профузное кровотечение из лунки зуба
значительная кровоточивость краевой десны
*выделение из лунки пенистой крови
выраженное носовое кровотечение

276. ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПЕРЕЛОМЫ И ВЫВИХИ _____ ЧЕЛЮСТИ

резцов нижней
клыков нижней
*резцов верхней
клыков верхней

277. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА СЧИТАЕТСЯ ПОЗДНЕЙ, ЕСЛИ ОНА ПРОВЕДЕНА В СРОКИ _____ ЧАСОВ

до 48
*от 48 и более
12-48
24-48

278. ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ

первого часа
*24-48 часов
72 часов
8-12 часов

279. КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬЧАТЫЙ ЛОСКУТ, ОДНОМОМЕНТНО ФОРМИРУЮЩИЙСЯ И ПОДШИВАЮЩИЙСЯ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

классическим
шагающим
острым
*ускоренным

280.К МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ГУБ
ОТНОСЯТ

- рубцовую деформацию
- парез лицевого нерва
- *некроз лоскутов
- гиперпигментацию

281.ТИПИЧНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ

- в подподбородочной области по средней линии
- окаймляющем угол нижней челюсти
- слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке
- *слизистой и надкостницы по переходной складке

282.ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ
ПРОВОДЯТ

- *по верхнему своду преддверия рта в области моляров
- медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки
- по переходной складке от зубов 1.2 до 1.6
- у переднего края ветви нижней челюсти

283.ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ХРОНИЧЕСКОМ
ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

- секвестрэктомия
- аппликация лидокаина
- *удаление зуба
- иссечение капюшона

284.КИСТОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ТАМПонируют при

- резекции верхушки корня
- цистаденэктомии
- *цистотомии
- цистэктомии

285.В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ

- рентгенотерапия
- *антибактериальная терапия
- криотерапия
- электрокоагуляция

286.ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТОТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ,
КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

прорастает в верхнечелюстную пазуху
располагается в области премоляров
*разрушает костное дно полости носа
прорастает поднадкостнично

287.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

химиотерапия
лучевая терапия
*иссечение образования вместе с надкостницей
гомеопатия

288.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

химиотерапия
лучевая терапия
*иссечение в пределах здоровых тканей
гомеопатия

289.К ОСНОВНОМУ ПОКАЗАНИЮ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ
ОДОНТОМЫ ОТНОСЯТ

*наличие клинических проявлений
отдаленные метастазы
метастазы в регионарные лимфоузлы
большие размеры

290.ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО
ПОВОДУ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

амальгаму
*фосфат-цемент
резорцин-формалиновую пасту
эвгенол-тимоловую пасту

291.ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С НАЛИЧИЕМ КОСТНЫХ КАРМАНОВ С ИСТОНЧЕННОЙ
И ФИБРОЗНО-ИЗМЕНЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ ДЕСНЕВОГО КРАЯ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

френулопластику
вестибулопластику
гингивотомию
*мукоостеогингивопластику

292.ПЛАСТИКА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С

удалением зуба
лечением кариеса корня

френулоэктомией
*вестибулопластикой

293.ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОТКИДЫВАНИЯ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА ВКЛЮЧАЮТ

- *тупое отслаивание с обнажением подлежащей кости и острое отслаивание, при котором остается слой соединительной ткани различной толщины, закрывающей альвеолярный отросток
- тупое отслаивание с обнажением подлежащей кости и острое отслаивание, при котором остается слой соединительной ткани толщиной в 1 мм
- тупое отслаивание с обнажением подлежащей надкостницы и острое отслаивание, при котором остается слой соединительной ткани толщиной в 3 мм
- острое отслаивание с обнажением подлежащей кости и тупое отслаивание, при котором остается слой соединительной ткани различной толщины, закрывающей альвеолярный отросток

294.ПОД ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКОЙ ПОНИМАЕТСЯ

- пластика уздечки языка
- пластика уздечки губы
- *пластика преддверия полости рта
- лоскута с бугра верхней челюсти или твердого неба

295.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- осмотр полости рта
- *двухсторонняя пальпация, аускультация ВНЧС
- перкуссия зубов верхней и нижней челюстей
- термопроба, холодовая проба

296.ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- *сифилис
- ревматическая атака
- хроническая травма в результате нарушения окклюзии
- околоушный гипергидроз

297.ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- переломом верхней челюсти
- *острым отитом
- острым верхнечелюстным синуситом
- околоушным гипергидрозом

298.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО АРТРИТА ВНЧС

деформацией головки мыщелкового отростка
*расширением суставной щели
отсутствием суставной щели
сужением суставной щели

299.ДЛЯ АНАЛИЗА ВНУТРЕННИХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ

тепловизиографию
радиоизотопное исследование
рентгенографию
*артроскопию

300.ПУЛЬС ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА

редкий, хорошего наполнения
частый, хорошего наполнения
нитевидный, редкий
*частый, нитевидный

301.ОЖОГОВЫЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПЕРИОДОМ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

третьим
*первым
четвертым
вторым

302.ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

сделать наружный массаж сердца
*ввести медикаментозные средства
сделать искусственное дыхание
освободить шею и живот от стесняющей одежды

303.СТЕРИЛИЗАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА УДАЛЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

ВИЧ-инфекции
вирусов гепатита
*микроорганизмов всех видов и спор
микобактерий туберкулеза

304.ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ С ЧАСТОТОЙ 1 РАЗ В

месяц
10 дней
день
*неделю

305.РАЗЪЕМНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ПОДВЕРГАЮТ ДЕЗИНФЕКЦИИ В
ВИДЕ

собранном
упакованном
любом
*разобранном

306.ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

общее название гиперпластических процессов в челюстных костях

воспалительный процесс в челюстных костях, сопровождающийся с резким повышением
содержания эозинофильных лейкоцитов в крови

*гиперпластический процесс в челюстях, характеризующийся повышением
пролиферативной способности ретикуло-эндотелиальных элементов костного
мозга с наличием эозинофильных лейкоцитов

процесс в челюстных костях, сопровождающийся резким уменьшением содержания
эозинофильных лейкоцитов в крови

307.ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

холестеатомных масс

*прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

мутной жидкости

кровяного сгустка

308.ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЁННОСТЬ МИНИМАЛЬНАЯ ПРИ
ОБНАРУЖЕНИИ НА КОЖЕ ЛИЦА

пигментной ксеродермы

кожного рога

*капиллярной ангиомы

невуса

309.ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ ГИГАНТОКЛЕТОЧНУЮ ГРАНУЛЁМУ СЛЕДУЕТ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

дентиномой

пародонтитом

*эпулисом

цементомой

310.МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*цитологический

ультразвуковой

компьютерная томография

рентгенологический

311.ВЫВОДНОЙ ПРОТОК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

уровне крылочелюстной складки

*слизистой щеки на уровне первого верхнего моляра

слизистой щеки на уровне второго верхнего премоляра

слизистой щеки на уровне третьего верхнего моляра

312.В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ

слюнного камня

*абсцесса околоушной железы

слюнного свища

ретенционной кисты

313.ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЯМИ

нижнеальвеолярного нерва

подбородочного нерва

язычного нерва

*от поднижнечелюстного нервного узла

314.ПОЛОСТЬ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ ЗАПОЛНЕНА

*слюной

холестеатомными массами

грануляциями

детритом

315.ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

припухание слюнной железы во время обострения

припухание слюнной железы после сиалографии

постоянное припухание слюнной железы

*припухание слюнной железы во время приёма пищи

316.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРИКОРОНИТЕ

магнитно-резонансная томография

*рентгенография челюсти

электроодонтодиагностика

рентгенография черепа

317.ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

межкрыловидная фасция

небная миндалина

*наружная поверхность - медиальная крыловидная мышца

318. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГРАНУЛИРУЮЩИМ ПЕРИОДОНТИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПЕРИАПИКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ _____ КОСТИ

- разрежения; с чёткими границами в виде горошины
- *разрежения; без четких границ в виде пламени
- уплотнения; без четких границ в виде пламени
- уплотнения; с чёткими границами в виде горошины

319. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

- патологический перелом
- ксеростомия
- диплопия
- *паралич лицевого нерва

320. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- расширение периодонтальной щели
- разрежение с четкими контурами
- *разрежение с нечеткими контурами
- отсутствие изменений

321. ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА 3.6 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- острого периодонтита
- обострения хронического остеомиелита нижней челюсти
- *острого гнойного периостита нижней челюсти
- острого остеомиелита нижней челюсти

322. ВОСПАЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ КОРОНКУ ЗУБА ПРИ ЕГО НЕПОЛНОМ ИЛИ ЗАТРУДНЕННОМ ПРОРЕЗЫВАНИИ

- флегмона
- периостит
- *перикоронит
- абсцесс

323. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1 месяц
- 5-7 суток
- *12-14 суток
- 2 месяца

324.УЧАСТКОМ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО КРУГЛОГО СТЕБЕЛЬЧАТОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ

- предплечье
- внутренняя поверхность плеча
- внутренняя поверхность бедра
- *передне-боковая поверхность живота

325.СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ЛИГАТУРНОГО СВЯЗЫВАНИЯ ПО АЙВИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 7-10
- *3-4
- 5-6
- 8-10

326.ДИСТРАКЦИЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО СКОРОСТЬЮ _____ ММ В СУТКИ

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

327.ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ, БЕЗ ВКЛЮЧЕНИЯ КРУПНОГО СОСУДА, ОТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

- *1/3
- 1/8
- 2/3
- 1/4

328.МЕЖЧЕЛЮСТНОЕ ЛИГАТУРНОЕ СВЯЗЫВАНИЕ ПО АЙВИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ИММОБИЛИЗАЦИЕЙ

- экстренной
- *временной
- постоянной
- отсроченной

329.ПЕРКУССИЯ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- степень подвижность зуба
- электровозбудимость пульпы
- рентгенологическую картину
- *болевою реакцию

330.ПОДЪЯЗЫЧНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- *боковом клетчаточном пространстве

наружном межмышечном промежутке
нижнем межмышечном промежутке
поднижнечелюстном клетчаточном пространстве

331.ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

периодонтита и периостита
периостита и остеомиелита
остеомиелита и флегмоны
*пульпита и периодонтита

332.ОБЕЗЗАРАЖИВАТЕЛЬ И ОЧИСТИТЕЛЬ ВОЗДУХА ФОТОКАТАЛИТИЧЕСКИЙ
«АЭРОЛАЙФ-Д» В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ РАБОТАЕТ

1 час в сутки
12 часов в сутки
6 часов в сутки
*круглосуточно

333.СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ДЛЯ РАБОТЫ С АМАЛЬГАМОЙ ДОЛЖЕН
БЫТЬ ОБОРУДОВАН

специальным контейнером
специальным столом
сейфом
*вытяжным шкафом, форточкой и фрамугой

334.РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ШТАТНЫЙ НОРМАТИВ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ _____
ДОЛЖНОСТЬ/ДОЛЖНОСТИ САНИТАРКИ НА _____
ДОЛЖНОСТЬ/ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

1; 2
0,5; 1
0,5; 2
*1; 1

335.ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3-ГО
МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

альвеолит
синусит
остеомиелит
*перелом нижней челюсти

336.ДЛЯ ОБРАБОТКИ ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРИМЕНЯЮТ

элеватор
серповидную гладилку

*кюретажную ложку
зонд

337.ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ
ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

периостит
альвеолит
остеомиелит
*перелом нижней челюсти в области угла

338.ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ 1.5, 2.5 ПЕРВОЕ ЛЮКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ
ПРОИЗВОДИТСЯ

медиально
*вестибулярно
небно
дистально

339.ПРИ УДАЛЕНИИ ВОСЬМОГО ЗУБА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ ПРИ

отсутствии 6 зуба
*наличии устойчивых 6 и 7 зубов
патологической подвижности 5, 6, 7 зубов
подвижности III степени 6 и 7 зубов

340.ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ ____
КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

25
*15
20
30

341.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ
СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ

*непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-
социальной экспертизы
закрытия листка нетрудоспособности
открытия листка нетрудоспособности
регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы

342.ПРИЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ИНВАЛИДОМ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

судебно-медицинской

трудоспособности
военно-врачебной
*медико-социальной

343. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ШВЫ СНИМАЮТСЯ НА (В ДНЯХ)

10
5
*7
14

344. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОЛИ
ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УДАЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

радикальной паротидэктомии
тотальной паротидэктомии
*субтотальной паротидэктомии
щадящей паротидэктомии

345. УДАЛЕНИЕ КАМНЯ В ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПРОТОКА
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРЯЖЕНО С ТРАВМОЙ

паренхимы поднижнечелюстной железы
*язычного нерва
подъязычной слюнной железы
капсулы поднижнечелюстной железы

346. ДЛЯ УГЛУБЛЕНИЯ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ ОПЕРАЦИЮ
ПО

Эдлану-Каплану
Микуличу
Крейну-Каплану
*Эдлану-Мейхеру

347. В СОСТАВЕ EMDOGAIN УКАЗАНО НАЛИЧИЕ

фибрина и фибронектина
*эмалевого матричного протеина
костных морфогенетических протеинов
факторов роста

348. В СОСТАВЕ EMDOGAIN УКАЗАНО НАЛИЧИЕ

фибрина и фибронектина
эмалевого матричного протеина
*костных морфогенетических протеинов
факторов роста

349.ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- цистэктомия
- гемисекция
- альвеолэктомия
- *кюретаж

350.КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАММА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- ампульным расширением протоков II-III порядка
- сужением протоков всех порядков
- *множественными полостями в железе
- расширением главного протока

351.ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- мономорфная аденома
- онкоцитоз
- *аденокистозная карцинома
- плеоморфная аденома

352.КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ В

- околоушной слюнной железе
- подъязычной слюнной железе
- малой слюнной железе
- *подчелюстной слюнной железе

353.КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА, ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЬ

- уплотнение железы
- уменьшение железы, гиперсаливация
- *отёк железы, гипосаливация
- отёк железы, выделение гноя из протока

354.УСТЬЕ ВАРТОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- верхнем своде преддверия рта
- ретромолярном пространстве
- *области подъязычного сосочка
- челюстно-язычном желобке

355.ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- гингивэктомию
- антибиотикотерапию

*профессиональную гигиену
санацию полости рта

356.ПРИ ПЕРЕКРОНИТЕ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ, СТОЯЩИХ
В ЗУБНОМ РЯДУ, ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*иссечение «капюшона»
удаление зуба
блокада с антибиотиками
назначить антибактериальное лечение

357.ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
НЕОБХОДИМО

раскрыть
запломбировать
депульпировать
*удалить

358.В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ АБСЦЕССА ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ВХОДИТ

седативная терапия
*физиотерапия
мануальная терапия
гипотензивная терапия

359.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ
ЛУЧШЕ ПРИМЕНЯТЬ АНТИБИОТИК ОСЕОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ

*линкомицин
канамицин
эритромицин
ампициллин

360.ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КОРНЯ ЯЗЫКА
ИЛИ БОКОВОЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ НЕОБХОДИМО

положить гемостатическую губку
*сделать экстренную трахеотомию и тугую тампонаду
осуществить тугую тампонаду
провести пальцевое прижатие сосуда

361.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУДОРОГ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКОВ СЛЕДУЕТ
ПРИМЕНЯТЬ

кордиамин
*сибазон
мезатон
нитроглицерин

362.ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АДРЕНАЛИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
ВНУТРИВЕННО 1 МЛ

норадреналина

мезатона

*атропина

лидокаина

363.ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО
РЕЗЕЦИРОВАТЬ

проток поднижнечелюстной слюнной железы

щитовидный хрящ

*участок подъязычной кости

небную миндалину

364.К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ

большие размеры кист, более трех зубов

проникание кисты в полость носа

*небольшие кисты до трех зубов

проникание кисты в верхнечелюстной канал

365.ЦИСТОТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ КИСТАХ В ОБЛАСТИ

3-х зубов

*4-х и более зубов

2-х зубов

1 зуба

366.ПАРОДОНТАЛЬНАЯ КИСТА У РАНЕЕ НЕОДНОКРАТНО ЛЕЧЕННОГО ЗУБА
ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

альвеолотомии

лоскутной операции

*удалению зуба

кюретажу пародонтального крамана

367.ЦИСТЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

сохранении нижнего края нижней челюсти до 0,5см

истонченной нижней челюсти

расположении кисты в области угла нижней челюсти

*сохранении нижнего края нижней челюсти до 1 см

368.ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ
ПРОИСХОДИТ

кверху

кверху и вперед

вперед

*книзу и кзади

369.ПРИ ОЖОГЕ III (Б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

*все слои эпидермиса

поверхностный эпидермис

поверхностный эпидермис и капилляры

кожа и подлежащие ткани

370.К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

кровотечение из носа, головокружение

деформацию носа, гематому

кровоизлияние в нижнее веко

*уплощение скуловой области, диплопию

371.ВЫВИХИ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ

неполными, частичными, вколоченными

поперечными, продольными

полными, частичными, вколоченными

*полными, неполными, вколоченными

372.ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ _____ СТУПЕНЬКИ

*отсутствием; в области скулоальвеолярного гребня

наличием; верхненаружного угла глазницы

наличием; в области скулоальвеолярного гребня

наличием; по нижнему краю глазницы

373.КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ НА _____ ЧЕЛЮСТИ

резцах верхней

молярах нижней

молярах верхней

*клыках и премолярах верхней и нижней

374.ДЛЯ 3 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

*рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны с поражением апроксимальных поверхностей

циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках

375.ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ IV КЛАССА (Р. D. MILLER, 1985)

- возможно закрытие поверхности корня на 100 %
- невозможно закрытие поверхности корня на 100 %
- возможно закрытие поверхности корня на 50 %
- *закрытие поверхности корня невозможно

376.ДЛЯ 2 КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ХАРАКТЕРНА

- рецессия (узкая и широкая) в пределах свободной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках
- рецессия во фронтальном отделе до 3 мм
- циркулярная потеря десны и кости в межзубных промежутках
- *рецессия (узкая и широкая) в пределах прикрепленной десны, без потери кости и десны в межзубных промежутках

377.ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО КЛЫКА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНЕСТЕЗИЮ

- по Дубову
- *ментальную
- торусальную
- туберальную

378.МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ПОДАВЛЯЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ _____ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

- тактильную
- *болевою
- вкусовую
- температурную

379.КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В РАСТВОРАХ С ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 2
- 4
- *3
- 1

380.МЕСТО ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ ПО БЕРШЕ-ДУБОВУ

- в переходную складку на уровне 1-го моляра нижней челюсти
- под скуловой дугой на 2 см кпереди от основания козелка под углом 70° к коже
- на 1,5 см кпереди от угла нижней челюсти кверху вдоль ее заднего края
- *под скуловой дугой на 2 см кпереди от основания козелка перпендикулярно коже

381.МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ИЗ-ЗА ВЫСОКОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

артикаин
*бупивакаин
мепивакаин
прокаин (новокаин)

382.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПОДНЯТИЯ ДНЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ НАЛИЧИЕ

венозного анастомоза между лицевой и занижнечелюстной венами
угловой и трансверзальных артерий
*артериального анастомоза между задней верхнечелюстной и подглазничной артериями
крыловидного венозного сплетения

383.ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ

*внутрикостные
двухэтапные
пластиночные
винтовые

384.В ПЛОТНОЙ КОСТИ ПЕРЕД УСТАНОВКОЙ ИМПЛАНТАТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

остеотом
долото
пилотное сверло
*метчик

385.МИНИМАЛЬНО РЕКОМЕНДОВАННОЕ СООТНОШЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОЙ И КОРОНКОВОЙ ЧАСТЕЙ ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЕТ

*2:1
3:2
1:3
1:1

386.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

компьютерной томографии
*морфологического исследования
пункционного исследования
макроскопии послеоперационного материала

387.СРЕДНЕНЕБНЫЕ КИСТЫ ИМЕЮТ РАЗМЕР (В ММ)

6
7-10
4-5

*1-3

388.РАНУЛОЙ НАЗЫВАЮТ КИСТУ _____ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*подъязычной

малой

околоушной

поднижнечелюстной

389.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТИЧЕСКОЙ ФИБРОМЫ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

костными изменениями типа "тающего сахара"

костными изменениями типа "матового стекла"

диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

*кистозном очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей

390.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ
КАПИЛЛЯРНОГО ТИПА С НЕВУСОМ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ
ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА

*опорожнения

двойного пятна

флюктуации

Герке

391.ПОСЛЕ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В
РАСТВОРАХ ИХ НЕОБХОДИМО ОПОЛОСНУТЬ

антисептиком

водопроводной водой

*стерильной водой

дистиллированной водой

392.ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ
ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, НО СОДЕРЖАЩИЕ СПОРЫ,
СЧИТАЮТСЯ

одноразовыми

стерильными

*продезинфицированными

чистыми

393.ТЕРМОВРЕМЕННЫЕ ИНДИКАТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ

стерильности изделия

*режимов стерилизации

предстерилизационной очистки

режимов дезинфекции

394.К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПРИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ОТНОСЯТ

- *бруксизм, гиперфункция жевательных мышц
- воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
- невралгию тройничного нерва
- неврит лицевого нерва

395.ФОРМА АНКИЛОЗА ВНЧС

- катаральный
- гнойный
- слипчивый
- *костный

396.К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС, ОТНОСЯТ

- снижение полей зрения
- затрудненное глотание
- *хрусты и щелчки при открывании и закрывании рта
- боли в области подбородка

397.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- слезотечение
- *невозможность сомкнуть зубы
- снижение высоты прикуса
- ограничение подвижности нижней челюсти

398.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- невралгия лицевого нерва
- *артрит
- опухоль околоушной слюнной железы
- флегмона поднижнечелюстной области

399.ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ 1.5, 2.5 ПЕРВОЕ ЛЮКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

- медиально
- *вестибулярно
- дистально
- небно

400.ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МНОГОКОРНЕВОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- хронический фиброзный периодонтит
- острый серозный пульпит
- хронический фиброзный пульпит

*подвижность зуба III-IV степени при хроническом пародонтите тяжелой степени тяжести

401.ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

*клювовидные щипцы со сходящимися щечками
байонетные щипцы
S-образные щипцы со сходящимися щечками
клювовидные щипцы с несходящимися щечками

402.ЗУБ 1.8 С СОХРАНЁННОЙ КОРОНКОЙ СЛЕДУЕТ УДАЛЯТЬ С ПОМОЩЬЮ _____ ЩИПЦОВ С НЕСХОДЯЩИМИСЯ ЩЁЧКАМИ

S-образных
прямых
клювовидных
*байонетных

403.К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

остеомиелит
альвеолит
неврит нижнего альвеолярного нерва
*перелом корня зуба

404.ТЕХНИЧЕСКИ САМОЙ СЛОЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

закрытие пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
*двухэтапная операция: пластика свободным трансплантатом открытым способом+ коронарное смещение тканей
туннельная методика пластики множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
двухслойная методика коронкового смещения лоскута с поворотом десневых сосочков

405.МЕТОДИКА ЗАБОРА ТРАНСПЛАНТАТА BRUNO (1994) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

метод «дверцы» с лоскутом на узком основании
получение трансплантата с помощью двойного скальпеля
метод «дверцы» с лоскутом на широком основании
*получение трансплантата без откидывания лоскута, с помощью двух разрезов

406.РАСПАТОРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЦЕЛЯХ

*откидывания и/или удержания слизисто-надкостничного лоскута
кюретажа, удаления кист и обработки лунки зуба после удаления
удаления и изменения формы кости

пережатия сосудов, удаления фрагментов корней зубов

407.МАТРАЦНЫЙ ШОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПАРОДОНТЕ, БЫВАЕТ

плотный и неплотный

высокий и низкий

*горизонтальный и вертикальный

прерывистый и непрерывный

408.ТЯНЕТ ЯЗЫК ВПЕРЕД И ВНИЗ _____ МЫШЦА

шило-язычная

*подъязычно-язычная

подбородочно-язычная

небно-язычная

409.РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

компьютерной томограмме

панорамной рентгенограмме

*телерентгенограмме

ортопантомограмме

410.ВТОРАЯ ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА
ЧЕРЕЗ

надглазничную щель

*круглое отверстие

подглазничное отверстие

овальное отверстие

411.ПРАВО ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
ЗАКРЕПЛЕНО В СТАТЬЕ _____ КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

7

*41

39

65

412.СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ, К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ
МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ

бюро медицинской статистики

*медико-санитарную часть

центр мобилизационных резервов

центр военно-врачебной экспертизы

413.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ

предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента
рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами
сообщать работодателю о заболевании сотрудника
*соблюдать врачебную тайну

414.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

*резкое ограничение подвижности нижней челюсти
нарушение глотания
шум в ушах
выраженный болевой симптом

415.СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НЕ СУЩЕСТВУЕТ ВЫВИХА

двустороннего
переднего
заднего
*нижнего

416.ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДБОРОДОК СМЕЩЕН

симметрично назад
*в противоположную от поражения сторону
в сторону поражения
симметрично вперед

417.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

термопроба, холодовая проба
осмотр полости рта
перкуссия зубов верхней и нижней челюстей
*двухсторонняя пальпация, аускультация ВНЧС

418.СУСТАВНАЯ ЩЕЛЬ ВНЧС РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ НЕ ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ПРИ

артрозе
фиброзном анкилозе
*костном анкилозе
хроническом артрите

419.ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКОЙ С МЕДИЦИНСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ УДАЛЯЮТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ

только механические

*белковые, жировые и механические
только жировые
только белковые и жировые

420. ДЕЗИНФЕКТАНТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ МОЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ И НИЗКОЙ ТОКСИЧНОСТЬЮ, ЧАЩЕ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

альдегидсодержащих
*четвертичных аммониевых соединений
хлорсодержащих
кислородсодержащих

421. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ

герпавирусов
реовирусов
*ретровирусов
ротавирусов

422. СИМПТОМ ФЛЮКТУАЦИИ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ СТАДИИ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОБЪЯСНЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

гноя
крови
*грануляционной ткани
слизи

423. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ГНОЙНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НЕКРОЗ КОСТИ

не увеличивается
уменьшается
*увеличивается
остается прежним

424. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*затрудненное открывание рта
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
отек крылочелюстной складки

425. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие хронических очагов воспаления в челюсти без снижения реактивности организма
только снижение реактивности организма
острый лимфаденит

*снижение реактивности организма с наличием хронических очагов воспаления в челюсти

426.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЛИМФАДЕНИТА
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ С

лимфангиомой

липомой

*врожденной срединной кистой шеи

увеличенной щитовидной железой

427.РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН
СДЕЛАН

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

в области флюктуации

*на всю ширину инфильтрата

428.В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ _____
ТЕРАПИЯ

седативная

мануальная

*десенсибилизирующая

гипотензивная

429.ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-
ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ

предушным доступом

*в поднижнечелюстной области

по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба

в подбородочной области

430.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, РАЗВИВАЮЩИМСЯ В
ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ОТНОСИТСЯ

*остеомиелит лунки

перелом челюсти

перелом корня зуба

кровотечение из лунки зуба

431.ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО
ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

подчелюстную слюнную железу

лицевую артерию

околоушную слюнную железу

*язычную артерию

- 432.ПРИ ДИСЛОКАЦИИ КАМНЯ В ДИСТАЛЬНУЮ ТРЕТЬ ПРОТОКА В ХОДЕ ЕГО
УДАЛЕНИЯ ВНУТРИРотовым доступом проводят
натяжение протока резиновой лигатурой
*массаж железы
сиалографию
рассечение челюстно-подъязычной мышцы
- 433.МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
криотерапия
физиотерапевтический
склерозирующая терапия
*хирургический
- 434.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕОДНОКРАТНЫХ
ОБОСТРЕНИЯХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО
литотрипсия
*экстирпация железы
удаление конкремента внутриворотным доступом в амбулаторных условиях
однократное введение в проток железы 3% раствора лимонной кислоты
- 435.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ» ПРОВОДИТСЯ
ИССЛЕДОВАНИЕ
реакция Вассермана
радиоизотопное
*цитологическое
биохимическое
- 436.БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
в поднижнечелюстной области
*в средней трети шеи, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной
мышцы
по средней линии шеи
по переднему краю трапециевидной мышцы
- 437.ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ В
области корня языка
*области верхнего полюса миндалины
челюстно-язычном желобке
носоглотке
- 438.ОБОЛОЧКА ЗУБОСОДЕРЖАЩЕЙ КИСТЫ ПРЕДСТАВЛЕНА
жировой тканью

ороговевающим эпителием
*многослойным плоским эпителием
железистой тканью

439. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МАЛЬФОРМАЦИЯХ КАВЕРНОЗНОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

сцинтиграфия
общий анализ мочи
общий анализ крови
*УЗИ

440. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ _____ МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ

торусальную
*инфильтрационную
резцовую
ментальную

441. ДЕЙСТВИЕ ТЕТРАКАИНА (ДИКАИНА) ОГРАНИЧЕНО ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В СВЯЗИ С ЕГО

раздражающим действием
кратковременным действием
плохой водорастворимостью
*высокой токсичностью

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

бугор верхней челюсти
*середина трагоорбитальной линии
скулоальвеолярный гребень
суставной бугорок

443. ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА ВЕРХНИХ ЛУНОЧКОВЫХ ВЕТВЕЙ

передних
средних
средних и задних
*задних

444. СКОС ИГЛЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ К КОСТИ ПОД УГЛОМ (В ГРАДУСАХ)

*30-45
60-70
10-20

445.ДИСЛОКАЦИОННАЯ АСФИКСИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

смещения гортани

перемещения в сторону дыхательных путей лоскута нёба

*западения языка

смещения фрагмента челюсти

446.ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

влажные, гиперемизированные

сухие, гиперемизированные

*влажные, бледные

сухие, бледные

447.ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

освободить шею и живот от стесняющей одежды

сделать наружный массаж сердца

сделать искусственное дыхание

*ввести медикаментозные средства

448.КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА СООТВЕТСТВУЕТ ПОГРУЖЕНИЮ
ГРАДУИРОВАННОГО ЗОНДА МЕЖДУ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА И ДЕСНОЙ В
АПИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ НА ГЛУБИНУ МЕНЕЕ (В ММ)

*2

5

3

4

449.СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

видимому положению десны

*уровню эпителиального прикрепления

фактическому положению десны

уровню дна борозды (кармана)

450.КОРОТКИЕ УЗДЕЧКИ ГУБ И МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА
_____ РЕЦЕССИЮ ДЕСНЫ

уменьшают

не изменяют

*увеличивают

исправляют

- 451.ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ (S. STAHL, A. MORRIS, 1955) 51–100
% СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ
начальной
*тяжелой
средней
легкой
- 452.ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
*строма
стенонов проток
вартанов проток
паренхима
- 453.БАРТОЛИНОВ ПРОТОК ЯВЛЯЕТСЯ ВЫВОДНЫМ ПРОТОКОМ
малой слюнной железы
околоушной слюнной железы
*подъязычной слюнной железы
поднижнечелюстной слюнной железы
- 454.В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ
РАСПОЛОЖЕНИИ КОНКРЕМЕНТА В ТОЛЩЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ
СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА
повышение температуры тела до 37,2-37,8 С, боль в области железы, озноб,
головокружение
боль в области железы, припухлость, повышение температуры тела до 38,2-39,8 С, боль
при приеме холодной пищи и во время ходьбы
*боль в области железы, припухлость, повышение температуры тела до 37,2-37,8 С, боль
при глотании иррадиирующая в область языка и уха
повышение температуры тела до 37,2-37,8 С, боль в области железы, озноб,
головокружение, диспепсические явления
- 455.ПО СОСТАВУ СЕКРЕТА ОКОЛОУШНАЯ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
слизисто-белковой
серозно-слизистой
слизистой
*серозной
- 456.ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ КСЕРОСТОМИЮ ВЫЗЫВАЮТ
антибиотики пенициллинового ряда
*гипотензивные препараты
ноотропные препараты
антибиотик тетрациклинового ряда
- 457.ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОЖОГИ _____ СТЕПЕНИ

*IIIb, IV
II, IIIa, IIIb, IV
IIIa, IIIb, IV
IV

458. СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ

кровотечение из носа, головокружение
гематома скуловой области
*уплощение скуловой области, диплопия
деформация носа, гематома

459. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИСУТСТВУЕТ

разрыв слизистой оболочки крыловидно-челюстной складки
открытый прикус
нарушение контакта моляров на стороне перелома
*нарушение контакта моляров с противоположной стороны от перелома

460. ПРИ ОЖОГЕ IIIa СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

эпидермис и дерма с придатками кожи
эпидермис и сосочковый слой дермы
эпидермис
*эпидермис и сетчатый слой дермы

461. ОСНОВНОЙ (УНИВЕРСАЛЬНОЙ) ХАРАКТЕРИСТИКОЙ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

слюнной железы, образование наружного свища
ветвей лицевого нерва, паралич мимической мускулатуры
ветвей тройничного нерва, нарушение чувствительности
*кожи, возникновение входных ворот для инфекции

462. ЗАКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИЗВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

костного шва
накостных мини-пластин
аппарата Рудько
*спицы Киршнера

463. ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ НА ПОДБОРОДОК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

*снизу вверх и кзади
вбок
книзу
вверх

464.ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРОВОДЯТ ЕГО

- удаление
- протезирование
- ортодонтическое лечение
- *реплантацию

465.НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИЦИРОВАННЫМ ВАРИАНТОМ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА _____
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА

- поздняя первичная
- ранняя первичная
- отсроченная первичная
- *непосредственная

466.ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ

- криотерапия
- *ГБО-терапия
- гидромассаж
- электрокоагуляция

467.НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ

- парез лицевого нерва
- парез голосовых связок
- *стеноз верхних дыхательных путей
- перелом подъязычной кости

468.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- комбинированное лечение
- *иссечение образования вместе с надкостницей
- химиотерапия
- лучевая терапия

469.ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА

- *в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
- в полость которой проецируется более 3-х корней зубов
- верхней челюсти с разрушением костного дна пазухи
- верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа

470.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ

*удаления доброкачественных опухолей

периостита

постлучевой некрэктомии

склерозирующей терапии

471.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ
РЕПАРАТИВНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

оториноларингологом

эндоскопистом

*хирургом-стоматологом

онкологом

472.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПОДНЯТИЯ ДНЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ
ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ НАЛИЧИЕ

*артериального анастомоза между задней верхнечелюстной и подглазничной
артериями

венозного анастомоза между лицевой и занижнечелюстной венами

крыловидного венозного сплетения

угловой и трансверзальных артерий

473.УСТАНОВКА ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ
ДВУХЭТАПНОМ ПРОТОКОЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

*4-5 месяцев

2-3 недели

1.5-2 года

1.5-2 месяца

474.ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ, ПОЛУЧЕННЫМ ОТ ЖИВОТНЫХ
(СВИНЕЙ, ЛОШАДЕЙ, КОРОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

аллогенный

аллопластический

аутогенный

*ксеногенный

475.ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКЕ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ II ЭТАП -
УСТАНОВКУ ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
РЕКОМЕНДОВАННО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

*4-5 месяцев

9-10 месяцев

10-12 месяцев

17-20 месяцев

476.РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА
ОСНОВАНИИ

полиса обязательного медицинского страхования
*индивидуальной программы реабилитации инвалида
свидетельства об инвалидности
программы добровольного медицинского страхования

477.ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
УТВЕРЖДАЕТ

Пенсионный фонд Российской Федерации
*Правительство Российской Федерации
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Росздравнадзор

478.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ
(ФОРМИРОВАТЬ)

врач станции переливания крови
санитарный врач
врач скорой помощи
*врач травматологического пункта

РЕТЕНЦИОННУЮ КИСТУ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЛАСТИ ГУБЫ
СЛЕДУЕТ

освободить от содержимого и наложить швы
удалить, сохранив саму железу
устранить с помощью склерозирующей терапии
*удалить вместе с железой

479.СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

удаления части слюнного камня
*промывании протока растворами антисептика
проведение сиалографии
проведение сцинтиграфии

480.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ
ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

цистэктомия
*цистаденэктомия
склерозирование
цистотомия

481.К IV КЛАССУ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ
(Р. D. MILLER, 1985) ОТНОСЯТ

рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны без потери костной ткани
рецессию в пределах прикрепленной десны
*утрату кости и мягких тканей пародонта по периметру зуба
рецессию в пределах свободной десны

482.МЕТОДИКА ЗАБОРА ТРАНСПЛАНТАТА BRUNO (1994) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

получение трансплантата с помощью двойного скальпеля
*получение трансплантата без откидывания лоскута, с помощью двух разрезов
метод «дверцы» с лоскутом на узком основании
метод «дверцы» с лоскутом на широком основании

483.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ ПРОВОДЯТ

*под местной анестезией
под аппликационной анестезией
без обезболивания
под интралигаментарной анестезией

484.ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО СМЕЩЕННОГО ЛОСКУТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие необходимости наложения швов
возможность применения для множественных рецессий
*хорошее кровоснабжение перемещаемого лоскута
трапецевидный разрез

485.К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

резкую светобоязнь, боль, снижение вкуса
только резкую светобоязнь
боль, сухость во рту, кровоподтеки
*нарушение прикуса, боль, припухлость

486.ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

все слои эпидермиса
поверхностный эпидермис
поверхностный эпидермис и капилляры
*кожа и подлежащие ткани

487.ВЫЯВЛЕНИЕ КОСТНОЙ УЗУРЫ ВДОЛЬ ВСЕЙ ГРАНИЦЫ КОРНЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

гиперцементоза
дисплазии костной ткани
*трещины корня зуба
гипоплазии

488.ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- *выделение из лунки пенистой крови
- значительная кровоточивость краевой десны
- профузное кровотечение из лунки зуба
- выраженное носовое кровотечение

489.ПРИ ОЖОГЕ 3А СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- кожи, подкожной клетчатки и подлежащих тканей
- поверхностного эпидермиса кожи и её дериватов
- *эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- поверхностного эпидермиса кожи и капилляров

490.ПРИ РАЗВИТИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- кюретажа лунки
- *остановки кровотечения прошиванием слизистой
- тампонады лунки
- альвеоэктомии

491. К СПОСОБАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ

- тампонада лунки йодоформенной турундой
- местное применение пузыря со льдом
- *ушивание раны при разрыве мягких тканей
- сдавливание межкорневой перегородки лунки щипцами

492. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

- затампонировать лунку зуба, зафиксировать направляющие швы
- *убедиться в отсутствии отделяемого из пазухи, устранить ороантральное сообщение
- мобилизовать лоскут с неба и ушить наглухо
- направить пациента к ЛОР врачу

493. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ
ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- *перфорация верхнечелюстной пазухи
- остеомиелит
- альвеолит
- неврит нижнего альвеолярного нерва

494. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА СЧИТАЮТ
*зубы 3 степени подвижности с обнажением корней на 1/2 длины
зубы, корни которых находятся в линии перелома челюсти
зубы 1 степени подвижности
хронический фиброзный периодонтит однокорневого зуба
495. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ КАПИЛЛЯРНОГО ТИПА С НЕВУСОМ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА
*опорожнения
двойного пятна
флюктуации
Герке
496. РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
плеоморфной аденомой
*хроническим остеомиелитом
ретенционной кистой
хроническим верхнечелюстным синуситом
497. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
фолликулярная
кератокиста
*носо-губная
радикулярная
498. ПОЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ ПРИСТУПОВ С ИРРАДИАЦИЕЙ ПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА ОБУСЛОВЛЕНО
травматической невропатией резцового нерва
параличом лицевого нерва
невралгией тройничного нерва
*травматической невропатией подбородочного нерва
499. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
симптом Венсана
*безболезненная деформация в виде вздутия
плотное обызвествленное образование
гематома

500. РЕЦИДИВ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ, НЕОДНОКРАТНЫЕ ПОПЫТКИ КОНСЕРВАТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К
- *удалению причинного зуба
 - гемисекции зуба
 - шинированию зуба
 - резекции верхушки корня
501. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ
- парез лицевого нерва
 - парез голосовых связок
 - перелом подъязычной кости
 - *стеноз верхних дыхательных путей
502. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
- частичная резекция челюсти
 - половинная резекция челюсти
 - криодеструкция
 - *цистэктомия
503. ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ
- комбинированное
 - *оперативное
 - медикаментозное
 - лучевой терапией
504. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА «КОРИЧНЕВОЙ ОПУХОЛИ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
- *эндокринолог
 - стоматолог
 - терапевт
 - хирург
505. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
- сделать искусственное дыхание
 - освободить шею и живот от стесняющей одежды
 - сделать наружный массаж сердца
 - *ввести медикаментозные средства
506. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АДРЕНАЛИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

внутривенно 1 мл мезатона
внутривенно 5 мл атропина
внутримышечно 1 мл норадреналина
*внутривенно 1 мл атропина

507. ПУЛЬС ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА

частый, хорошего наполнения
*частый, нитевидный
нитевидный, редкий
редкий, хорошего наполнения

508. В СИСТЕМЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ ФИНАНСИРУЕТСЯ

*качественная медицинская помощь, оказанная гражданину в рамках программы государственных гарантий
медицинское учреждение независимо от количества фактически пролеченных больных и качества оказания медицинской помощи
медицинская помощь, оказанная гражданину, независимо от ее объема и качества
качественная медицинская помощь, фактически оказанная гражданину, независимо от ее объема

509. В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗАНИМАЮТ ____ МЕСТО

*первое
второе
четвертое
третье

510. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
*страхование рисков, связанных с выполнением рабочих обязанностей
оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

511. К ДИСТРОФИЧЕСКИМ ПРОЦЕССАМ ОТНОСИТСЯ

пародонтит
пародонтома
*пародонтоз
гипертрофический гингивит

512. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

*подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости

концентрацию глюкозы в крови, уровень лейкоцитов крови, скорость оседания эритроцитов

рецессию десны, глубину пародонтального кармана, выраженность болевого синдрома потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба, частоту обострений

513. ФЕСТОН МАККОЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

участок гиперкератоза слизистой десны

фиброматозные разрастания десны

*образование уплотненного десневого валика в области рецессии

разрез десневого края ввиду травмы

514. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО

фактическому положению десны

видимому положению десны

уровню дна борозды (кармана)

*уровню эпителиального прикрепления

515. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

справка произвольной формы

*формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

справка установленного образца

листок нетрудоспособности не формируется (не выдаётся)

516. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

без сохранения заработной платы

по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет

*ежегодного оплачиваемого

по беременности и родам

517. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

*врачебная комиссия

заведующий отделением

комиссия по трудовым спорам

главный врач

518. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДБОРОДОК СМЕЩЕН

в сторону поражения

симметрично назад

*в противоположную от поражения сторону
симметрично вперед

519. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

аудиометрия
радиоизотопная диагностика
биохимия крови
*томография ВНЧС

520. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

множественный кариес
шум в ушах
*тугоподвижность сустава
нарушение глотания

521. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА ПРИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

МСКТ
КЛКТ
УЗИ
*МРТ

522. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

опухоль
*артрит
околоушный гипергидроз
мастоидит

523. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ КОРРОЗИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ОТНОСЯТ ГРУППЫ

гуанидинов
альдегидсодержащих
*хлорсодержащих
четвертичных аммониевых соединений

524. КОНЦЕНТРАЦИЯ ДЕЗСРЕДСТВА ДЛЯ ОБРАБОТКИ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

степени загрязненности объекта
срока годности дезраствора
физико-химических свойств раствора
*характера выполненной манипуляции

525. МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ПАЦИЕНТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ КРОВЬЮ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

Д

*Б

В

Г

526. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЕТСЯ

*n. alveolaris inferior

n. mandibularis

n. maxillaris

n. infraorbitalis

527. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

инфраорбитального нерва

*большого небного нерва

среднего верхнего зубного сплетения

носонебного нерва

528. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ ВЕДЕНИЯ АНЕСТЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОТВЕРСТИЕ

круглое

овальное

подбородочное

*нижнечелюстное

529. НАРКОЗ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

внутривенный

внутриартериальный

масочный

*эндотрахеальный

530. К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ, ОТНОСЯТ _____ АНЕСТЕЗИИ

резцовую и палатинальную

инфильтрационную и палатинальную

*туберальную и палатинальную

торусальную и туберальную

531. К ВТОРИЧНОМУ ТУБЕРКУЛЁЗНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ АКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ

почек
*лёгких
печени
слюнных желёз

532. АНАЭРОБНЫМИ ФОРМАМИ БАКТЕРИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

стафилококк, пептококк, кишечная палочка
*пептострептококк, вейлонелла, бактероид
пептострептококк, кишечная палочка, пневмококк
стафилококк, бактероид, пептострептококк

533. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ
ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

лобные синусы
околоушную слюнную железу
*венозные синусы головного мозга
заднее средостение

534. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ
СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

полное или частичное затемнение обеих верхнечелюстных пазух
уровень жидкости в пораженной верхнечелюстной пазухе
*затемнение одной из верхнечелюстных пазух
затемнение всех придаточных пазух носа

535. ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПОД

наружной кортикальной пластинкой челюсти
*надкостницей
кожей
мышцей

536. С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИНТОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ПРОТЕЗЫ

обтурирующие
покрывные
*несъемные мостовидные
съемные пластиночные

537. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПОДНЯТИЯ ДНЯ ГАЙМОРОВОЙ
ПАЗУХИ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ НАЛИЧИЕ

*артериального анастомоза между задней верхнечелюстной и подглазничной
артериями
угловой и трансверзальных артерий
крыловидного венозного сплетения

венозного анастомоза между лицевой и занижнечелюстной венами

538. ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ, ПОЛУЧЕННЫМ ОТ ЖИВОТНЫХ (СВИНЕЙ, ЛОШАДЕЙ, КОРОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

*ксеногенный

аллопластический

аллогенный

аутогенный

539. НЕРАССАСЫВАЮЩИЕСЯ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ

остеокондуктивные

остеоинтегральные

остеоиндуктивные

*остеонейтральные

540. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нормальными слюноотделением и размерами железы

герпетическим стоматитом

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

*незначительным уплотнением и увеличением железы, болью, гипосаливацией

541. ВЫЯВЛЕНИЕ МАЛЫХ КИСТОЗНЫХ ОЧАГОВ ПРИ СИАЛОГРАФИИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*хронического сиалоаденита

ранулы

сиалоза

сиалолитиаза

542. ПОДАВЛЯЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ

йодистый калий

йодолипол

*атропин

хлоргексидин

543. ПРИЧИНОЙ ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

хронический интерстициальный сиалоаденит

острый сиалоаденит

хронический паренхиматозный сиалоаденит

*острый лимфаденит в капсуле

544. ПРИ КИСТЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ С НЕЙ
*не спаяны
спаяны
не инфильтрированы
инфильтрированы
545. ПЕРИОСТОТОМИЮ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ
ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
с язычной стороны челюсти
с вестибулярной стороны челюсти
только в случае отсутствия свищевого хода
*с обеих сторон челюсти
546. ТИПИЧНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
окаймляющем угол нижней челюсти
в подподбородочной области по средней линии
*слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке
слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
547. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ДИФFUЗНОЙ ФОРМОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
ЯВЛЯЕТСЯ
физиолечение
лечение причинного зуба
*хирургическое лечение
консервативное лечение
548. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ ОБЛАДАЮЩИЙ ОСТЕОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ
эритромицин
*линкомицин
канамицин
ампициллин
549. ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА,
МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
язык
щитовидную железу
*лицевую артерию
околоушную слюнную железу

550. СРЕДНИЕ СРОКИ КОНСОЛИДАЦИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ
ОДНОСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ (В
НЕДЕЛЯХ)
*4-5
7-8
5-6
6-7
551. ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТА ТКАНЕЙ КРУГЛЫМ СТЕБЕЛЬЧАТЫМ
ЛОСКУТОМ ПЕРВОЙ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
сенсорная
вкусовая
температурная
*тактильная
552. МОЖНО ВРЕМЕННО НЕ УДАЛЯТЬ ИЗ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА ЗУБ
если он полностью вывихнут из лунки, но целостность его сохранена
в случае его перелома
ретенированный, мешающий плотному сопоставлению фрагментов челюсти
*интактный, удерживающий отломки в правильном положении
553. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ 1.1 ЗУБА В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ У
РЕБЁНКА 10 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЮТ
реплантацию зуба без пломбирования
устранение дефекта съёмным протезом
*реплантацию зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и
пломбированием
устранение дефекта имплантатом
554. АУТОТРАНСПЛАНТАТ-ЭТО МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У
*пациента
близких родственников
животного
другого индивида
555. САМОЙ ТВЁРДОЙ ТКАНЬЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
дентин
*эмаль
кутикула
цемент
556. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
перкуссия
*электроодонтодиагностика
сбор анамнеза
пальпация

557. РЕТЕНЦИЕЙ ЗУБА НАЗЫВАЮТ
задержку прорезывания зуба через слизистую оболочку
неправильное положение зуба в зубном ряду
воспалительный процесс в тканях, окружающих коронку зуба мудрости
*задержку прорезывания зуба через компактную пластинку челюстной кости
563. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК «ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С НЕЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ ДО 5-6 ММ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО
апикального гранулёматозного периодонтита
*апикального гранулирующего периодонтита
деструктивного очагового остеомиелита челюсти
апикального фиброзного периодонтита
564. В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ РАЗВИВАЕТСЯ
*Остеопороз
Остеосклероз
Флегмона
деструктивно-продуктивный процесс
565. ПРИПУХАНИЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ ПРИЁМА ПИЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ
интерстициального сиаладенита
*слюннокаменной болезни
болезни Кюттнера
паренхиматозного сиаладенита
566. ВИЧ УСТОЙЧИВ К ВОЗДЕЙСТВИЮ
высоких температур
*ионизирующей радиации
хлорсодержащих средств
этилового спирта 70 %
567. ЛИМФА ОТ ЩЕКИ И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТТЕКАЕТ В ГРУППУ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
щечную
подбородочную
*поднижнечелюстную
околоушную
568. СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
в поднижнечелюстной области

*над щитовидным хрящем
по переднему краю трапецевидной мышцы
в подподбородочной области

569. РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

очаг остеосклероза челюсти неправильной формы с нечеткими краями
*одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной связи с корнями зуба
участок костной ткани повышенной плотности, связанной с корнями зубов
любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах зубного ряда

570. ГЛУБОКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ
ПАЛЬПИРУЮТ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ПРИ

*повороте головы в противоположную сторону
положении подбородка параллельно горизонтальной плоскости
запрокидывании головы
наклоне головы вниз

571. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ

резидуальная киста
радикулярная киста
*киста резцового канала
кератокиста

572. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ АНГИОВЕНОЗНОЙ
МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

сцинтиграфия
общий анализ крови
узи вен нижних конечностей
*ангиография

573. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

*фильтрующийся
Коксаки
гриппа
иммунодефицита человека

574. ОКОЛОУШНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ
ПАРОТИТЕ

плотные, резкоболезненные с двухсторон, кожа над ними гиперемирована, напряжена ,
лоснится.
плотные, резкоболезненные с одной стороны, кожа не напряжена , имеет нормальную
окраску.
увеличенные с двух сторон, тестоватой консистенции, слабоболезненные

*плотные, слабоболезненные с двух сторон, кожа над ними напряжена, но не гиперемирована

575. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ КОНКРЕМЕНТА В ПЕРЕДНЕЙ ТРЕТИ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ

визиографию

*рентгенограмму мягких тканей дна полости рта в прямой укладке

рентгенограмму в боковой проекции

прицельную рентгенограмму

576. ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

тромбозом сосудов

тотальным отеком паренхимы

образованием мелких гнойных полостей

*разрастанием межуточной соединительной ткани

577. В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ

слюнного камня

*абсцесса околоушной железы

слюнного свища

ретенционной кисты

578. СРЕДСТВОМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

калия йодид

*пилокарпин

кальция хлорид

атропина сульфат

579. УДАЛЕНИЕ КАМНЯ В ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРЯЖЕНО С ТРАВМОЙ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*язычного нерва

капсулы поднижнечелюстной железы

паренхимы поднижнечелюстной железы

580. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ С

окружающими тканями

подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами

частью слизистой оболочки

*подъязычной слюнной железой

587. ГЛУБИНА ПРОДВИЖЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ ИГЛЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ ПО БЕРШЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)
3
1,5
*2
1
588. МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИМ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ НА КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
артикаин
*мепивакаин
лидокаин
Бупивакаин
589. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПО БЕРШЕ-ДУБОВУ ЯВЛЯЕТСЯ БЛОКАДА
блуждающего нерва
язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
*язычного и нижнелуночкового нервов
двигательных волокон тройничного нерва
590. НОРАДРЕНАЛИН ВЫЗЫВАЕТ
расширение артерий и вен
*спазм артерий и вен
расширение артерий и спазм вен
спазм артерий и расширение вен
591. МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
УЗ-диагностика
*КЛКТ
доплерография
Периотестометрия
592. В ОБЛАСТИ КОНТАКТА ИМПЛАНТАТА С ОКРУЖАЮЩЕЙ КОСТНОЙ ТКАНЬЮ В НОРМЕ ПРОИСХОДИТ
*остеоинтеграция
фиброзный тип связи
грануляционный тип связи
механический тип связи
593. ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ, СИНТЕТИЧЕСКИ СИНТЕЗИРУЕМЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ
*аллопластический

аллогенный
аутогенный
Ксеногенный

594. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

костей стопы
*гребешка подвздошной кости
бедренной кости
Ключицы

595. ВСЕ ОТХОДЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ
ДЕЛЯТ НА ____ КЛАССА /КЛАССОВ

4
*5
2
3

596. ПРИ РАНЕНИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ
СНЯТЬ ПЕРЧАТКИ

*выдавить кровь из раны, вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом, смазать
рану 5% раствором йода и наложить асептическую повязку
вымывать руки с мылом, наложить асептическую повязку
вымывать руки с мылом, смазать рану йодом
выдавить кровь из раны, обработать руки 70% спиртом, смазать и наложить
асептическую повязку

597. ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ
РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*щитовидной железы
дыхательной системы
поджелудочной железы
Надпочечников

598. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ
проникание кисты в верхнечелюстной канал

большие размеры кист, более трех зубов
проникание кисты в полость носа
*небольшие кисты до трех зубов

599. КОСТНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ЦИСТОТОМИИ ЗАПОЛНЯЮТ

остеопластическим материалом
коллагеновой губкой
жидкой пластмассой

*йодоформной турундой

600. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЛОБУЛОМАКСИЛЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
*цистэктомия
пластическая цистэктомия
пластистическая цистотомия
цистотомия
601. ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТОТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
прорастает в верхнечелюстную пазуху
прорастает поднадкостнично
*разрушает костное дно полости носа
располагается в области премоляров
602. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
лучевая терапия
хирургический
*комбинированный метод
химиотерапия
603. ЯЗЫЧНАЯ МИНДАЛИНА РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ _____ ЯЗЫКА
тела
нижней поверхности
края
*корня
604. НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
челюстно-язычная мышца
нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
кончик языка
*передние брюшки двубрюшной мышцы
605. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
ультразвуковое исследование
магнитно-резонансная томография
термография
*мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением
606. АМПУТАЦИЯ КОРНЯ ЗУБА

иссечение части десны
*отсечение и удаление корня зуба
рассечение десны
разделение корней зуба

607. ОБЩЕЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА

гипертоническая болезнь
ишемическая болезнь сердца
тиреотоксикоз
*острая вирусная инфекция

608. S-ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ С ШИПОМ УДАЛЯЮТ

*моляры верхней челюсти
третьи моляры нижней челюсти
резцы верхней челюсти
премоляры нижней челюсти

609. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

остеомиелит
*проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху
альвеолит
неврит нижнего альвеолярного нерва

610. ПРИ УДАЛЕНИИ 3.6, 3.7, 3.8 ЗУБОВ ВРАЧ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ _____ ОТ БОЛЬНОГО

справа и сзади
*справа и впереди
слева и впереди
слева и сзади

611. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКРОНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

выскабливании патологических тканей
обнажении только медиальных бугров
*полном обнажении коронковой части зуба
обнажении только жевательной поверхности зуба

612. ДЛИНА РАЗРЕЗА ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ПРОВОДИТСЯ НА

3,0-3,5 см
*всю длину инфильтрата
1,5-2,0 см
4,0- 5,0 см

613. ИСКУССТВЕННОЕ СОУСТЬЕ С ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСОМ ВО ВРЕМЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КОЛДУЭЛ-ЛЮКУ ФОРМИРУЮТ В ОБЛАСТИ
лунки удаленного зуба
*нижнего носового хода
среднего носового хода
верхнего носового хода
614. РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН
по границе гиперемии кожи
*на всю ширину инфильтрата
в области флюктуации
в месте наибольшей болезненности
615. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИ ПРАВИЛЬНОМ И СВОЕВРЕМЕННОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПОЙДУТ НА УБЫЛЬ ЧЕРЕЗ
*2-3 дня
неделю
2 недели
10 дней
616. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ
рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами
предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента
*соблюдать врачебную тайну
сообщать работодателю о заболевании сотрудника
617. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ № ____ /У
039-2
030
069
*043
618. СТРАХОВАТЕЛЕМ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
юридическое лицо, созданное для осуществления страховой деятельности и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности
*фонд обязательного медицинского страхования

юридическое или физическое лицо, заключившее договор ОМС
лечебно-профилактическое учреждение

619. КОНТРАКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ БЫВАЕТ
гнойной
специфической
склерозирующей
*рубцовой
620. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КОНСОЛИДАЦИИ
ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
*образование костной мозоли
исчезновение симптома венсана
уменьшение подвижности фрагментов
исчезновение боли
621. ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВОЗНИКШИЙ НА СТОРОНЕ УДАРА,
НАЗЫВАЕТСЯ _____ ПЕРЕЛОМОМ
односторонним
одиночным
непосредственным
*прямым
622. ЗОНОЙ ПОСЛЕДУЮЩЕГО НЕКРОЗА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ
НАЗЫВАЮТ ЗОНУ, В КОТОРОЙ КЛЕТКИ ТКАНЕЙ
находятся в состоянии парабиоза и могут погибнуть
погибнут в случае развития воспаления
*погибнут в ближайшее сутки
погибнут без должного лечения
623. ОСНОВНОЙ (УНИВЕРСАЛЬНОЙ) ХАРАКТЕРИСТИКОЙ РАН МЯГКИХ
ТКАНЕЙ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
*зияние раны, обезображивание лица
повреждение слюнной железы, образование наружного свища
повреждение ветвей тройничного нерва, нарушение чувствительности
повреждение ветвей лицевого нерва, паралич мимической мускулатуры
624. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ, БЕЗ ВКЛЮЧЕНИЯ КРУПНОГО
СОСУДА, ОТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
1/8
*1/3
2/3
1/4

625. ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЙ
АНТИБИОТИК

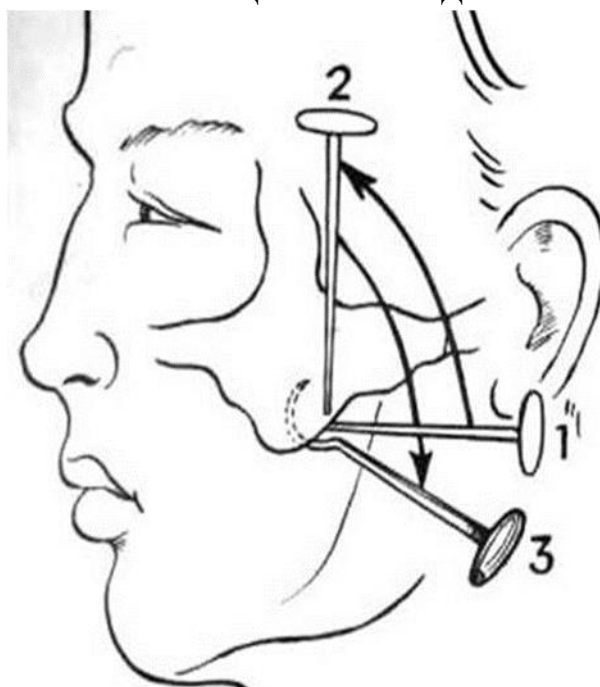
пенициллин

*линкомицин

тетрациклин

олететрин

626. НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО
СМЕЩЕНИЕМ ПРЕДСТАВЛЕН МЕТОД РЕПОЗИЦИИ ПО



*Лимбергу

Брагину

Duchange

Маланчуку-Ходоровичу

627. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА СЧИТАЕТСЯ ПОЗДНЕЙ, ЕСЛИ
ОНА ПРОВЕДЕНА В СРОКИ _____ ЧАСОВ

до 48

12-48

24-48

*от 48 и более

628. ИЗ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА МОЖНО ВРЕМЕННО НЕ УДАЛЯТЬ ЗУБ

с переломанными корнями

ретенированный, мешающий правильному (плотному) сопоставлению фрагментов
челюсти

*интактный, необходимый для удержания отломка в правильном положении

полностью вывихнутый из лунки, но с сохраненной целостностью

629. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
послойное сшивание тканей без чрезмерного натяжения
*индифферентность используемых материалов
возможность нормального питания в период лечения
адекватное анестезиологическое пособие
630. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ СЧИТАЮТ
обострение воспалительного процесса в тканях пародонта
гипертрофию десневых сосочков, горизонтальную резорбцию костной ткани
*множественные пародонтальные карманы глубиной более 5 мм, при резорбции кости до 1/2 длины корня
одиночные пародонтальные карманы до 4 мм, горизонтальную резорбцию костной ткани
631. ПОКАЗАНИЕМ К УГЛУБЛЕНИЮ МЕЛКОГО НИЖНЕГО СВОДА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
величина прикрепленной десны 5 мм
гингивит
тортоаномалия центральных резцов
*локальный пародонтит
632. ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
кюретаж
гингивэктомию
удаление жировой ткани трансплантата
*удаление эпителия с поверхности слизистой трансплантата
633. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУДОРОГ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКОВ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ
кордиамин
нитроглицерин
мезатон
*сибазон
634. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ
анаболические гормоны, антибиотики
*глюкокортикоиды, антигистамины
седативные
сердечные гликозиды
635. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
эмфизема тканей
кровотечение

гематома
*обморок

636. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ
*хроническое заболевание в период ремиссии
обострение хронического заболевания
острое заболевание
травма
637. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ
3
6
*12
9
638. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)
лечащий врач медико-санитарной части
*врач скорой медицинской помощи
зубной врач
лечащий врач поликлиники
639. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ III КЛАССА (P. D. MILLER, 1985)
*возможно закрытие поверхности корня на 50 %
невозможно закрытие поверхности корня на 100 %
закрытие поверхности корня невозможно
возможно закрытие поверхности корня на 100 %
640. РАССТОЯНИЕ ОТ ЭМАЛЕВО-ЦЕМЕНТНОЙ ГРАНИЦЫ ДО ГРЕБНЯ ДЕСНЕВОГО КРАЯ НАЗЫВАЮТ _____ ДЕСНЫ
гистологической рецессией
скрытой рецессией
*величиной видимой рецессии
шириной рецессии
641. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДЕСНА СОСТОИТ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ
надкостницы и альвеолярной кости
и собственного слизистого слоя
*и надкостницы
собственного слизистого и подслизистого слоя

642. С НЕКАРИОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ
С
эрозией
*клиновидными дефектами
гипоплазией
флюорозом
647. СРОК СОХРАНЕНИЯ СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ, ПРОСТЕРИЛИЗОВАННЫХ
В ДВУХСЛОЙНОЙ КРЕПИРОВАННОЙ БУМАГЕ, СОСТАВЛЯЕТ
3 суток
3 месяца
1 месяц
*20 суток
648. ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ ЩЕЛОЧНЫХ
КОМПОНЕНТОВ МОЮЩЕГО РАСТВОРА НА ИЗДЕЛИЯХ ДАЕТ
реакция химических индикаторов
метод бактериологического смыва
реакция с полосок индикаторной бумаги
*постановка фенолфталеиновой пробы
649. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОВЕРЯЮТ
*азопирамовой пробой
пробой с суданом III
химическими индикаторами
путем смывов с различных поверхностей и посевом на питательные среды
650. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАНУЛЫ
передний отдел подподбородочного пространства
задний отдел подчелюстного пространства
*передняя часть подъязычного пространства
дистальная часть челюстно-язычного желобка
651. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
Стенонов проток
Вартанов проток
*строма
паренхима
652. СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ
*йодистый калий
хлористый кальций
йодолипол
Атропин

653. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

онкоцитоз

*аденокистозная карцинома

плеоморфная аденома

мономорфная аденома

654. ДОЛЯ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

85%

*30%

70%

95%

655. МЕТОД ДИНГМАНА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ФРАГМЕНТОВ

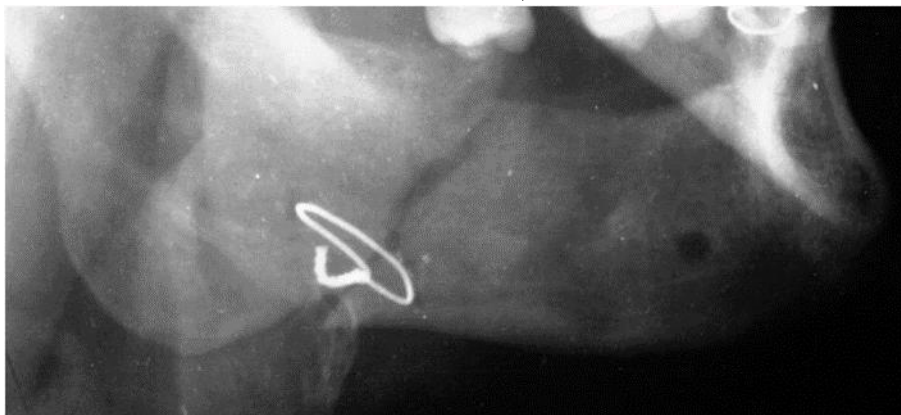
только при одностороннем переломе верхней челюсти

*при застарелом переломе верхней челюсти

при свежем переломе верхней челюсти

при переломе верхней челюсти без смещения

656. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМом НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ НЕУДАЧНАЯ ПОПЫТКА ПРОВЕСТИ ОСТЕОСИНТЕЗ ФРАГМЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ



окружающего шва

скрепляющего шва

*скобы с памятью формы

костного шва

657. РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ на 4-5 сутки

*после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
после уменьшения отека тканей
на 8-9 сутки

658. ОБШИРНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ И МЯГКИХ
ТКАНЕЙ МОЖНО ЛИКВИДИРОВАТЬ

*пересадкой лоскута на сосудистой ножке
пересадкой костной ткани
пересадкой кожного лоскута
пластикой местными тканями

659. КАКАЯ ДИЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ?

хирургическая - 1
*трубчатая - 15
трубчатая - 1
общий стол – 15

660. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

кровотечение
*обморок
контрактура
Гематома

661. ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ

остается неизменным
вариабельно
увеличивается
*уменьшается

662. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АДРЕНАЛИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
ВНУТРИВЕННО 1 МЛ

норадреналина
лидокаина
*атропина
мезатона

663. ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ НАПРАВИЛ ЗАПРОС, В КОТОРОМ ПРОСИТ
СООБЩИТЬ О ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕГО
СОТРУДНИКА, ТО МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

игнорирует данный запрос

*не вправе предоставить информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия
гражданина

сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней
предоставляет информацию в полном объеме

664. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
заведующий отделением
главный врач
комиссия по трудовым спорам
*врачебная комиссия
665. ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ
АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ
справка на все дни
листок нетрудоспособности на 3 дня
выписка из протокола решения врачебной комиссии
*листок нетрудоспособности с указанием кода 21
666. МЕХАНИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ПОКРОВНЫХ
ТКАНЕЙ, НАЗЫВАЮТ
воспалением
травмой
новообразованием
*раной
667. ДЛЯ КОЛОТЫХ РАН ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
ЯВЛЯЕТСЯ
обширное повреждение тканей, зияние
*небольшое повреждение покровов и значительная глубина проникновения
широкая зона повреждения тканей с имбибицией и зоной некроза
незначительное повреждение тканей, зияние.
668. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ
ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ В
ОБЛАСТИ УГЛОВ ПРОИСХОДИТ
латерально и кверху
медиально и вперед
кверху и вперед
*книзу и кзади

669. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- двойными линейными
- двухсторонними линейными
- двойными оскольчатыми
- *многооскольчатыми

670. НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕВА ОБОЗНАЧЕНА



- *зона потери чувствительности
- зона парестезии
- триггерная зона
- зона выраженной болевой реакции

671. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТ

- только малую слюнную железу
- *оболочку кисты
- только протоковую часть железы
- оболочку кисты и окружающие ткани на величину 0,5 мм

672. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЛАСТЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- поднижнечелюстная железа
- зачелюстная железа

*дно полости рта
околоушная железа

673. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
аутогемотерапия

*хирургическое вмешательство
физиотерапия
химиотерапия

674. ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА 3 ММ НАИБОЛЕЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

*обработку пародонтального кармана лазером
закрытый кюретаж
лоскутную операцию
открытый кюретаж

675. С ПОМОЩЬЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ПАРОДОНТИТАХ МОЖНО ДОБИТЬСЯ

санации пародонтальных карманов и ликвидации очагов воспаления в десневых
карманах

полного излечения и восстановления лизированной костной ткани

ликвидации патологических десневых карманов

*ликвидации очагов воспаления, устранения пародонтальных карманов,
приостановления прогрессирования деструкции альвеолярной кости

676. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОТКИДЫВАНИЯ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО
ЛОСКУТА ВКЛЮЧАЮТ

тупое отслаивание с обнажением подлежащей надкостницы и острое отслаивание, при
котором остается слой соединительной ткани толщиной в 3 мм

острое отслаивание с обнажением подлежащей кости и тупое отслаивание, при котором
остается слой соединительной ткани различной толщины, закрывающей
альвеолярный отросток

тупое отслаивание с обнажением подлежащей кости и острое отслаивание, при котором
остается слой соединительной ткани толщиной в 1 мм

*тупое отслаивание с обнажением подлежащей кости и острое отслаивание, при
котором остается слой соединительной ткани различной толщины, закрывающей
альвеолярный отросток

677. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЗАБОРА
СУБЭПИТЕЛИАЛЬНОГО СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА

истонченная слизистая оболочка альвеолярного отростка

широкое мелкое небо

богатая железистой или жировой тканью подслизистая оболочка

*широкое, уплощенное небо с плотной слизистой оболочкой

678. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО АРТРИТА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- сужением суставной щели
 - *расширением суставной щели
 - деформацией головки мыщелкового отростка
 - отсутствием суставной щели
679. ПРИ ПОЛНОМ ЗАДНЕМ ВЫВИХЕ ВНЧС НА МРТ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ
- *кзади от суставной ямки
 - кпереди от суставного бугорка
 - латерально от суставного бугорка
 - кзади суставного ската
680. СУСТАВНЫЕ ШУМЫ В ВИДЕ ХРУСТА И КРЕПИТАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- хронического вывиха ВНЧС
 - *деформирующего остеоартроза ВНЧС
 - хронического подвывиха ВНЧС
 - хронического вывиха головок нижней челюсти
681. ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ СУСТАВНОЙ ДИСК И МЯГКОТКАННЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ
- ортопантомографии
 - компьютерной томографии
 - *магнитно-резонансной томографии
 - зонографии
682. ОСНОВНЫМ ЭТАПОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- удаление поверхностного слоя кости в проекции образования
 - устранение травмирующего фактора
 - повышение уровня гигиены
 - *широкое иссечение вместе с надкостницей
683. ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КОЖЕ ЛИЦА РАЗРЕЗЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ
- параллельно волосистой части головы
 - по ходу ветвей лицевого нерва
 - *по ходу естественных складок
 - по ходу ветвей тройничного нерва
684. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

остеосаркома
хондросаркома
фибросаркома
*саркома Юинга

685. ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ НА ПУТЯХ ЛИМФООТТОКА ПРИ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ
МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В/ВО

кости
внутренние органы
легкие
*регионарные лимфоузлы

686. ИЗГОТОВЛЕНИЕ ОБТУРАТОРА ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ

2 недели после операции
10 дней после операции
1 неделю после операции
*4 недели

687. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ IV КЛАССА (P. D.
MILLER, 1985)

возможно закрытие поверхности корня на 50 %
*закрытие поверхности корня невозможно
невозможно закрытие поверхности корня на 100 %
возможно закрытие поверхности корня на 100 %

688. К ДИСТРОФИЧЕСКИМ ПРОЦЕССАМ ОТНОСИТСЯ

гипертрофический гингивит
пародонтит
пародонтома
*пародонтоз

689. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ I И II КЛАССОВ (P. D.
MILLER, 1985)

*возможно закрытие поверхности корня на 100 %
возможно закрытие поверхности корня на 50 %
закрытие поверхности корня невозможно
невозможно закрытие поверхности корня на 100 %

690. К ЛОКАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТУ ПРИВОДИТ

приём противосудорожных препаратов
язвенно-некротический гингивит
отсутствие антагониста
*нависающий травмирующий край пломбы

691. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПОДНЯТИЯ ДНЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ
ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ НАЛИЧИЕ

венозного анастомоза между лицевой и занижнечелюстной венами
угловой и трансверзальных артерий

*артериального анастомоза между задней верхнечелюстной и подглазничной артериями
крыловидного венозного сплетения

692. СПЕЦИАЛЬНЫМ АППАРАТОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ
ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

диодный лазер

*физиодиспенсер

коагулятор

ИВЛ

693. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

*ребра

костей стопы

плечевой кости

ключицы

694. К ГРУППЕ КСЕНОГЕННЫХ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ
ОТНОСЯТ

*полученный из костей крупного рогатого скота гидроксиапатит

синтезированный в лаборатории нанокристаллический гидроксиапатит

полученную от самого пациента в ходе операции костную стружку

полученную от донора человека костную стружку

695. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*плотным безболезненным образованием на широком основании

2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

ограниченным участком ороговения десны

696. СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ
ЯВЛЯЮТСЯ

*врожденными

онкологическими

травматическими

воспалительными

697. БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА
*гломус-ангиомы
артериальной
кавернозной
капиллярной
698. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
*ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
отсутствием костных изменений в области одонтомы
699. МЯГКАЯ ОДОНТОМА СКЛОННА К ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ С ПЕРЕРОЖДЕНИЕМ В
рак слизистой дна полости рта
*амелобластическую фибросаркому
лимфосаркому
остеосаркому
700. ГЕМИСЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ НА _____ ЧЕЛЮСТИ
молярах верхней
премолярах нижней
*молярах нижней
молярах нижней и верхней
701. ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
подглазничный нерв
лицевой нерв
*проток околоушной слюнной железы
жевательную мышцу
702. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ И АМПУТАЦИИ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
*значительный дефект костных тканей лунки
пришеечный кариес одного из корней
наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
вертикальный раскол зуба
703. СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПОСЛЕ
снижения температуры тела до 37 °С
удаления причинного зуба

улучшения общего состояния
*полного формирования секвестра

704. ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ
ПРОВОДИТСЯ

удаление зуба
разрез по переходной складке
*иссечение капюшона
секвестрэктомия

705. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ДЛЯ РАБОТЫ С АМАЛЬГАМОЙ
ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБОРУДОВАН

специальным столом
сейфом
*вытяжным шкафом, форточкой и фрамугой
специальным контейнером

706. В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗАНИМАЮТ ____ МЕСТО

четвертое
*первое
второе
третье

707. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ПО ДОГОВОРУ ОМС ПРИЗНАЕТСЯ ФАКТ

обращения застрахованного в медицинскую организацию с целью прохождения
медицинского осмотра
заболевания застрахованного
обращения застрахованного в медицинскую организацию с целью прохождения
медицинского освидетельствования
*обращения застрахованного в медицинское учреждение с целью получения
медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС

708. БОЛЕВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ СОДЕРЖАТ

вещество головного мозга
*надкостница альвеолярного отростка
сухожилия коленного сустава
роговица глаза, дентин зуба

709. В ЗОНУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ
ВХОДЯТ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ОТ РЕЗЦОВ
ДО КЛЫКОВ С

вестибулярной и небной сторон
язычной стороны

вестибулярной стороны
*небной стороны

710. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

носонебного нерва
среднего верхнего зубного сплетения
*большого небного нерва
инфраорбитального нерва

711. ДЕЙСТВИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

*возбуждением с последующим угнетением
угнетением с последующим возбуждением
длительным возбуждением
длительным угнетением

712. ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

хорошая управляемость
минимальный риск
комбинированный наркоз
*интубационный наркоз

713. КЛЮВОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ СО СХОДЯЩИМИСЯ ЩЕЧКАМИ, ИЗОГНУТЫМИ ПО РЕБРУ, ПРОВОДЯТ УДАЛЕНИЕ _____ ЧЕЛЮСТИ

моляров верхней
корней зубов верхней
*корней зубов нижней
зубов верхней

714. ОТЛОМ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

1.3 и 2.3
1.1 и 2.1
*2.8 и 1.8
3.4 и 4.4

715. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ

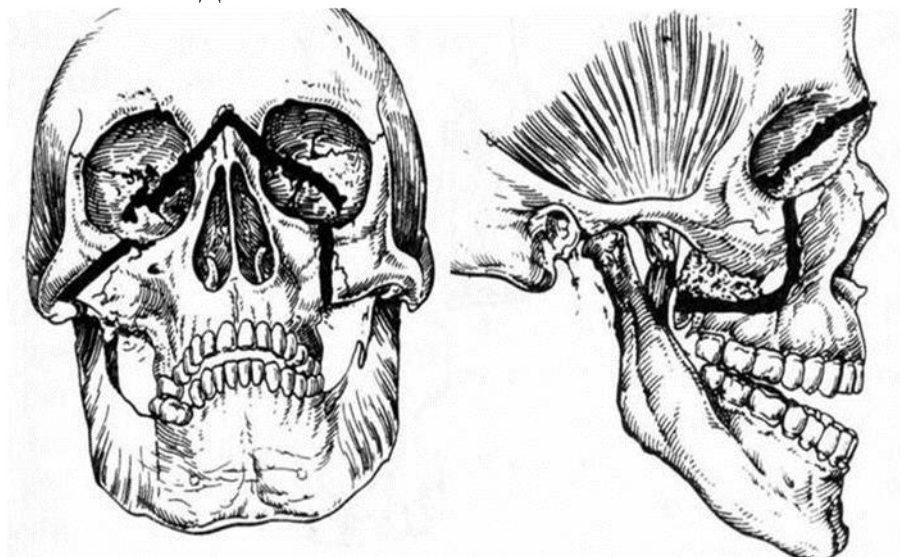
калия хлорида раствор 0,9 %
этиловый спирт 70 %
пероксида водорода раствор 6 %
*хлоргексидина раствор 0,05 %

716. СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГЛУБИНЫ ЛУНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- наложение кристаллов перманганата калия
 - тампонада ее устья
 - наложение швов на рану
 - *ее тугая тампонада
717. К ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСЯТ
- коллапс
 - *остеомиелит
 - миозит
 - анурез
718. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТЛИЧИЕ РЕЗИДУАЛЬНОЙ КИСТЫ ОТ КОРНЕВОЙ
- связь с эмалью зуба
 - связь с корнем зуба
 - *отсутствие причинного зуба
 - зуб в полости кисты
719. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ
- *постановка диагноза
 - изучение состояния отдельных органов и систем
 - изучение особенностей психики больного
 - ознакомление с общим состоянием больного
720. ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
- медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
 - *боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
721. ПЕРВЫЕ КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРИ ПОМОЩИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ _____ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
- не ранее, чем через месяц
 - на 2-5 сутки
 - *на 10-14 сутки
 - на 6-10 сутки

722. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ
- отек и гиперемию щечных областей
 - тризм
 - отек крыло-челюстной складки
 - *инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях
723. ПРИЧИНА РОСТА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ
- очаговая резорбция кости
 - пролиферация эпителия
 - причина не установлена
 - *внутрикистозное давление
724. МЕСТНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
- чувство тяжести в области верхней челюсти
 - *попадание жидкой пищи в нос
 - отсутствие осязания
 - отсутствие обоняния
725. ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ
- свободное открывание рта, пальпация малоболезненная, одностороннее снижение слуха
 - *высокая температура, глубокая флюктуация в височной области, воспалительная контрактура нижней челюсти
 - воспалительная контрактура нижней челюсти, боли при глотании
 - осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация
726. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
- кровотечение из носа
 - открытый прикус
 - разрыв слизистой альвеолярного отростка
 - *изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
727. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- носовое кровотечение при наклоне головы
 - разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
 - интенсивная головная боль при вертикальном положении пострадавшего
 - *патологическая подвижность отломков
728. ЗОНОЙ ПЕРВИЧНОГО НЕКРОЗА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ НАЗЫВАЮТ ЗОНУ, В КОТОРОЙ КЛЕТКИ ТКАНЕЙ
- находятся в состоянии парабриоза

*погибли во время ранения
погибнут в ближайшее сутки
погибнут без должного лечения

729. НА РИСУНКЕ У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕЛОМОМ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА
ПРЕДСТАВЛЕН ПЕРЕЛОМ



альвеолярный
суббазальный
*суборбитальный
супраназальный

730. ПЕРЕЛОМ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА МОЖЕТ БЫТЬ
со вскрытием периодонтальной щели
*со вскрытием полости зуба
без вскрытия корневого канала
со вскрытием корневого канала

731. К АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕПАРАТЫ ОТНОСИТСЯ
*отек Квинке
гипертонический криз
обморок
кардиогенный шок

732. ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА ПАЦИЕНТА
на правом боку
*горизонтальное с приподнятыми ногами
на левом боку
стабильное

733. КЛАПАННАЯ АСФИКСИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПРОНИКАЮЩЕМ
РАНЕНИИ ЛИЦА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ В СТОРОНУ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
фрагмента челюсти
фрагмента языка
лоскута щеки
*лоскута нёба
734. ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
*асептикой
бактериостатикой
дезинфекцией
антисептикой
735. БОРЫ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДЛЕЖАТ
мытью в проточной воде
только дезинфекции
*дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации
мытью в дистиллированной воде
736. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ
ВЫДЕЛЯЮТ
один кабинет посменно
кабинет совместно с лечебным кабинетом для приема взрослого населения
кабинет совместно с кабинетом хирургической стоматологии
*отдельные кабинеты
737. ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ
ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ
ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО
выданных листков нетрудоспособности
зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники
рабочих дней в году
*дней временной нетрудоспособности
738. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ РАЗДЕЛА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
«ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» СТРОКИ
ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «МЕСТО РАБОТЫ - НАИМЕНОВАНИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ», «ОСНОВНОЕ», «ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ №»
заполняются работодателем
заполняются со слов гражданина
*не заполняются

заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации

739. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
6; 8
*10; 12
12; 14
4; 5
740. ОСЛАБЛЕННЫМ ПАЦИЕНТАМ С ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НАЗНАЧАЮТ
компрессы с димексидом
гормональные препараты
мочегонные средства
*антибиотики
741. ТИПИЧНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
*слизистой и надкостницы по переходной складке
окаймляющем угол нижней челюсти
742. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА ВХОДИТ
лучевая терапия
мануальная терапия
седативная терапия
*физиотерапия
743. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ С УДАЛЕНИЕМ СЕКВЕСТРОВ ПРОВОДЯТ ПРИ
острой фазе ограниченного остеомиелита лунки
*хронической фазе ограниченного остеомиелита
подострой фазе ограниченного остеомиелита лунки
альвеолите
744. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДИФфуЗНОЙ ФОРМОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ
физиолечение

консервативное лечение
лечение причинного зуба
*хирургическое лечение

745. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДНА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ КИСТАХ ФРОНТАЛЬНЫХ
ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПЕРАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В

1 этап
*2 этапа
4 этапа
3 этапа

746. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО
РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

склерозирование
*цистэктомия
частичная резекция челюсти
криодеструкция

747. ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЕТСЯ

оболочка полностью
задняя стенка кисты
*передняя стенка кисты
вся оболочка

748. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА
ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

хирургический
химиотерапия
*комбинированный метод
физиотерапия

749. С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ
ЦИСТЭКТОМИИ, УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОЧНОСТИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ,
УСКОРЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ
ОБРАЗУЮЩУЮСЯ ПОЛОСТЬ ЗАПОЛНЯЮТ МАТЕРИАЛОМ

«Прорут»
«Йодоформ»
«Кальцемин»
*«Остеоматрикс»

750. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ЯВЛЯЕТСЯ

физиотерапевтический
*хирургический

криотерапия
склерозирующая терапия

751. СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ

*пилокарпин
йодистый калий
хлоргексидин
атропин

752. СРЕДСТВОМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

кальция хлорид
калия йодид
*пилокарпин
атропина сульфат

753. ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО
ЖЕЛОБКА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ

лимфоузлов щечной области
нижней губы
зубов верхней челюсти
*нижних моляров

754. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

сухость во рту
гиперсаливация
стоматит
*повышение температуры тела

755. ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПОД

*надкостницей
наружной кортикальной пластинкой челюсти
кожей
мышцей

756. ПРИ КОНТРАКТУРЕ II СТЕПЕНИ

наблюдается небольшое ограничение открывания рта
открывание рта свободное
рот открывается на 2 см
*рот открывается на 1 см

757. ПОД ПОЛУЛУНИЕМ ВАССМУНДА ПОНИМАЮТ РАЗРЕЖЕНИЕ КОСТИ
в области ветви нижней челюсти размером 2 X 2 мм, гомогенное, округлой формы

*позади коронки нижнего третьего моляра
позади коронки нижних зубов 3.6 и 4.6
вокруг верхушки корня нижнего третьего моляра

758. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА МЕПИВАКАИНА БЕЗ
ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) (В МГ/КГ)

7
0,5
*4,4
1,5

759. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗА НА НЁБЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ _____ АНЕСТЕЗИЯ

палатинальная
туберальная
*резцовая
подглазничная

760. ПРИ НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИИ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТ

энтерально
ингаляционно
внутримышечно
*внутривенно

761. ПОСТОЯННОЕ ВПРЫСКИВАНИЕ АНЕСТЕТИКА ПО МЕРЕ
ПРОДВИЖЕНИЯ ИГЛЫ ВО ВРЕМЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

*не поранить сосуд
отслоить надкостницу
быстрого наступления анестезии
отслоить слизистую десны

762. СТАБИЛИЗАТОРОМ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

адреналин
*бисульфит натрия
магнезия
вазопрессин

763. СТАБИЛИЗАТОРОМ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*адреналин
бисульфит натрия
магнезия
вазопрессин

764. СЛЕДСТВИЕМ ВЫСОКОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ МОЖЕТ БЫТЬ
- диастема
 - *локальный пародонтит
 - уплощение фронтального отдела нижней челюсти
 - пародонтит
765. НАЛИЧИЕ «ЛОЖНЫХ» КАРМАНОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- пародонтита средней степени тяжести
 - *гипертрофического гингивита
 - пародонтита легкой степени
 - пародонтита тяжелой степени тяжести
766. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПРИКУС
- *глубокий
 - перекрестный
 - прямой
 - открытый
767. ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- *узловым швом
 - коллодийной повязкой
 - гипсовой повязкой
 - непрерывным швом
768. НАЛОЖЕНИЕ СБЛИЖАЮЩИХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ШВОВ ПОКАЗАНО ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РАН
- проникающих в полость рта
 - с небольшими дефектами мягких тканей
 - сочетающихся с дефектами костной ткани
 - *с обширными дефектами мягких тканей
769. ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ОПТИМАЛЬНО ПРОВОДИТЬ
- перед оказанием нейрохирургической помощи
 - после исчезновения симптомов черепно-мозговой травмы
 - *одновременно с нейрохирургическим вмешательством
 - через некоторое время после оказания неотложной помощи
770. ПРИ РАНЕ В ОБЛАСТИ ЩЕКИ, ПРОНИКАЮЩЕЙ В ПОЛОСТЬ РТА, ШВЫ ВНАЧАЛЕ НАКЛАДЫВАЮТ НА
- кожу

*слизистую полости рта
фасцию
мышечный слой

771. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

подвижность зуба I степени
полностью разрушенная коронковая часть
*препятствие со стороны зуба репозиции отломков при переломе челюстей
отлом инструмента в верхней трети канала корня зуба

772. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
НАЗЫВАЕТСЯ

клювовидные щипцы с шипом
*угловой элеватор
гладилка
S-образные несходящиеся щипцы

773. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

клювовидные щипцы
*прямой элеватор
S-образные сходящиеся щипцы
клювовидные щипцы с шипами

774. ПРИ НАРУШЕНИИ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ
МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

потере сознания
периоститу
альвеолиту
*луночковому кровотечению

775. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА

латентная вирусная инфекция
гипосаливация
*перенесенный пациентом инфаркт миокарда менее 6 месяцев до обращения к
хирургу-стоматологу
присутствие в крови пациента антител к вирусу гепатита В

776. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ПРИМЕНЯЮТСЯ ЩИПЦЫ _____ ЩЕЧКАМИ

S-образные с несходящимися
клювовидные с несходящимися
*прямые с несходящимися
прямые со сходящимися

777. ТЕХНИЧЕСКИ САМОЙ СЛОЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
двухэтапная операция: пластика свободным трансплантатом открытым способом+
коронарное смещение тканей
закрытие пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем
латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
двухслойная методика коронкового смещения лоскута с поворотом десневых сосочков
*туннельная методика пластики множественных рецессий с применением
соединительнотканного трансплантата
778. ПЛАСТИКА ДЕСНЫ ПО MILLER (1987) ПРОВОДИТСЯ
полулунным лоскутом с коронковым смещением
*прямым закрытием свободным десневым трансплантатом
с коронковым смещением лоскута
с боковым смещением лоскута
779. К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ ОТНОСЯТСЯ МЕМБРАНЫ
на основе политетрафторэтилена
укрепленные титаном
*на основе коллагена
на основе тефлона
780. ПЛАСТИКА ДЕСНЫ ПО TARNOW (1986) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
с боковым смещением лоскута
прямым закрытием свободным десневым трансплантатом
с коронковым смещением лоскута
*полулунным лоскутом с коронковым смещением
781. К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС,
ОТНОСЯТ
снижение полей зрения
*хрусты и щелчки при открывании и закрывании рта
затрудненное глотание
боли в области подбородка
782. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
опухоль
мастоидит
*травма мышечковых отростков нижней челюсти
околоушный гипергидроз
783. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
радиоизотопная диагностика
*томография внчс

биохимия крови
аудиометрия

784. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

электроодонтодиагностика
*компьютерная томография
биохимия крови
аудиометрия

785. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*остеопорозом, атрофией кости, сужением суставной щели
наличием участков костных разрастаний, наличием плотных соединительнотканых тяжей, сужением суставной щели
наличием оссификатов в суставной щели, деформацией головки мыщелкового отростка
расширением суставной щели, деформацией головки мыщелкового отростка, деформацией суставной ямки

786. ИНФОРМАЦИЮ О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ ОТ

*врача-стоматолога
любого медицинского работника
врача-терапевта участкового
медицинского регистратора

787. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

количество операций в день
*оборот койки
количество принятых больных в день
УЕТ в день

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

*клинические рекомендации
показатели фондооснащенности и фондовооруженности
требования техники безопасности
правила внутреннего распорядка

789. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИНЦИЗИОННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БИОПСИИ БЕРУТ НА ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНИ

не более 1 см³ патологически изменённой на границе со здоровой тканью

*не менее 1 см3 на границе со здоровой тканью
все изменённые и фрагмент, расположенных рядом здоровых тканей
не более 2 см3 патологически изменённой на границе со здоровой тканью

790. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МЯГКОГО НЕБА СО СТОРОНЫ ПОЛОСТИ РТА
ПОКРЫТА _____ ЭПИТЕЛИЕМ

многослойным плоским ороговевающим
многорядным мерцательным
*многослойным плоским неороговевающим
однослойным цилиндрическим

791. НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
наружный слуховой проход
*околоушно-жевательная фасция
шиловидный отросток
сосцевидный отросток

792. АУГМЕНТАЦИЯ (УВЕЛИЧЕНИЕ) АТРОФИРОВАННОГО
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ЧАСТИ) ЧЕЛЮСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ СЭНДВИЧ-
ОСТЕОТОМИИ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ

расщепления альвеолярного гребня
*остеотомии и вертикального перемещения фрагмента кости
заполнения аутогенной костью дефекта кости
фиксации трансплантата кости на альвеолярном гребне

793. ОДНОМОМЕНТНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ В ЛУНКУ УДАЛЕННОГО ЗУБА
ПОКАЗАНА ПРИ ДОСТАТОЧНОМ ОБЪЕМЕ ТКАНИ

*костной
губчатой
хрящевой
мышечной

794. МАТЕРИАЛОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ
ИЗГОТОВЛЕНИЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

*титан
углеродистая сталь
нержавеющая сталь
алюминий

795. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

*периимплантит
перфорация верхнечелюстного синуса
травма нижнего луночкового нерва

повреждение язычной артерии

796. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

периимплантит
перфорация верхнечелюстного синуса
*травма нижнего луночкового нерва
повреждение язычной артерии

797. ВЫЯВЛЕНИЕ НА СИАЛОГРАММЕ ДЕФОРМИРОВАННЫХ ПРОТОКОВ,
ИХ СМЕЩЕНИЕ И ОБРЫВЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

сиалолитиаза
липомы
*карциномы
кисты

798. УСТЬЕ СТЕНОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

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

799. УСТЬЕ СТЕНОНОВА ПРОТОКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

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

800. ДЛЯ СИАЛОДОХИТОВ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

тромбоз сосудов
поражение внутрижелезистых лимфоузлов
*поражение системы выводных протоков
поражение стромы железы

801. НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ

*носогубная киста
радикулярная киста
кератокиста
фолликулярная киста

802. К ОСНОВНОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ В РАЗВИТИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
ОТНОСЯТ

гиперсаливацию
массивные зубные отложения
*хроническую травму слизистой оболочки
заболевания желудочно-кишечного тракта

803. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ
УЗИ

сцинтиграфия
ПЭТ КТ
*дентальная рентгенография

804. ЖЕМЧУЖИНАМИ ЭПШТЕЙНА НАЗЫВАЮТ КИСТЫ

небные сосочковые
кератокисты
носонебные
*среднебные

805. К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ИЗ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТ

фиброматоз десен
ксантому
эпулис
*мягкую фиброму

806. МЕМБРАНА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПАРОДОНТЕ, ДОЛЖНА БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ИЗ
МАТЕРИАЛА

градуированного
*биосовместимого
иммуностимулирующего
синтетического

807. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО СМЕЩЕННОГО
ЛОСКУТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие необходимости наложения швов
*хорошее кровоснабжение перемещаемого лоскута
возможность применения для множественных рецессий
трапециевидный разрез

808. ЗАБОР АУТОТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

переходной складки
кожи
слизистой щеки
*неба

809. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МЕТОДИКЕ ПЛАСТИКИ МНОЖЕСТВЕННЫХ РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ ПО ZUSCHNELLI DE SANCTIS (2000) БЕЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ
- наличие широких межзубных сосочков
 - достаточная толщина десны и подвижной слизистой оболочки
 - достаточная глубина преддверия полости рта
 - *зона прикрепленной кератинизированной десны менее 2 мм
810. ДЛЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ КОНЦЕНТРАЦИЮ АРТИКАИНА В ВИДЕ ____% РАСТВОРА
- *4
 - 5
 - 2
 - 10
811. НАИМЕНЬШУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АНЕСТЕЗИИ ИМЕЕТ
- лидокаин
 - прилокаин
 - артикаин
 - *прокаин
812. МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫХ ВАЗОКОНСТРИКТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- норадреналин 0.02 мг
 - норадреналин 0.04 мг
 - адреналин 0.02 мг
 - *адреналин 0.2 мг
813. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ ПРОИСХОДИТ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА
- жевательный нерв
 - *носонебный нерв
 - язычный нерв
 - большой небный нерв
814. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА ____ НЕРВОВ
- только нижнелуночкового и нёбного
 - *щечного, нижнелуночкового, язычного
 - щечного, нижнелуночкового, нёбного
 - носонёбного, нижнелуночкового, подбородочного
815. ОСТЕОМОЙ НАЗЫВАЮТ
- начальную форму остеобластокластомы
 - *доброкачественную опухоль из зрелой сформированной костной ткани

участки склероза костной ткани
доброкачественную опухоль из соединительной ткани

816. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ортопантомография
*ультразвуковое исследование
сиалометрия
эхосотеометрия

817. ВЫЯВЛЕНИЕ В ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ХОРД И ПОЛОСОК ОДОНТОГЕННОГО ЭПИТЕЛИЯ,
ОКРУЖЕННОГО СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ СТРОМОЙ, ХАРАКТЕРНО
ДЛЯ

*амелобластомы
резидуальной кисты
кератокисты
радикулярной кисты

818. АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

цементомой
хондромой
твердой одонтомой
*радикулярной кистой

819. РАК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

ретенционной кистой
*хроническим верхнечелюстным синуситом
плеоморфной аденомой
дистопией третьих моляров

820. СУСТАВНЫЕ ШУМЫ В ВИДЕ ХРУСТА И КРЕПИТАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

хронического вывиха ВНЧС
*деформирующего остеоартроза ВНЧС
хронического вывиха головок нижней челюсти
хронического подвывиха ВНЧС

821. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУСТОРОННЕГО КОСТНОГО
АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

множественный кариес
*полное отсутствие движений нижней челюсти
нарушение глотания
шум в ушах

822. ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АРТРИТ ВНЧС МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
удаления зубов верхней челюсти
перелома верхней челюсти
актиномикоза
*отита
823. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
шум в ушах
*резкое ограничение подвижности нижней челюсти
выраженный болевой симптом
нарушение глотания
824. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
невралгия тройничного нерва
неврит лицевого нерва
фурункул челюстно-лицевой области
*изменение высоты прикуса
825. ДЕЗИНФЕКТАНТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ МОЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ И НИЗКОЙ
ТОКСИЧНОСТЬЮ, ЧАЩЕ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
альдегидсодержащих
хлорсодержащих
кислородсодержащих
*четвертичных аммониевых соединений
826. СТЕРИЛЬНОСТЬ ИНСТРУМЕНТОВ В БАКТЕРИЦИДНОЙ УФ-КАМЕРЕ (ПРИ
ЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ) СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
12 часов
1 месяц
*7 суток
6 часов
827. ПО ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
_____ИНФЕКЦИЙ
подострых
*медленных
латентных
хронических, рецидивирующих
828. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
парез мимической мускулатуры
*слюнной свищ
неврит ментального нерва

аурикулотемпоральный синдром

829. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА, ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЬ
- отёк железы, выделение гноя из протока
 - уменьшение железы, гиперсаливация
 - уплотнение железы
 - *отёк железы, гипосаливация
830. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- *припухание слюнной железы во время приёма пищи
 - припухание слюнной железы после сиалографии
 - припухание слюнной железы во время обострения
 - постоянное припухание слюнной железы
831. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ШЕГРЕНА ЯВЛЯЮТСЯ
- *ксеростомия, ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит
 - ксеростомия, дисметаболический синдром
 - ксеростомия, анорексия
 - увеличение слюнных и слёзных желез
832. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- герпетическим стоматитом
 - болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
 - нормальными слюноотделением и размерами железы
 - *незначительным уплотнением и увеличением железы, болью, гипосаливацией
833. ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.6 ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ _____ ПАЦИЕНТА
- справа и спереди
 - *справа и сзади
 - слева и спереди
 - слева и сзади
834. РОТАЦИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ УДАЛЕНИИ
- малых коренных зубов верхней челюсти
 - резцов нижней челюсти
 - больших коренных зубов нижней челюсти
 - *клыков верхней челюсти
835. ШТЫКОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ

верхние премоляры и моляры
нижние премоляры
*корни верхних зубов
нижние третьи моляры

836. ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА
НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

первого резца
клыка
*третьего моляра
второго резца

837. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

S-образные с шипом справа
S-образные не сходящиеся
*штыковидные
S-образные сходящиеся

838. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА СЧИТАЕТСЯ ПОЗДНЕЙ, ЕСЛИ
ОНА ПРОВЕДЕНА В СРОКИ _____ ЧАСОВ

24-48
*от 48 и более
12-48
до 48

839. МЕЖЧЕЛЮСТНОЕ ЛИГАТУРНОЕ СВЯЗЫВАНИЕ ПО АЙВИ ЯВЛЯЕТСЯ _____
ИММОБИЛИЗАЦИЕЙ

экстренной
*временной
отсроченной
постоянной

840. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ,
ПРОНИКАЮЩЕЙ В ПОЛОСТЬ РТА, ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ В СЛЕДУЮЩЕЙ
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

кожа, мышцы, слизистая оболочка
*слизистая оболочка, мышцы, кожа
мышцы, кожа, слизистая оболочка
мышцы, слизистая оболочка, кожа

841. МЕТОД ФИЗИОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА УСКОРЕНИЕ
КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА
ЧЕЛЮСТИ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

*ультрафонофорез с метилурацилом

парафинотерапию
массаж
электрофорез с лидазой

842. ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ НА МОЛЯРЫ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

снизу-вверх
*книзу
вбок
фронтальной группы зубов

843. ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ В ОБЛАСТИ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

компрессионно-дистракционный аппарат
*остеопластический материал и мембрану
инъекции факторов роста
сэндвич-остеотомию

844. МИНИМАЛЬНАЯ УСАДКА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ У

Мукографта
*соединительнотканного трансплантата
Аллодерма
Мукодерма

845. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

повреждение язычной артерии
травма нижнего луночкового нерва
*периимплантит
перфорация верхнечелюстного синуса

846. ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ
расщепления альвеолярного гребня

*резьбы имплантата
остеоинтеграции
нагрева костной ткани

847. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ОДНОВРЕМЕННОГО

воздействия различных факторов
воздействия различных факторов в нескольких областях организма
воздействия различных ранящих снарядов
*поражения в нескольких областях организма

848. ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
безболезненной перкуссией
*выпадением зуба из лунки
дефектом коронковой части зуба
патологической подвижностью зуба
849. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
кверху
вперед
кверху и кпереди
*книзу и кзади
850. ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
*вторичные деформации лицевого скелета
парез ветвей лицевого нерва
телеангиоэктазию
птоз
851. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
снижением сердечного выброса
снижение центрального венозного давления
*снижение артериального давления
увеличение венозного возврата
852. К ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
гематома
кровотечение
эмфизема тканей
*обморок
853. К ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОТНОСЯТ
альвеолит
*анафилактический шок
синусит
остеомиелит
854. ПЕРВАЯ ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПО ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*чувствительной
смешанной, преимущественно двигательной
двигательной
смешанной, преимущественно чувствительной

855. НИТЕВИДНЫЕ И КОНИЧЕСКИЕ СОСОЧКИ ЯЗЫКА

содержат в своем центре возвышение
имеют расширенную верхушку
расположены только по краям языка
*самые многочисленные

856. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

артротомография
ультразвуковое исследование
артроскопия
*электромиография

857. САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕЦЕССИИ
ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП СЛИЗИСТОЙ

смешанный
*тонкий
гипертрофированный
Толстый

858. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ (Л. Н.
ДЕДОВА, 2002–2007) БЫВАЕТ

местной и распространенной
*локализованной и генерализованной
местной и общей
простой и сложной

859. КО II КЛАССУ В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ РЕЦЕССИИ
ДЕСНЫ (P. D. MILLER, 1985) ОТНОСЯТ

потерю десны и кости в межзубных промежутках
рецессию в пределах прикрепленнойприкрепл
*рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны без потери костной ткани
рецессию в пределах свободной десны

860. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ10)
ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ (K05.1) ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА

неуточненный (БДУ), десквамативный, гиперпластический, простой
*неуточненный (БДУ), десквамативный, гиперпластический, простой, маргинальный,
язвенный
неуточненный (БДУ), сложный, простой
гиперпластический, простой, маргинальный, язвенный

861. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОЛИ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УДАЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ
*субтотальной паротидэктомии
тотальной паротидэктомии
щадящей паротидэктомии
радикальной паротидэктомии
862. ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛАДЕНОЗА НАПРАВЛЕНО НА
излечение заболевания в слюнной железе
устранение инфекции в слюнной железе
*лечение сопутствующих заболеваний
восстановление структурных нарушений слюнной железы
863. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В ТОЛЩЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО
удаление конкремента в амбулаторных условиях под местным обезболиванием
бужирование протока с целью создания условий для самостоятельного выхода конкремента
однократное введение в проток околоушной слюнной железы 3% раствора лимонной кислоты
*удаление конкремента из железы в условиях стационара под общим обезболиванием
864. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ
*30 дней
40 дней
2 месяцев
3 месяцев
865. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА) ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ), ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО
профилактическим медицинским осмотрам
экспертизе стойкой нетрудоспособности
*экспертизе временной нетрудоспособности
профилю «терапия» и «педиатрия»
866. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
*формируется (выдается) листок нетрудоспособности

справка произвольной формы
листок нетрудоспособности не формируется (не выдаётся)
справка установленного образца

867. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЛИЦА
ВХОДИТ

седативная терапия
лучевая терапия
мануальная терапия
*физиотерапия

868. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ОЧИЩЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ НАЗНАЧАЮТ

увч в слаботепловой дозе
электрофорез
массаж
*флюктуоризацию

869. ДРЕНИРОВАНИЕ ФЛЕГМОНЫ ПОДЖЕВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

в подподбородочной области
*со стороны кожных покровов, окаймляя угол н\ч
в околоушной области, следуя проекции лицевого нерва
в поднижнечелюстной области, параллельно и отступя от края н\ч на 2 см

870. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

фузидин
коргликон
*метилурацил
эритромицин

871. РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ДОСТАТОЧЕН,
ЕСЛИ ОН СДЕЛАН

в области флюктуации
в месте наибольшей болезненности
по границе гиперемии кожи
*на всю ширину инфильтрата

872. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК «ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У
ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С НЕЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ
ДО 5-6 ММ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО

апикального гранулёматозного периодонтита
деструктивного очагового остеомиелита челюсти
апикального фиброзного периодонтита

*апикального гранулирующего периодонтита

873. ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В

слизистой оболочке

*костной ткани челюсти

мягких тканях

мышечной ткани

874. ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

*поднижнечелюстном треугольнике

подподбородочном треугольнике

позадичелюстной области

подъязычной области

875. ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АНГИНЫ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ

лимфоузлов щечной области

*моляров нижней челюсти

верхней губы

зубов верхней челюсти

876. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

острым сиалодохитом

*обострением хронического периодонтита

хроническим гайморитом

тризмом

877. ЭМБОЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА

спирт

*гидрозин

фибро-вейн

галотан

878. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

химиотерапия

выскабливание опухоли

резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

*блок-резекция челюсти

879. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

лучевая терапия
*иссечение в пределах здоровых тканей
химиотерапия
блок-резекция альвеолярного отростка

880. ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ

нагноившихся
распространяющихся в область бугра
*прорастающих в верхнечелюстную пазуху
оттеснивших верхнечелюстную пазуху

881. КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ НА

нижних третьих молярах
*нижних молярах
нижних премолярах
нижних клыках

882. СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ

бюро медицинской статистики
центр мобилизационных резервов
*медико-санитарную часть
центр военно-врачебной экспертизы

883. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСНАЩЁН ПРИТОЧНО-ВЫТЯЖНОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ

только при работе с амальгамой
на усмотрение регулирующих органов
*всегда
только при размещении в подвальном помещении

884. СТАНДАРТЫ И ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ

главного врача медицинской организации
заведующего отделением медицинской организации
территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов РФ
*федерального органа исполнительной власти – Министерства здравоохранения РФ

885. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

пластика выводного протока

рассечение Стенонова протока
*экстирпация железы с конкрементом
удаление конкремента

886. УДАЛЕНИЕ КАМНЯ В ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПРОТОКА
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРЯЖЕНО С ТРАВМОЙ

*язычного нерва
капсулы поднижнечелюстной железы
подъязычной слюнной железы
паренхимы поднижнечелюстной железы

887. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ЯВЛЯЕТСЯ

криотерапия
*хирургический
склерозирующая терапия
физиотерапевтический

888. ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЫШЕ ВЕРХУШЕК ЗУБОВ
ЯВЛЯЕТСЯ



благоприятным, но после иммобилизации может привести к удалению зубов
*благоприятным, так как после иммобилизации может привести к сохранению
зубов
неблагоприятным, так как требует удаления фрагмента вместе с зубами
неблагоприятным, так как требует депульпирования зубов

889. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

скуловые кости снизу-вверх
подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх

*подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
крючки крыловидных отростков кпереди-кверху

890. К НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПРОЕКЦИЯМ ДЛЯ ЛУЧЕВОЙ
ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ
аксиальную, полуаксиальную

*прямую, боковую
носо-подбородочную, полуаксиальную
панорамную томограмму челюстных костей

891. ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВОЗНИКШИЙ НА СТОРОНЕ
ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ОТ УДАРА, НАЗЫВАЕТСЯ _____ ПЕРЕЛОМОМ

*отражённым
двухсторонним
двойным
противоположным

892. ПЕРИОСТОТОМИЮ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

с вестибулярной стороны челюсти
только в случае отсутствия свищевого хода
с язычной стороны челюсти
*с обеих сторон челюсти

893. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БЛОКАД ПО ВИШНЕВСКОМУ ЯВЛЯЕТСЯ
синусит

*инфильтрат
отек
эмпиема верхнечелюстной пазухи

894. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
НЕОБХОДИМО

депульпировать
запломбировать
раскрыть
*удалить

895. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ

*антибактериальная терапия
криотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция

896. АМПУТАЦИЕЙ КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ
*корня зуба с сохранением коронковой части
остаточного корня зуба
одного из корней зуба вместе с частью его коронки
верхушки зуба
897. ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
выписка из протокола решения врачебной комиссии
*листок нетрудоспособности с указанием кода 21
листок нетрудоспособности на 3 дня
справка на все дни
898. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице
выдаётся только при ургентном заболевании
*не выдаётся
выдаётся в случае госпитализации
899. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)
*в день признания его временно нетрудоспособным
с первого дня заболевания или травмы
при окончании лечения
по желанию пациента
900. ПРЕДЕЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕГО ДНЯ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА, ПРИ КОТОРОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНО ПОДДЕРЖАНИЕ ДОПУСТИМОГО УРОВНЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ВОЗДУХА, СОСТАВЛЯЕТ ____ ЧАСА/ЧАСОВ
6
12
*8
24
901. ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПРЕДМЕТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗОНЕ ЛЕЧЕНИЯ (СТОЛИК ДЛЯ ИНСТРУМЕНТОВ, КНОПКИ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ, СВЕТИЛЬНИК, ПЛЕВАТЕЛЬНИЦА, ПОДГОЛОВНИК СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КРЕСЛА) ПРОВОДЯТ
после окончания рабочей смены
*после каждого пациента

каждые 30 минут
при проветривании помещений

902. В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ, ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ,
СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ (АВТОКЛАВНОЙ) ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ
ПОМЕЩЕНИЙ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

10 дней
неделю
месяц
*день

903. ПРИ ПРОТАЛКИВАНИИ КОРНЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ
ОШИБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ

*удаление корня через лунку
наложение йодоформного тампона на устье лунки, направление в стационар
удаление корня в стационаре
ротоносовая проба

904. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

S-образные со сходящимися щечками
прямые корневые
изогнутые по плоскости
*S-образные без шипа

905. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ СО ДНА ЛУНКИ, ВОЗНИКАЮЩЕМ
НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИМЕНЯЮТ

*тугую тампонаду
введение коагулянтов
прошивание сосуда
перевязку питающего сосуда

906. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ
УДАЛЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

*клювовидные щипцы со сходящимися щечками
клювовидные щипцы с несходящимися щечками
байонетные щипцы
S-образные щипцы со сходящимися щечками

907. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКШИМ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА,
ОТНОСИТСЯ

*перелом коронки зуба
остеомиелит
альвеолит
неврит нижнего альвеолярного нерва

908. РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦЕССИИ МАКСИМАЛЬНЫЙ ПРИ ШИРИНЕ
КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ ДЕСНЫ (В ММ)
менее 10
менее 5
более 2
*менее 2
909. ПОЛЯРОГРАФИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
интенсивность и распространённость воспалительных изменений
регионарную гемодинамику в пародонте
*парциальное давление кислорода в тканях
уровень деструкции альвеолярной кости
910. НАЛИЧИЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
*пародонтита
пародонтоза
пародонтомы
гингивита
911. АБСЦЕДИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА
в стадии ремиссии
хронического
в стадии стабилизации
*хронического в стадии обострения
912. ОТКАЗ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СРЕДСТВАМ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ
СВЕДЕНИЙ ВОЗМОЖЕН, ЕСЛИ ОНИ СОДЕРЖАТ
анализ качества оказания медицинской помощи
данные о летальности пациентов в стационаре
показатели заболеваемости населения
*врачебную тайну
913. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ
РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ
ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ
КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА
получение информации о лекарственных препаратах из независимых источников
участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
*выпуску лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее
напечатано наименование лекарственного препарата или на бланках, содержащих
информацию рекламного характера
участие в научно-практических конференциях с представителями фармацевтических
компаний

914. СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

физиотерапевтический кабинет

зуботехническая лаборатория

бактериологический кабинет

*хирургический кабинет

915. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

нормальными слюноотделением и размерами железы;

герпетическим стоматитом;

*незначительным уплотнением и увеличением железы, болью, гипосаливацией;

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией;

916. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

боль

гиперсаливация

*ксеростомия

отёк

917. РАЛУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

киста околоушной слюнной железы

киста поднижнечелюстной слюнной железы

опухоль подъязычной слюнной железы

*киста подъязычной слюнной железы

918. ПО ХАРАКТЕРУ СЕКРЕТА ПОДЪЯЗЫЧНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

белковой

серозной

слизисто-белковой

*серозно-слизистой

919. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НА СИАЛОГРАММЕ

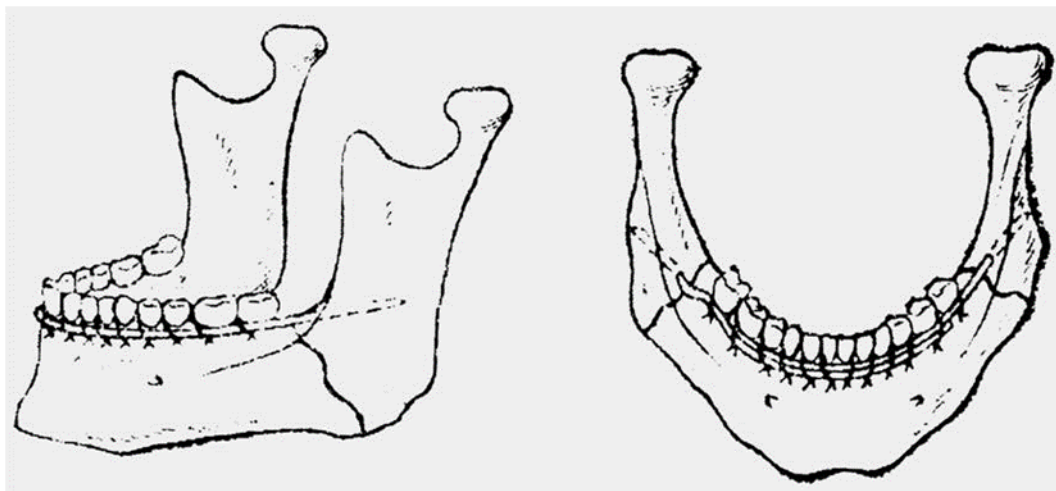
контрастных пятен в паренхиме за пределами протоков

*множественных округлых скоплений контраста

расширенных протоков

дефектов контрастирования паренхимы

920. НА РИСУНКЕ ПРЕДСТАВЛЕН МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА ФРАГМЕНТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЗУБНОГО РЯДА, ПРЕДЛОЖЕННЫЙ



Вебером
Ванкевичем
*Донским
Адамсом

921. ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

клыков
премоляров
резцов
*третьих моляров

922. УЧАСТКОМ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО КРУГЛОГО СТЕБЕЛЬЧАТОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ

внутренняя поверхность бедра
предплечье
*передне-боковая поверхность живота
внутренняя поверхность плеча

923. ПРИ РАНЕНИИ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ КОСТИ ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:

кость, мягкие ткани, швы, иммобилизация
*кость, мягкие ткани, иммобилизация, швы
иммобилизация, кость, мягкие ткани, швы
кость, иммобилизация, мягкие ткани, швы

924. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В/НА ____ СУТКИ

4-5
*первые

2-3

1-2

925. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЁННОСТЬ МИНИМАЛЬНАЯ ПРИ
ОБНАРУЖЕНИИ НА КОЖЕ ЛИЦА

невуса

*капиллярной ангиомы

кожного рога

пигментной ксеродермы

926. ГЛУБОКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ
ПАЛЬПИРУЮТ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ПРИ

запрокидывании головы

*повороте головы в противоположную сторону

наклоне головы вниз

положении подбородка параллельно горизонтальной плоскости

927. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ

*бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
термический и химические ожоги

928. ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К

факультативному пердраку

форме cancer in situ

*доброкачественным опухолям

злокачественным опухолям

929. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ
ПЭТ КТ

сцинтиграфия

УЗИ

*дентальная рентгенография

930. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПЛАНА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА
ПАРОДОНТЕ ХИРУРГ ДОЛЖЕН ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ

рентгенограмму, глубину пародонтальных карманов, архитектуру альвеолярной
кости

рентгенограмму, глубину пародонтальных карманов

*рентгенограмму, глубину пародонтальных карманов, количество прикрепленной и
кератинизированной десны, архитектуру альвеолярной кости

глубину пародонтальных карманов, количество прикрепленной и кератинизированной
десны, архитектуру альвеолярной кости

931. КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ КЮРЕТАЖА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ ЧЕРЕЗ

*1 месяц

1 неделю

1 год

6 месяцев

932. МЕМБРАНА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПАРОДОНТЕ, ДОЛЖНА БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ИЗ МАТЕРИАЛА

*биосовместимого

градуированного

иммуностимулирующего

синтетического

933. ПЛАСТИКА ДЕСНЫ ПО NELSON (1987) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КАК

*закрытие пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке

двухэтапная операция: пластика свободным трансплантатом открытым

способом+коронарное смещение тканей

прямое закрытие свободным десневым трансплантатом

пластика полулунным лоскутом с коронковым смещением

934. ПО ХАРАКТЕРУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ

остеомиелит легкой, средней тяжести и тяжелой формы

ограниченный, очаговый и разлитой остеомиелит

*острый, подострый, хронический и обострившийся остеомиелит

литическую и секвестрирующую формы остеомиелита

935. ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА СОПРОВОЖДАЕТ

острый периодонтит

хронический периодонтит

*острый остеомиелит

хронический остеомиелит

936. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНИТА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ ПРОВОДИТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С

*срединной кистой шеи

увеличенной щитовидной железой

атеромой

липомой

937. КЛИНИЧЕСКИ ПОДКОЖНЫЕ ГРАНУЛЕМЫ БЫВАЮТ

очаговыми и гнездными
тотальными
*одиночными и множественными
ограниченными и разлитыми

938. КЛИНИЧЕСКИ ПОДКОЖНЫЕ ГРАНУЛЕМЫ БЫВАЮТ

очаговыми и гнездными
*тотальными
одиночными и множественными
ограниченными и разлитыми

939. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

бедренной кости
костей стопы
*гребешка подвздошной кости
ключицы

940. ПРЕПАРАТЫ, СЛУЖАЩИЕ КАРКАСОМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ КОСТИ И ЕЕ
ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ, НАЗЫВАЮТСЯ

остеоиндуктивные
*остеоиндуктивные
остеонейтральные
остеоинтегральные

941. ИМПЛАНТАТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОКРУЖЕН СО ВСЕХ СТОРОН КОСТНОЙ
ТКАНЬЮ ТОЛЩИНОЙ НЕ МЕНЬШЕ

0,5 мм
0,8 мм
1,1 мм
*1,5 мм

942. ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ, ПОЛУЧЕННЫМ ОТ ЖИВОТНЫХ
(СВИНЕЙ, ЛОШАДЕЙ, КОРОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

аллопластический
аллогенный
аутогенный
*ксеногенный

943. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

перкуссия
*электроодонтодиагностика
пальпация
сбор анамнеза

944. СКРЫТАЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТЛИЧАЕТСЯ РАСХОЖДЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА
без расщепления эпидермиса и с расщеплением слизистой оболочки
без расщепления слизистой оболочки и с расщеплением эпидермиса и деформацией носа
*без расщепления эпидермиса и слизистой оболочки
945. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРИКРОНИТЕ
*рентгенография челюсти
электроодонтодиагностика
магнитно-резонансная томография
рентгенография черепа
946. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АРИТМИИ МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ ЛУЧШЕ ВЫПОЛНЯТЬ
бупивакаином
мепивакаином
*лидокаином
артикаином
947. ГРУППОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАЗНАЧЕНИЕ КОТОРЫХ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ОТНОСИТЕЛЬНО БЕЗОПАСНО, ЯВЛЯЮТСЯ
тетрациклин, линкомицин
*пенициллины, цефалоспорины
тетрациклин, пенициллин
макролиды, цефалоспорины
948. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ
у основания носа
в нижней трети носогубной складки
у нижней границы нижнего века
*на 1 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
949. МАНДИБУЛЯРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ СПОСОБАМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
аппликационным
инфильтрационным
*проводниковым
стволовым

950. КРИТЕРИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- вид первичной опухоли
 - объем опухоли
 - *отсутствие рецидива
 - возраст пациента
951. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ РЕПАРАТИВНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- эндоскопистом
 - онкологом
 - *хирургом-стоматологом
 - оториноларингологом
952. ЭМБОЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА
- фибро-вейн
 - галотан
 - спирт
 - *гидрозин
953. ОПЕРАЦИЯ РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
- восстановлении твердых тканей зуба временной коронкой
 - наличии ортодонтического ретейнера
 - *глубоком пародонтальном кармане
 - наличии культевой вкладки
954. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГУБЫ ПРОВОДЯТ ИССЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ, ОТСТУПАЯ ОТ ОПУХОЛЕВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ НА ____ СМ
- 1
 - 0,2
 - 0,5
 - *2
955. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ ВЫВИХА
- заднего
 - переднего
 - *нижнего
 - двустороннего
956. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
- шум в ушах при резком повороте/наклоне головы

нарушение глотания в утренние часы и после нагрузки на сустав
множественный, быстро прогрессирующий, пришеечный кариес
*резкое ограничение подвижности нижней челюсти

957. ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ СУСТАВНОЙ ДИСК И МЯГКОТКАННЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

компьютерной томографии
зонографии
ортопантомографии
*магнитно-резонансной томографии

958. СУСТАВНЫЕ ШУМЫ В ВИДЕ ХРУСТА И КРЕПИТАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

хронического вывиха ВНЧС
хронического вывиха головок нижней челюсти
хронического подвывиха ВНЧС
*деформирующего остеоартроза ВНЧС

959. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

*компьютерной томографии
артрографии
электромиографии
аксиографии

960. К СИМПТОМАМ ОБМОРОКА, ВОЗНИКШЕГО ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА,
ОТНОСЯТСЯ

двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков
повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах
потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка,
самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
*кратковременная потеря сознания, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных
покровов

961. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

снижением сердечного выброса
снижение центрального венозного давления
увеличение венозного возврата
*снижение артериального давления

962. К ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ОТНОСЯТ

альвеолит
*анафилактический шок
остеомиелит

синусит

963. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

боль

*ксеростомия

отёк

гиперсаливация

964. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

облигатными анаэробами

прионами

факультативными анаэробами

*вирусом

965. ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА УРОВНЕ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ГРАНИЧИТ С

подъязычным нервом

шейным сплетением

языкоглоточным нервом

*язычным нервом

966. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

нормальными слюноотделением и размерами железы

герпетическим стоматитом

*незначительным уплотнением и увеличением железы, болью, гипосаливацией

967. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ОТНОСЯТ

выделение ДНК микоплазмы

иммуноферентный анализ крови

*выделение вируса эпидемического паротита, реакцию комплемента, реакцию торможения гемагглютинации

реакцию торможения иммунофлюоресценции

968. ВОЗДУШНЫМ ПУТЕМ ОТ ПАЦИЕНТА ВРАЧУ ПЕРЕДАЕТСЯ

сифилис

*туберкулез

актиномикоз

СПИД

969. СРОК СОХРАНЕНИЯ СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ ЗАВИСИТ ОТ

*упаковки

метода стерилизации

вида изделия медицинского назначения
характера манипуляции

970. В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ, ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ,
СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ (АВТОКЛАВНОЙ) ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ
ПОМЕЩЕНИЙ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

*день
неделю
месяц
10 дней

971. СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ
ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

мультиспиральной компьютерной томографии
*ультразвуковой доплерографии
магнитно-резонансной томографии
ангиографии

972. ПОДЪЯЗЫЧНО-ЯЗЫЧНАЯ МЫШЦА ПРИ ДВУСТОРОННЕМ СОКРАЩЕНИИ
ТЯНЕТ ЯЗЫК

назад и вверх
в сторону
вперед и вниз
*назад и вниз

973. ПО КЛАССИФИКАЦИИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ В. Н. ШЕВКУНЕНКО ВЫДЕЛЯЮТ
ФАСЦИИ ШЕИ

*5
4
3
6

974. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

*саркома Юинга
остеосаркома
фибросаркома
Хондросаркома

975. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

саркома Юинга
*остеосаркома
фибросаркома
Хондросаркома

976. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ
саркома Юинга
*остеосаркома
фибросаркома
Хондросаркома
977. СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
*гемангиомы
папилломатоза
ретенционной кисты
лимфангиомы
978. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ
ПЛОМБИРОВАНИЕ
"причинного" зуба
зубов-антагонистов
всех зубов челюсти
*всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
979. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
снижением сердечного выброса
*снижение артериального давления
снижение центрального венозного давления
увеличение венозного возврата
980. ПУЛЬС ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА
*частый, нитевидный
редкий, хорошего наполнения
частый, хорошего наполнения
нитевидный, редкий
981. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
*обморок
контрактура
кровотечение
гематома
982. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
S-образные не сходящиеся щипцы
прямые щипцы
*клювовидные сходящиеся щипцы
клювовидные щипцы с шипом

983. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
наложение щипцов, продвижение щечек под десну, люксация, фиксация, сепарация
круговой связки зуба, тракция
фиксация зуба с одновременным отслаиванием круговой связки, ротация зуба,
фиксация зуба, вывихивание зуба
сепарация круговой связки, продвижение щечек щипцов под десну, вывихивание зуба
*сепарация круговой связки зуба, наложение щипцов, продвижение щечек щипцов под
десну, фиксация, ротация или люксация, тракция
984. ОБОСТРЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ
значительному изменению исхода лечения
*развитию осложнений
ускорению сроков эпителизации лунки
заживлению лунки
985. ОТСЛАИВАНИЕ ДЕСНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ
элеватором
экскаватором
стоматологическим зондом
*серповидной гладилкой
986. ОТЛОМ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УДАЛЕНИИ
ЗУБОВ
1.3 и 2.3
1.1 и 2.1
*2.8 и 1.8
3.4 и 4.4
987. ПРЕБЫВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТЭКТОМИИ
ДЛИТСЯ (В ДНЯХ)
1-3
12-15
*5-7
10-12
988. ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРЕРЫВИСТОМУ
МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ,
ПРОЦЕДУРЫ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО
РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР)
*врачебной комиссии
консилиума врачей
главного врача

врача-специалиста

989. РАБОТНИКАМ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА
- *весь период дегельминтизации
 - 10 дней
 - 5 дней
 - 7 дней
990. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ К ИМПРОВИЗИРОВАННЫМ ОТНОСЯТ
- круговую лобно-затылочную повязку
 - *круговую теменно-подбородочную повязку
 - компрессионно-дистракционный аппарат
 - шапочку Гиппократа
991. ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЙ АНТИБИОТИК
- пенициллин
 - тетрациклин
 - олететрин
 - *линкомицин
992. ГЛАВНУЮ ОПАСНОСТЬ В БЛИЖАЙШИЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ ЯЗЫКА, МЯГКОГО НЕБА, ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ
- столбняк
 - нарушение речи
 - сепсис
 - *асфиксия
993. ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)
- 0,8-1
 - 1-1,5
 - 0,6-0,7
 - *0,2-0,4
994. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- вторичная деформация
 - парез маргинальной ветви n. facialis

*повреждение нижнеальвеолярной артерии
слюнной свищ

995. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА

*выписку лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата или на бланках, содержащих информацию рекламного характера

участие в научно-практических конференциях с представителями фармацевтических компаний

получение информации о лекарственных препаратах из независимых источников

участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

996. ПОД КОНСИЛИУМОМ ПОНИМАЮТ СОВЕЩАНИЕ

*нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента

представителей администрации медицинской организации для решения вопроса об эвакуации пациента

сотрудников клинической кафедры по профилю заболевания пациента

представителей страховых компаний по решению спорных вопросов лечения пациентов

997. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ _____ ДОКУМЕНТОМ

финансовым

*юридическим

правовым

статистическим

998. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДОЛИ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УДАЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

*субтотальной паротидэктомии

щадящей паротидэктомии

тотальной паротидэктомии

радикальной паротидэктомии

999. ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛАДЕНОЗА НАПРАВЛЕНО НА восстановление структурных нарушений слюнной железы

устранение инфекции в слюнной железе

излечение заболевания в слюнной железе

*лечение сопутствующих заболеваний

1000. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ СЛЮННОГО
ПРОТОКА ПРОВОДЯТ

сдавливание краев раны

*прошивание мягких тканей

аппликацию раствора перекиси водорода

наложение гемостатической губки

1001. ПРИ ВНУТРИРОТОВОМ (ПАЛЬЦЕВОМ) МЕТОДЕ МАНДИБУЛЯРНОЙ
АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОВОДЯТ ПО ОТНОШЕНИЮ К
ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ У ВЗРОСЛЫХ

соответственно уровню

на 1 см ниже уровня

на 0,5 см выше уровня

*на 1 см выше уровня

1002. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ
ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

заболевание сердечно-сосудистой системы

*непереносимость местных анестетиков

заболевание желудочно-кишечного тракта

беременность

1003. В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИЕ РАСТВОРЫ НА ОСНОВЕ АРТИКАИНА В
КОНЦЕНТРАЦИИ (В ПРОЦЕНТАХ)

2

1

*4

3

1004. УСИЛЕНИЕ И ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ЭФФЕКТА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ
ПРИ ДОБАВЛЕНИИ В ИХ РАСТВОР СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ
СВЯЗАНО С

гипоксией

образованием комплексного соединения анестетика с сосудосуживающим препаратом

замедлением разрушения местного анестетика

*замедлением всасывания местного анестетика

1005. ХРАНЕНИЕ КАРПУЛ С АНЕСТЕТИКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

*при комнатной температуре в условиях затемнения

в спирте 70°

в холодильнике при температуре + 2°С

в хлоргексидина растворе 0,06 %

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 31.08.74 Стоматология хирургическая 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.