Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации

Укрупненная группа специальностей:
31.00.00 Клиническая медицина

Специальность
31.08.74 Стоматология хирургическая

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач – стоматолог-хирург

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации:

1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации) укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «27» августа 2014 года № 1117.
2) Общая характеристика образовательной программы.
3) Учебный план образовательной программы.
4) Устав и локальные акты Института.

Перечень вопросов для проведения государственной итоговой аттестации

1. Исторические этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вклад отечественных и зарубежных ученых.
2. Реанимация при неотложном состоянии в клинике хирургической стоматологии: анафилактический шок.
3. Сложное удаление зубов и корней. Показания и противопоказания. Оперативный доступ, техника удаления зубов с помощью долота и бормашины.
4. Осложнения, возникающие во время удаления зуба. Передозировка вазоконстриктора. Клиника, диагностика, тактика врача.
5. Хронический периодонтит. Виды хирургического лечения. Послеоперационный уход. Осложнения.
6. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Причины, клиника, диагностика. Осложнения.
7. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
9. Методы лечения острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
10. Хронический лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика специфических воспалительных процессов в ЧЛО.
12. Абсцесс подъязычной области. Топанатомия. Источники инфицирования Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
13. Позадимолярный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования

гнойного очага.

14. Абсцесс и флегмона крыло-нёбной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

Примерные ситуационные задачи для проведения государственной итоговой аттестации

Ситуационная задача 1

Больной 19 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,0 С, пульс 100 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подчелюстной области слева. При пальпации определяется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 36 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 34, 35, 37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Определяется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35,36 зубов определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области верхушек корней 36 зуба, корневые каналы запломбированы на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19.5; Ю-8, П-45, С- 20; Л-17; М-10; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 2

Больная 23 лет поступила на 4-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти справа в области 48 зуба, усиливающиеся при накусывании, невозможность открывания рта, незначительное изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,0 С, пульс 90 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет коллатерального отека тканей околоушно- жевательной области справа кожа обычной окраски, не напряжена. В проекции жевательной мышцы пальпируется плотный, резко болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,3см., 48 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 1-й степени. Имеется отек и инфильтрация тканей пародонта в области 48. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 48 зуба определяется равномерное округлое расширение

периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 48 зуба, корневые каналы не запломбированы.

Клинический анализ крови: L-10.5; П-12, С- 55; Л-20; М-10 ; Э-3; СОЭ - 17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 3

Больной 17 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при глотании слева, невозможность открывания рта. Два дня назад в поликлинике производилось лечение глубокого кариеса 35 зуба под проводниковой анестезией.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,20 С, пульс 96 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо симметрично, кожные покровы лица обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти слева определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,5 см. 35 зуб под пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Имеется отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки слева. При пальпации определяется инфильтрат в нижнем отделе крыловидно-челюстной складки. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12.5; Ю-5; П-10, С- 58; Л-20; М-7; СОЭ-20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 4

Больная 28 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при открывании рта, затруднение боковых движений нижней челюсти. Два дня назад в поликлинике производилось лечение пульпита 17 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,20 С, пульс 126 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: лицо асимметрично за счет отека височной и щечной областей справа, кожные покровы лица обычной окраски не напряжены. Открывание рта 1,5 см. 17 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта без изменений. Определяется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 17,18 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 17 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-32,5; Ю-10; П-40, С- 40; Л-5; М-5; СОЭ-

20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 5

Больной 19 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на невозможность глотания, ограничение и боли при открывании рта. Пять дней назад появились боли в области прорезающегося 18 зуба, отметил повышение температуры до 38,0 С. Три дня назад отметил ухудшение глотания, затруднение открывания рта.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 95 уд/мин., АД 90/60 мм.рт.ст.

Местно: асимметрия лица за счет умеренного отека мягких тканей подчелюстной области справа, кожные покровы лица обычной окраски, пальпируются увеличенные и болезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти справа определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта

1.5 см. 18 зуб прорезался медиальными буграми, перкуссия болезненна, из под слизистого «капюшона» обильное гноетечение. Имеется асимметрия зева за счет отека передней небной дужки и боковой стенки глотки справа. Язычок смещен влево. При пальпации боковой стенки глотки определяется плотный болезненный инфильтрат. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На боковой рентгенограмме нижней челюсти в области 18 зуба определяется патологический костный карман.

Клинический анализ крови: L-12.5; Ю-5; 1-10, С- 61; Л-20; М-4; СОЭ - 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 6

Больной 39 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С, пульс 89 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека тканей щечной и подглазничной области слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат мягких тканей. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 25 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 24,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой

контактной рентгенограмме в области 25 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 25 зуба, корневые каналы не запломбированы. Клинический анализ крови: L-15.5, П-15, С- 60; Л- 17; М-8; СОЭ -17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 7

Больная 79 лет обратилась на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 36,9 С, пульс 120 уд/мин., АД 170/100.

Местно: в подподбородочной области пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 2,7 см., 31, 32 зубы подвижны 2-й степени, перкуссия резко болезненна, из патологических зубодесневых карманов обильное гнойное отделяемое. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 31,32 зубов определяется вертикальная резорбция костной ткани альвеол на 2/3 длинны корней.

Клинический анализ крови: L-6.5; П-3, С- 65; Л-27; М-5; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, Указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного, лечения.

Ситуационная задача 8

Больной 49 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38.2 С, пульс 99 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, отека нижнего века и щечной области слева. Пальпируется инфильтрация указанных областей. Инфильтрат без четких границ, кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 4 см., 24 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 25,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1- й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 24 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области

верхушек корней 24 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется уровень жидкости в затененной левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-13.5; П-3, С- 68; Л-19; М-10; СОЭ - 17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 25 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на ограничение открывания рта, затруднение боковых движений нижней челюсти, изменение конфигурации лица, головную боль. Пять дней назад в поликлинике производилось лечение пульпита 27 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 116 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо асимметрично за счет отека тканей над скуловой дугой слева, кожные покровы лица обычной окраски. Кожа в данной области в складку собирается с трудом. Открывание рта 0,5 см. 27 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Пальпируется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 28 зуба. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 27 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-1; П-16, С-45, Л-34; М-4; СОЭ 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 10

Больной 58 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, боли при глотании, слюнотечение, затрудненное открывание рта, озноб и недомогание.

Заболевание началось с болей в области 35 зуба. Боли постепенно нарастали, сутки назад появилось онемение левой половины нижней губы.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39 градусов, пульс 120 ударов в

1 минуту, АД 80/40, тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона на a. Pulmonalis, печень +4 см. из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Положение больного в постели вынужденное-сидячее с опорой на

руки, в акте дыхания участвуют межреберные мышцы, язык виден через приоткрытые зубы, покрыт серым налетом, изо рта вытекает зловонная слюна.

Местно: пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстных областях справа и слева, под подбородочной области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 35 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 33,34,37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Слизистая подъязычных областей приподнята, имеются отпечатки коронок Зубов, покрыта грязно-серым налетом, инфильтрирована. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области верхушки корня 35 зуба, корневой канал запломбирован на 1\3.

Клинический анализ крови: L-19.5; П-55, С- 30; Л-10; М-5; СОЭ -27 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 11

Больной 43 лет обратился на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание, ухудшение зрения, боли при движении глазными яблоками,

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39,20 С, пульс 109 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подглазничной области и области глазницы слева. Пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрата области нижнего века левого глаза. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Определяется ограничение движения глазного яблока книзу, отмечается хемоз конъюнктивы и экзофтальм. Пальпация по оси глазного яблока резко болезненная. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи резко болезненна, боль усиливается при наклоне головы вперед. Открывание рта 4 см., 26 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. Имеется отек и гиперемия слизистой в пределах пародонта 26 зуба. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 26 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 26 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-18,5; П-23; С-58;Л-13; М-6; СОЭ- 27 мм в

час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 12

Пациент П. 24 года обратился в поликлинику к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль при жевании в области нижней челюсти слева, чувство распирания в области нижней челюсти. Со слов пациента боли беспокоят около 4 дней. Самостоятельно принимал Нимесил в течении 2 дней.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта ограничено до 3 см.

Локальный статус: зуб 3.8 покрыт слизистой оболочкой «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка покрывающая зуб 3.8 гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

1. Какие клинические методы исследования необходимы для постановки диагноза.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
4. Тактика лечения больного.

Ситуационная задача 13

Пациент К. 47 лет обратился в поликлинику к врачу стоматологу с жалобами на боль в области зуба 4.6, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зуба 4.6. Со слов пациента, боли беспокоят в течении 3 дней, боль появилась во время приема пищи (пациент грыз орехи).

Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме.

Локальный статус: Зуб 4.6 изменен в цвете, обширная пломба на окклюзионной поверхности зуба, краевое прилегание нарушено, определяется трещина коронковой части зуба с распространением под десневой край. Слизистая оболочка в области зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба, язычная стенка зуба 4.6 подвижна.

1. Дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент Н., 26 лет обратился в городскую стоматологическую поликлинику с жалобами на отек щеки слева и болезненность нижней челюсти слева. Первые симптомы начались около трех дней назад, отек не был выражен. В связи с нарастанием отека, усилением боли и появлением субфебрильной температуры до 37,2, обратился за помощью.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелжстные лимфоузлы слева при пальпации болезненны, открывание рта в полном объеме. В полости рта: переходная складка в проекции 3.4-3.7 сглажена, зуб 3.6 разрушен ниже уровня десны, перкуссия его болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения пациента.
3. Через какое время после завершения лечения данного заболевания можно проводить дентальную имплантацию?

Ситуационная задача 15

Женщина 58 л обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие белого рисунка в виде сетки на слизистой оболочки щек, симметричного с двух сторон, безболезненно, появление рисунка отмечает около 2 лет назад, субъективно никак не беспокоит. Пациентка курит около 20 лет по 10 сигарет в день. Раннее за помощью не обращалась, направлена лечащим стоматологом-ортопедом с целью консультации.

1. Назовите диагноз.
2. Какая форма данного заболевания представлена в задаче?
3. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо проводить вышеуказанной патологии?

Ситуационная задача 16

В стоматологическую поликлинику поступил больной 23 года с жалобами на отек лица справа, болезненное открывание рта. Со слов больного 2 дня назад попал в потасовку на улице. Объективно: температура тела 36,4; конфигурация лица изменена за счёт слабо болезненного при пальпации отека мягких тканей лица в области нижней челюсти справа, гематома левой периорбитальной области, открывание рта болезненное, ограничено до 1,5 см, глотание безболезненное, не затруднено. В области зубов 47, 48 не десне с вестибулярной стороны кровоподтек. Симптом нагрузки положителен, болезненность справа. На ОПТГ визуализируется линия перелома нижней челюсти справа, проходит на границе между 47-48 зубами, смещений отломков нет. Прикус ортогнатический.

Поставить клинический диагноз; Составить план лечения;

Определить прогноз течения заболевания.

Ситуационная задача 17

В стоматологическую поликлинику обратился больной 22 года. Жалобы на боль при открывании рта, невозможность принятия пищи. Несколько дней назад заметил прорезывание верхнего зуба мудрости слева. Объективно: температура тела 37,1; конфигурация лица не изменена, открывание рта резко болезненное, ограничение открывания из-за болевых ощущений слева. Глотание безболезненное, не затруднено. На слизистой оболочке щеки слева травмированные отпечатки от бугров зуба.

Поставить клинический диагноз.

Составить план хирургического и медикаментозного лечения. Определить прогноз течения заболевания

Ситуационная задача 18

Пациент У 42 года обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие безболезненного образования на слизистой оболочке десны в области нижней челюсти справа, дискомфорт при приеме пищи. Со слов пациента, образование появилось около 5 месяцев назад, затем медленно увеличивалось в размерах . Около года назад лечился у стоматолога ортопеда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное, в полном объеме. Пальпация альвеолярного отростка нижней челюсти безболезненна. На зубах 3.4 3.5 металлокерамическая конструкция, имеется скол эмали на металлокерамической конструкции в пришеечной области. С вестибулярной стороны нижней челюсти слева в проекции зубов 3.4 3.5 определяется безболезненное образование с гладкой поверхностью, бледно-розового цвета размерами 0.5х1.0х05 см, на широком основании, неподвижное, покрытое неизменной слизистой оболочкой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 19

Пациент 32 года обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие образования в левой подглазничной области. Со слов пациента образование появилось около 3-х недель назад, медленно увеличивается в размере. Объективно: общее состояние удовлетворительное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны. Температура 36.8. В левой подглазничной области определяется безболезненное образование округлой формы с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, размерами 1.1х1.1х1.0 см. ограничено подвижное, спаянное с кожей в области одной точки-ретенционного пункта. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, в области ретенционного пункта белесоватая. В полости рта патологических изменений не выявлено.

1. Определите тактику лечения.
2. Какие разрезы применяются при удалении данного образования.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Дифференциальная диагностика

Ситуационная задача 20

Пациентка Ф 24 года обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре. Со слов пациентки, образование появилось 3 недели назад, когда пациентка

прикусила губу, постепенно увеличивается. Объективно: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Кожные покровы физиологической окраски. Прикус: патологический. Локальный статус: в области нижней губы, справа, в проекции зуба 4.3 определяется образование округлой формы, слизистая оболочка над образованием имеет синюшный оттенок. Пальпация слабо болезненная. Образование мягко-эластической консистенции, размерами 1/1,не спаяно с окружающими тканями.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Исход заболевания

Ситуационная задача 21

Пациентка О 55 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, отек щечной области слева. Со слов пациентки боли беспокоят 5 дней, вчера появился отек щечной области слева. Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны болезненны при пальпации. Локальный статус: зуб 3.6 покрыт металлокерамической коронкой, переходная складка в области зубов 3.5 3.6 3.7 сглажена, отечна. Пальпация резко болезненна, определяется инфильтрат в проекции верхушек корней зуба 4.6, отмечается флюктуация. Перкуссия зуба 4.6 болезненная. На прицельной рентгенограмме определяется равномерное расширение периодонтальной щели в области корней зуба 4.6.

1. Поставьте диагноз
2. Составте план лечения
3. Исход заболевания

Примерные тестовые задания для проведения государственной итоговой аттестации

1 Стоматология хирургическая

1 Синоним прогении - это
Нижняя прогнатия
Верхняя прогнатия
Верхняя ретрогнатия
Нижняя ретрогнатия

2 Синоним прогнатии - это
Верхняя ретрогнатия
Нижняя ретрогнатия
Верхняя прогнатия
Нижняя прогнатия

3 Синонимом микрогении является

Нижняя прогнатия
Верхняя прогнатия
Нижняя ретрогнатия
Верхняя ретрогнатия

4 Синонимом микрогнатии является
Нижняя ретрогнатия
Верхняя ретрогнатия
Верхняя прогнатия
Нижняя прогнатия

5 Прогения - это
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней
челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие нижней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперёд вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие верхней челюсти

6 Микрогения - это
Недоразвитие верхней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперёд вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие нижней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

7 Прогнатия - это
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие нижней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперёд вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие верхней челюсти

8 Микрогнатия - это
Недоразвитие верхней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперёд вследствие её чрезмерного развития
Недоразвитие нижней челюсти
Аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

9 Для прогении не характерен следующий прикус

Мезиальный
Прогенический
Прямой
Обратный

10 Прогения бывает
Истинной, ложной
Верхней и нижней челюсти
Фронтальных и боковых зубов

11 Микрогения может быть
Врожденной и приобретенной
Односторонней и двухсторонней
односторонней и двухсторонней, врожденной и приобретенной, верхней и нижней
Верхней и нижней

12 Ортопантограммы челюстей делают
Для определения количества и расположения зубов
Для изучения строения лицевого отдела черепа
Для прогноза роста челюстей
Для изучения динамики роста челюстей
Для определения показаний к удалению зубов

13 Методом исследования боковых телерентгенограмм головы является
метод Шварца
метод Парма
метод Шулера
метод Паатера
метод Колоткова

14 Сопоставление боковых телерентгенограмм головы проводят
Для выявления характера морфологической перестройки
Для уточнения показаний к удалению зубов
Для лицевого отдела черепа
Для выяснения искажений при ТРГ исследовании
Для уточнения костного и зубного возраста

15 На прямых телерентгенограммах головы возможно выявить
Форму и размеры лицевого отдела черепа
Количество и положение зубов
Показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением

Динамику роста челюстей
Отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

16 На аксиальных телерентгенограммах головы возможно выявить
Асимметрию развития черепа
Количество и положение зубов
Динамику роста челюстей
Отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
Костный возраст

17 Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
Симоновский
Щварцевский
Энглевский
Доэнглевский

18 Одним из авторов краниометрической классификации является

Шварц
Курляндский
Энгль
Симон
Ильина – Маркосян

19 Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется на
Изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
Изучении соотношения зубных дуг
Выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
Определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
Уточнении характера эстетических нарушений

20 Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
Топография и размеры челюстных костей
Соотношение зубных дуг
Топография других лицевых костей
Размер и положение зубов
Топография альвеолярных дуг

21 На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
Размер частей
Положение частей
Размер и местоположение частей

22 Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является

Соотношение всех боковых зубов
Соотношение передних зубов

Соотношение первых постоянных моляров
Соотношение клыков

23 Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять

Пробу Битнера – Эйшлера
Жевательные пробы по Рубинову
Пробу Ильиной – Маркосян
Глотательные пробы

24 Глубину преддверия полости рта измеряют

От десневого края резцов до переходной складки
От экватора резцов до переходной складки
От вершины межзубных сосочков до переходной складки
От режущего края резцов до переходной складки

25 Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять

Пробу Ильиной – Маркосян
Глотательные пробы
Пробу Битнера – Эйшлера
Жевательные пробы по Рубинову

26 Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют с помощью

Рентгенокинематографии
Телерентгенографии
Панорамной рентгенографии
Ортопантомографии челюстей
Близкофокусной внутриротовой рентгенографии

27 Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят для

Жесткой фиксации
Выдвижения челюсти вперед
Увеличения объема средней трети лица
Исключения смещения челюсти в исходное положение
Остановки кровотечения

28 При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области

Углов нижней челюсти
Первых премоляров нижней челюсти
Ветвей нижней челюсти
Мыщелковых отростков нижней челюсти
Подбородка

29 Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является

Шина Ванкевич
Гладкая шина-скоба
Шина-скоба с распорочным изгибом
Бимаксиллярные шины с зацепными петлями
Шина Порта

30 Расчет смешения челюстей при их остеотомии ведут по

Ортопантомограмме
Телерентгаюграмме
Компьютерной томограмме
Панорамной рентгенограмме
Обзорной рентгенограмме костей лица

31 Непосредственное интраоперационное осложнение при остеотомии нижней челюсти

Парез маргинальной ветви n.facialis
Ишемия тканей операционной области
Вторичная деформация
Слюнной свищ
Повреждение нижнеальвеолярной артерии

32 При фрагментарной остеотомии нижней челюсти удаляют

Зубы 3.4, 4.4
Зубы 3.3, 4.3
Зубы 3.5, 4.5
Зубы 3.6, 4.6

33 Причина развития рецидива при любом виде остеотомии нижней челюсти

Термическая травма кости
Технические погрешности при перемещении фрагментов
Повреждение надкостницы
Травма сосудисто-нервного пучка

Послеоперационная гематома

34 Количество дней фиксации фрагментов нижней челюсти ортопедическими средствами после ее остеотомии равно

15 дням
30 дням
60 дням
75 дням
90 дням

35 После остеотомии челюстей назначают стол

Стол № 1

Стол №9
Стол № 15
Трубочный
Стол 2-й челюстной

36 Термин «нижняя ретрогнатия» определяет нижнюю челюсть

Недоразвитой
Смещенной кпереди
Чрезмерно развитой
Несимметричной
Смещенной кзади

37 Нижнюю ретрогнатию устраняют остеотомией ветвей нижней челюсти с одномоментной(- ым)

Костной пластикой
Пересадкой фасции
Приживлением мышцы
Пересадкой кожного лоскута
Контурной пластикой

38 Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является

Ретрогнатия
Микрогнатия
Несимметричная макрогнатия
Чрезмерное развитие подбородочного отдела
Нижнечелюстная макрогнатия

39 При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют

Зубы 1.4, 2.4

Зубы 1.3, 2.3

Зубы 1.5, 2.5
Зубы 1.6, 2.6

40 После остеотомии челюстей назначают остеотропный антибиотик
Пенициллин
Олететрин
Тетрациклин
Линкомицин
Эритромицин

41 Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают
ГБО-терапию
Криотерапию
Противовоспалительную терапию
Химиотерапию
Дезинтоксикационную терапию

42 Введение имплантата по каналу зуба в кость относится к виду имплантации
Эндодонто-эндооссальному
Эндооссальному
Субпериостальному
Эндооссально-субпериостальному

43 Название вида имплантации, при которой пациенту проведена имплантация пластиночного имплантата
Эндооссальная
Эндодонто-эндооссальная
Субпериостальная

Эндооссально-субпериостальная

44 Имплантация с применением цилиндрического керамического имплантата называется
Эндооссальная
Эндодонто-эндооссальная
Субпериостальная
Эндооссально-субпериостальная

45 Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь форму
Штифта
Пластинки
Седловидную

Конуса

46 Остеоинтеграция имплантата это

Плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата

Плотное укрепление имплантата

Помещение имплантата в костную ткань

Наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

47 Укажите факторы, которые могут привести к потере имплантата (множественный выбор 1 3 4)

Плохая гигиена полости рта

Нерациональное питание

Неудовлетворительная жевательная нагрузка

Нарушение обмена веществ

Заболевания желудочно-кишечного тракта

48 Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

Для предупреждения фиброзной интеграции

Для снижения послеоперационной травмы

В целях достижения остеоинтеграции

При плохих способностях к регенерации костной ткани

В целях улучшения функционального эффекта

49 Фиброзная интеграция имплантата это

Наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью

Эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата

Укрепление имплантата в соединительной ткани

Помещение имплантата под надкостницу

50 Показания к проведению имплантации

Полное отсутствие зубов

Концевые дефекты зубных рядов

Потеря одного зуба

Неудовлетворительная фиксация съемного протеза

Включенные дефекты зубных рядов

51 Укажите вариант верного расположения плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке

Плечи расположены на уровне кортикальной пластинки

Ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм

Выше кортикальной пластинки на 2-3 мм

В зависимости от состояния кости

52 Головку винтового титанового имплантата можно изгибать
На 30 градусов
Не более чем на 45 градусов

До 10 градусов
Изгибать нельзя

53 Противопоказания к проведению имплантации
Сахарный диабет
Аллергия на пыльцу деревьев
Гемофилия
Вегето - сосудистая дистония
ВИЧ

54 После скелетирования альвеолярного отростка челюсти пациенту снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Укажите вид имплантации, который будет проведен данному пациенту?
Субпериостальная
Эндодонто-эндооссальная
Эндооссальная
Эндооссально-субпериостальная

55 Щель между стенкой костного ложа и имплантатом следует заполнить
Йодоформной турундой
Антибиотиком
Заполнение щели не требуется
Остеотропными материалами

56 При превышении температуры критических величин с костной тканью происходит
Гиперемия
Отек
Инфильтрация
Некроз

Пролиферация

57 К минимальному нагреву кости ведет
Прерывистое препарирование с водо-воздушным охлаждением
Прерывистое препарирование без водо-воздушного охлаждения
Непрерывное препарирование с водо-воздушным охлаждением
Непрерывное препарирование без водо-воздушного охлаждения

58 К факторам, влияющим на теплообразование при препарировании костной ткани относят (множественный выбор)

Форму бора
Величину бора
Остроту бора
Давление бора на костную ткань
Режим препарирования

59 Количество имплантатов, которое может быть одномоментно установлено у одного пациента

Ограничений нет
6-8 имплантатов
Не более шести имплантатов
Два-три имплантата
Один имплантат

60 Имплантация противопоказана при заболеваниях

Сахарный диабет
Остеопороз
Сифилис
Пиелонефрит

61 При неправильной установке имплантата в кости могут возникать

Кровотечения
Подвижность имплантата
Флегмона
Резорбция костной ткани вокруг имплантата
Повреждение соседних зубов

62 Необходимый промежуток между опорной частью имплантата и зубом- антагонистом равен

Не более чем 1 мм
Не менее чем 3 мм
Не менее чем 4 мм
Не более чем 2 мм

63 Глубина погружения верхней части горизонтальной внутрикостной пластинки

металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка челюсти равна

Находиться должен на одном уровне с краем гребня
Не более 1 мм

Не менее 2-3 мм
Не более 2-3 мм

64 Оптимальные сроки остеоинтеграции имплантата на нижней челюсти равны
От 2 до 6 месяцев
От 3 до 6 месяцев
От 5 до 8 месяцев
От 6 до 12 месяцев

65 Отпимальные сроки остеоинтеграции имплантата на верхней челюсти равны
От 2 до 6 месяцев

От 3 до 6 месяцев
От 5 до 8 месяцев
От 6 до 12 месяцев

66 Укажите особенности кости нижней и верхней челюсти
На нижней челюсти кость плотнее, чем на верхней
Плотность кости одинакова на верхней и нижней челюсти
На верхней челюсти кость плотнее, чем на нижней

67 Расстояние между имплантатом и рядом расположенным зубом должно быть:
3-4 мм
8 мм
4-6 мм
2-3 мм

68 Величина убыли костной ткани в первый год после дентальной имплантации равна
1 мм
0,2 мм
2 мм
0,5 мм

69 Укажите функции мембран
Барьерная функция
Фиксация сгустка, материала
Остеопластическая функция
Удержание пространства
Антибактериальная

70 Остеоиндуктивные материалы - это

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в фибробласты

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеокласты

71 Остеокондуктивные материалы - это

Препараты, являющиеся мембраной, покрывающей кость

Препараты, являющиеся каркасом для образования кости и ее клеточного дифференцирования

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты

Препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты

72 Источником материала для аутогенного трансплантата является

Человек донор

Животное

Сам пациент

Искусственно созданный полимер

73 Внеротовыми донорскими зонами для взятия трансплантата являются

Гребень подвздошной кости

Метафиз большеберцовой кости

Плюсневая кость

Ребро

Теменной бугор свода черепа

74 Внутриротовые донорские зоны для взятия трансплантата на нижней челюсти

Тело челюсти

Суставной отросток

Ветвь челюсти

Подбородок

75 Синтетические трансплантаты называют

Аллопластическими

Аллогенными

Аутогенными

Ксеногенными

76 К аллопластическим материалам относят
Фосфат кальция
Сульфат кальция
Биосилаты
Бисфосфонаты

77 Показание к аугментации с помощью костного блока альвеолярного отростка челюсти
Недостаток кости более 3 мм
Лунка после удаления зуба
Недостаток кости более 6 мм
Недостаток кости более 1 мм

78 Необходимой высотой альвеолярного отростка челюсти для проведения расщепления гребня является высота
10мм
2,5 мм
6 мм
11-15 мм

79 Показания к аугментации альвеолярного отростка челюстей
Недостаточный уровень костной ткани в боковых отделах нижней и верхней челюстей
Состояния после удаления злокачественных опухолей
Полная вторичная адентия
Потеря костной ткани после травмы

80 Какой фактор нужно учитывать при формировании костного аутотрансплантата?
Соответствие формы трансплантата и дефекта
Соответствие формы трансплантата и хирургического инструмента
Длина трансплантата не должна превышать 5 мм
Соответствие формы трансплантата и принимающего ложа

81 Показания к проведению к синус-лифтинга
Высота альвеолярной части менее 5 мм и ширина менее 6 мм
Высота альвеолярной части менее 10 мм и ширина менее 4 мм
Высота альвеолярной части менее 11-15 мм и ширина менее 5-8 мм
Высота альвеолярной части менее 7 мм и ширина менее 3 мм

82 Укажите виды методик синус-лифтинга
Закрытый
Открытый
Перфоративный
Комбинированный

83 Мембрана Шнейдера при открытом синус-лифтинге. Что происходит с мембраной Шредера при открытом синус-лифтинге?
Перфорируется
Отслаивается

Резецировать
Ушивается

84 Костнопластический материал при открытом синус-лифтинге укладывается
На дно верхнечелюстной пазухи
На переднюю стенку верхнечелюстной пазухи
На все стенки верхнечелюстной пазухи
На верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи

85 К осложнениям при проведении синус-лифтинга относят
Синусит
Кровотечение
Разрыв слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
Неконтролируемый костный рост в средней зоне лица
Формирование ороантрального соустья

86 Препараты, назначаемые после оперативного вмешательства
Антиагреганты
Антигистаминные препараты
Антибактериальные препараты
Противовоспалительные препараты
Блокаторы протонной помпы

87 Синус-графтинг - это
Расщепление костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти
Наращивание костной ткани в полости верхнечелюстной пазухи
Наращивание костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти

88 Минимальный срок, по истечении которого после синус-лифтинга можно проводить

дентальную имплантацию
3-6 месяцев
Не менее 12 месяцев
Не более 2 месяцев
6-8 месяцев

89 Укажите стенку верхнечелюстной пазухи, участвующую в остеоинтеграции при синус- лифтинге
Нижняя стенка
Задняя стенка
Передняя стенка
Верхняя стенка

90 Отдаленная связанная кожная пластика по В.П. Филатову - это метод пластики
Расщепленным кожным лоскутом
Мостовидным лоскутом
Артеризованным кожно-жировым лоскутом
Мигрирующим стебельчатым лоскутом

91 При ксеногенной трансплантации при заборе и пересадке тканей донор и реципиент
Одно и то же лицо
Однояйцевые близнецы
Родственники первой ступени
Представители одного биологического вида
Принадлежат к разным биологическим видам

92 Основание при врожденных расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка
смещено в здоровую сторону
расположено по средней линии

смещено в сторону расщелины

93 Показанием к проведению пластики встречными треугольными лоскутами при наличии эпикантуса у пациента является
Встречный обмен тканей
Удлинение ткани в направлении среднего разреза
Замещение дефекта кожи

94 Медиальная кантопексия применяется для устранения
Эпикантуса
Телекантуса
Эпиблефарона

Птоза

95 Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

Внутренней поверхности плеча
Передней поверхности живота
Наружной поверхности бедра
Боковой поверхности шеи

96 При укушенной ране нижней губы с дефектом тканей рану следует

Ушить наглухо
Не ушивать
Наложить провизорные швы
Пластически закрыть дефект местными тканями

97 Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва на уровне

До входа нерва в глазницу
В заднем отделе подглазничного канала

В переднем отделе подглазничного канала
После выхода нерва из подглазничного канала

98 Показанием для проведения вторичной костной пластики является

Секвестрэктомия
Врожденные деформации челюстей
Удаление доброкачественных опухолей челюстей
Удаление злокачественных опухолей челюстей

99 Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

Некроз лоскута
Кровотечение из лоскута
Гиперпигментация
Парастезия
Гематома

100 Энофтальм у пациентов с посттравматической деформацией средней зоны лица чаще всего обусловлен

Переломом стенки глазницы
Ущемлением глазодвигательных мышц глаза
Наличием ретробульбарной гематомы
Отрывом медиальной кантальной связки

101 Из скольких слоев клеток состоит эпидермис?
Три слоя клеток
Четыре слоя клеток
Пять слоёв клеток
Шесть слоёв клеток

102 Линии Лангера на лице
Соответствуют расположению пучков коллагеновых волокон
Являются проекцией на коже ветвей лицевого нерва
Разделяют лицо на антропометрические зоны
Соответствую ходу мимических мышц

103 Точка Киллиана находится
В основании колумеллы
В области перегородки носа
В месте соединения больших крыльных хрящей
В области нижней носовой раковины

104 Основной особенностью закрытой ринопластики является
Произведение коррекции через разрезы, проходящие по крыльям носа
Произведение коррекции через разрез, проходящий по кожной части носовой перегородки
Произведение коррекции через разрезы, расположенные внутри носовых ходов
Коррекция хрящевого отдела носа

105 Септопластика - это
Операция по устранению седловидной деформации спинки носа
Операция на перегородке носа
Операция по коррекции кончика носа
Операция по удалению нижних носовых раковин

106 Нос «попугайчика» является осложнением ринопластики при работе на
Горбинке носа
Хрящевом отделе носа
Перегородке носа

Раковинах носа

107 При устранении лопоухости основная хирургическая коррекция хряща проводится в области

Козелка
Противокозелка
Завитка
Противозавитка

108 «Круглый» или «рыбий глаз» как осложнение возникает при проведении блефаропластики по причине
Повреждения конъюнктивы глаза
Недостаточного иссечения жировых грыж
Повреждения зрачка
Чрезмерного иссечения избытков кожи век

109 Глубокая ритидэктомия включает в себя
RF - лифтинг
Синус - лифтинг
SMAS - лифтинг
LPG - лифтинг

110 Через околоушную слюнную железу проходит
Лицевой нерв
Задний ушной нерв
Ушно-височный нерв
Тройничный нерв

111 Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий
Внутренней сонной артерий

Верхнечелюстной и лицевой артерий
Лицевой, язычной и подподбородочной артерий
Верхней щитовидной артерии
Лицевой, язычной и верхней щитовидной артерий

112 При хроническом сиаладените выделяют следующие формы
Ацинарная, протоковая, интерстициальная
Паренхиматозная, лимфоцитарная, интерстициальная
Протоковая, паренхиматозная, лимфоидная
Ранняя, поздняя, перемежающаяся
Паренхиматозная, протоковая, интерстициальная

113 Паротит Герценберга - это
Вирусное заболевание
Воспаление лимфатических узлов в толще околоушной слюнной железы
Врожденная атрезия протоков околоушной слюнной железы

Паротит туберкулезной этиологии

114 Наиболее часто камни образуются в протоках слюнных желез
Малых
Околоушных
Подъязычных
Поднижнечелюстных

115 Наиболее информативным методом диагностики сиалолитиаза из указанных является
Сиалосцинтиграфия
Эхосиалография
Сиалография

Термовизиография

116 Симптом «слюнной колики» возникает по причине
Обильного слюноотделения
Задержки слюны в железе
Гнойного расплавления тканей в паренхиме слюнной железы
Кровоизлияния в паренхиму слюнной железы

117 Сиалодохит является
Самостоятельным заболеванием и симптомом хронического сиаладенита
Самостоятельным заболеванием
Симптомом хронического сиаладенита

118 Укажите клинические синдромы, указывающие на наличие у пациента синдрома Шегрена
Ксеростомия и ксерофтальмия
Ксеростомия, ксерофтальмия, ревматический полиартрит
Ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит, ахилический гастрит
Ксерофтальмия, ревматический полиартрит, кариес зубов

119 Увеличение всех слюнных и слёзных желёз отмечается у пациента при
Синдроме Микулича
Болезни Микулича
Синдроме Шегрена
Синдроме Хеерфордта

120 Источником заражения и распространения эпидемического паротита является
Грызуны

Больной
Кровососущие насекомые

Крупный рогатый скот

121 Длина выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы составляет
2-3 см
3-4 см
5-7 см
7-10 см

122 Выводной проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив
Первого верхнего моляра
Второго верхнего премоляра
Второго верхнего моляра
Третьего верхнего моляра

123 Триада, включающая в себя припухлость околоушной слюнной железы, иридоциклит и парез лицевого нерва, встречается при
Синдроме Хеерфордта
Синдроме Шегрена
Синдроме Микулича
Болезни Микулича

124 Возбудителем эпидемического паротита является
Диплококк
Стрептококк
Стафилококк
Фильтрующийся вирус

125 При эпидемическом паротите поражается
Строма слюнной железы

Паренхима слюнной железы
Вартонов проток
Стенонов проток

126 Укажите препарат, стимулирующий слюноотделение
Атропин
Пилокарпин
Хлоргексидин
Хлористый калий

127 Укажите препарат, подавляющий слюноотделение
Атропин
Пилокарпин
Хлоргексидин
Йодистый калий
Цианистый калий

128 Осложнением хронического калькулезного сиалоаденита является
Невралгия
Абсцедирование
Синдром Олбрайта
Нарушение минерального обмена
Рефлекторная гиперсаливация

129 Сиаладеноз развивается вследствие
Закупорки выводного протока
Наличия сопутствующих заболеваний
Травмы слюнной железы

Образования ретенционной кисты

130 Наиболее часто пациенты со слюннокаменной болезнью жалуются на
Боль и припухлость железы во время еды
Сухость полости рта
Головокружение и слабость
Повышение кровяного давления

131 При расположении камня в переднем отделе вартонова протока конкремент удаляют с применением
Наружного доступа
Экстирпации слюнной железы
Внутриротового доступа
Дистанционного дробления конкремента

132 Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится
При сильных болях
При абсцедировании железы
При множественных полостях в железе
При наличии гнойного отделяемого из протоков

133 Лечение эпидемического паротита заключается
В проведении лучевой терапии

В бужировании стенонова протока
В проведении симптоматической терапии
В проведении контрастной сиалографии

134 Полный слюнной свищ возникает в результате
Наличия дефекта стенки протока

Расширения внутри- или внежелезистой части протока
Полного разрыва или пересечения протока
Изгиба внутрижелезистой части протока

135 Неполный свищ возникает в результате
Наличия дефекта стенки протока
Полного пересечения или разрыва протока
Изгиба внутрижелезистой части протока
Расширения внутри- или внежелезистой части протока

136 При полном свище слюна вытекает из поврежденной части железы
Как через наружный свищ, так и через устье выводного протока
Слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости
Только через наружный слюнный свищ
Через устье выводного протока

137 При неполном слюнном свище околоушной слюнной железы окрашиваемая жидкость, вводимая через наружный свищ
Попадает в полость рта через устье выводного протока
Не проникает в полость рта
Скапливается в железе

138 Назовите синоним боковой кисты шеи
Дермоидная киста
Эпидермоидная киста
Кистозная тератома
Бранхиагенная киста

139 Назовите синоним срединной кисты шеи

Дермоидная киста
Эпидермоидная киста
Кистозная тератома
Бранхиагенная киста
Тиреоглоссальная киста

140 Назовите вид кист, которые при глотательных движениях

смещаются кверху

Эпидермоидные кисты
Дермоидные кисты
Эпидермальные кисты
Срединные кисты шеи
Боковые кисты шеи

141 Укажите пару жаберных карманов, аномалия развития которых приводят к образованию боковых кист и свищей шеи

1-ая пара
2-ая пара
3-я пара
1-ой и 2-ой пар
2-ой и 3-ей пар

142 Боковая киста шеи снаружи располагается

Под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей
Под задним брюшком двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей
Около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии
Кпереди от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

143 Одним из опасных осложнений, которое может возникнуть в послеоперационном периоде при хирургическом лечении срединных кист является

Воспаление легких
Тромбофлебит угловой вены лица
Тромбоз пещеристого синуса
Отек гортани
Медиастинит

144 Укажите вид лечения боковых кист шеи

Только консервативное
Как хирургическое, так и консервативное
Только хирургическое

145 Укажите виды кист, относящиеся к врожденным опухолеподобным образованиям

Посттравматические кисты
Кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух
Срединные кисты шеи
Эпидермальные кисты

146 Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид
Гноя
Лимфы
Крови
Мутной жидкости
Прозрачной опалесцирующей жидкости

147 Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
В надключичной области
По переднему краю m. trapezius
По переднему краю жевательной мышцы

Горизонтально по верхней шейной складке

148 Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи» проводится исследование
Биохимическое
Цитологическое
Радиоизотопное
Реакция Вассермана

149 СХПГ – это
Медицинский пункт полка
Батальонный медицинский пункт
Отдельный медицинский батальон
Полевой подвижный химический гарнизон
Специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

150 ОМедБ – это
Медицинский пункт полка
Основная медицинская база
Батальонный медицинский пункт
Отдельный медицинский батальон
Специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

151 Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
Противостолбнячной сыворотки
Антирабической сыворотки
Стафилококкового анатоксина
Гамма-глобулина

152 Основная задача доврачебной помощи раненым в челюстно-лицевую область

Напоить раненого
Наложить повязку
Перенести в укрытие
Устранить угрозу асфиксии

153 Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

Иссечение обожженной кожи
Антисептическую обработку кожи вокруг ожога
антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, наложение мазевой повязки

154 МПП - это

Медицинский пункт полка
База основной медицинской поддержки
Батальонный медицинский пункт
Полевой подвижный хирургический госпиталь

155 ППХГ - это

Медицинский пункт полка
Батальонный медицинский пункт
Отдельный медицинский батальон
Полевой подвижной хирургический госпиталь

156 Укажите лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

Трахеотомия
Введение воздуховода
Удаление инородного тела
Восстановление анатомического положения органа

157 Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

Сортировочный пункт
Медицинский пункт полка
Отдельный медицинский батальон
Отделение специализированного госпиталя
Полевой подвижный специализированный госпиталь

158 Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

Врач
Санитарный инструктор
Эпидемиологическая служба

Служба медицинской разведки полка

159 Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении

Первого часа
8-12 часов
24-48 часов
72 часов

160 Во время ПХО огнестрельной раны ЧЛО проводят

Ревизию раневого канала
Удаление инородных тел, сгустков крови, осколков костей и зубов
Остановку кровотечения
Удаление нежизнеспособных тканей
Фиксацию отломков
Реплантация зубов в щели перелома

161 Обязательным симптомом перелома основания черепа является

Ликворея
Кровотечение из носа
Патологическая подвижность костных отломков
Экзофтальм

162 Основным симптомом перелома верхней челюсти является

Головная боль
Носовое кровотечение
Патологическая подвижность отломков верхнечелюстных костей
Разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков верхнечелюстных костей

163 Основные жалобы при переломе верхней челюсти

Боль, сухость во рту, кровоподтеки
Нарушение прикуса, боль, припухлость
Резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
Кровотечение, двоение в глазах, рвота

164 Укажите ортопедический метод иммобилизации переломов верхней челюсти

Наложение аппарата Збаржа
Наложение дуги Энгля
Наложение бимаксиллярных шин
Остеосинтез верхней челюсти

165 Вывих зуба бывает
Неполный
Полный
Поперечный

Вколоченный
Продольный

166 Основные симптомы перелома скуловой кости
Гематома в области нижнеглазничного края
Деформация спинки носа, симптом «очков»
«Симптом ступеньки», диплопия
Кровоизлияние в нижнее веко

167 Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют
Шпатель
Зажим Кохера
Крючок Фарабефа
Крючок Лимберга

168 Доврачебная помощь при лечении ожогов заключается в
Вскрытии пузырей, наложение марлевой повязки
Введение анальгетиков, антигистаминных и сердечно-сосудистых препаратов
Дезинтоксикационной терапии
Наложении антисептической повязки

169 Укажите особенность ожогов лица
Течение раневого процесса
Значительная аутоинтоксикации
Неравномерное поражение кожи лица
Быстрое развитие гнойно-септических осложнений

170 Укажите объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый на месте происшествия

Исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
Исправление повязки, обезболивание, введение антибиотиков и сердечно-сосудистых препаратов
Первичная хирургическая обработка ожога
Наложение сухой асептической повязки, обезболивание

171 Укажите отличие огнестрельных ранений лица от других видов ран
Особенность раневого канала

Быстрые развитие осложнений
Сроки эпителизации раны
Несоответствие внешнего вида раны со степенью тяжести ранения

172 Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
Особенностью раневого канала
Сроками эпителизации раны
Быстрым развитием осложнений
Наличием в ране вторичных ранящих снарядов

173 Вторичными ранящими снарядами называются
Разрывные пули
Осколки снаряда
Стреловидные элементы
Зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

174 Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента в течение
Первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов

72 часов

175 Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является
Травматический остеомиелит
Кровотечение
Возникновение абцесса, флегмоны
Неврит лицевого нерва

176 Слепые изолированные ранения мягких тканей лица чаще отмечены в
Области верхней и нижней губы
Подбородочной области
Области боковой поверхности лица
Области век

177 Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является
Шок
Коллапс
Травматический остеомиелит

Потеря сознания

178 Врач-стоматолог на МПП работает:
В отдельной палате УСБ-56
В перевязочной
На СП
В операционной

179 Военно-врачебная экспертиза проводится
Начальником МПП
Начальником ОмедБ

Начальником СХППГ
Военно-врачебной комиссией

180 При огнестрельном переломе нижней челюсти и облучении в дозе 2.5 Гр пациент получил повреждение
Изолированное
Сочетанное
Множественное
Комбинированное

181 При двух травмах, нанесенных одним ранящим снарядом в области угла рта и в околоушно-жевательной области с той же стороны, это ранение является
Слепым
Касательным
Сквозным
Колотым

182 Укажите специалистов, входящих в штат СХПГ
Врач-офтальмолог, врач-стоматолог
Врач-нейрохирург, врач-офтальмолог
Врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог
Врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог, врач-отоларинголог

183 Укажите минимальную площадь стоматологического кабинета
7 кв. м
14 кв. м
21 кв. м
25 кв. м

184 На каждое дополнительное стоматологическое кресло требуется площадь не менее

5 кв. м
7 кв. м
9 кв. м
14 кв. м

185 Укажите материал, которым должен быть покрыт пол стоматологического кабинета
Древесноволокнистая плита, покрашенная масляной краской
Древесноволокнистая плита, покрашенная нитрокраской
Линолеум
Полихлорвиниловая плитка

186 Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога
96% р-р спирта
0,02% р-р марганцево-кислого калия
Раствор фурацилина 1:5000
10% раствор нитрата серебра
Йодинол

187 Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога
0,02% р-р марганцево-кислого калия
3% раствор перекиси водорода
Раствор фурацилина 1:5000
10% раствор нитрата серебра
Йодинол

188 Рабочее место врача-стоматолога оснащается
Электроодонтометром

Реопародонтографом
Стоматоскопом
Рентгенустановкой

189 Рабочее место врача-стоматолога оснащается
Реопародонтографом
Стоматоскопом
Визиографом
Рентгенустановкой

190 Антисептика – это
Система мероприятий по профилактике возникновения раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала,

инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)

Система мероприятий направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах пациента

Первичная хирургическая обработка

Рациональная антибактериальная терапия

191 Асептика – это

Система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)

Система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного

Первичная хирургическая обработка

Рациональная антибактериальная терапия

192 Укажите первый этап предстерилизационной обработки инструментов

Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина

Ополаскивание проточной водой

Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С

Мытье инструментов в мыльном растворе

193 Укажите второй этап предстерилизационной обработки инструментов

Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С

Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина

Ополаскивание проточной водой

Мытье инструментов в мыльном растворе

194 Укажите третий этап предстерилизационной обработки инструментов

Замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С

Замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина

Ополаскивание проточной водой

Мытье инструментов в мыльном растворе

195 В сухожаровом шкафу инструментарий стерилизуется при температуре

100 градусов С
120 градусов С
180 градусов С
200 градусов С

196 Укажите метод стерилизации, используемый для стерилизации лотков

Сухожаровая стерилизация
Автоклавирование
Химическая стерилизация
Кипячение в масле

197 Назовите источники хирургической инфекции
Контактный и имплантационный

Воздушно-капельный и эндогенный
Экзогенный и эндогенный
Контактный и эндогенный
Экзогенный и имплантационный

198 В рану экзогенная инфекция может проникнуть
Воздушно-капельным, гематогенным и имплантационным путями

Контактным, лимфогенным и воздушно-капельным путями
Контактным, воздушно-капельным и имплантационным путями
контактным, с носоглотки персонала и гемато-генным путем

199 Эндогенная инфекция в рану может проникнуть
Гематогенным путем
Воздушно-капельным путем
Имплантационным путем
Контактным путем

200 Имплантационная инфекция – это инфекция, попадающая в рану
Из воздуха с каплями жидкости
С инструментов
С рук хирурга
С шовного и пластического материала
Из кишечного тракта больного

201 Контактная инфекция – это инфекция, попадающая в рану
С шовным материалом
Из воздуха
С хирургического инструмента

Гематогенным путем

202 Укажите вид чувствительности, блокада которого наблюдается при проводниковой анестезии

Тактильная
Болевая
Температурная
Вкусовая
Секреторная

203 Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина равна

до 30 минут
около 1 часа
более 2 часов
до 10-12 часов

204 Назовите химическую формулу новокаина

Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
П-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид

205 Укажите среду, в которой легко гидролизуется раствор новокаина

Кислая
Щелочная
Нейтральная

206 Укажите фермент, который участвует в гидролизе новокаина

Холинэстераза и новокаинэстераза

Ацетилхолиназа
Новокаингидролизин и ацетилхолина
Бета-лактомаза

207 По химическому строению новокаин сходен с сульфаниламидами за счет

Диэтиламиноэтанола
Парааминобензойной кислоты
Диметилацетонилида
Артикаинагидрохлорида

208 Назовите химическую формулу лидокаина

Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
Альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
Бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
Альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид

209 Укажите концентрацию раствора лидокаина, используемого для проводниковой анестезии
0,5%
2%
5%
10%

210 Укажите концентрацию раствора лидокаина, используемого для аппликационной анестезии
0,5%
2%
5%
10%

211 Укажите препараты, с которыми нежелательно сочетать лидокаин
Вазоконстрикторы
Физиологический раствор
Бета-адреноблокаторы, барбитураты, мышечные релаксанты
Сульфаниламидные препараты

212 Назовите химическую формулу ультракаина
Этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
Альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
Бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
Альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
Артикаинагидрохлорид

213 Укажите во сколько раз ультракаин токсичнее новокаина
в 2 раза
в 3 раза
в 4-5 раз
в 6-8 раз

214 Для инфильтрационной анестезии предназначен
Ультракаин Д-С
Ультракаин А

Ультракаин Д-С форте
Ультракаин В

215 Укажите расстояние от нижнечелюстного отверстия до переднего края ветви нижней челюсти по данным С.Н. Вайсблата
Около 5 мм
Около 10 мм

Около 15 мм
Более 20 мм

216 Укажите уровень вкола иглы при внутриротовом (пальцевом) методе мандибулярной анестезии по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у взрослых
На 1 см выше уровня жевательной поверхности
На 0.5 см выше уровня жевательной поверхности
Соответственно уровню жевательной поверхности
На 0.5 см ниже уровня жевательной поверхности

217 Укажите чувствительные ветви, «выключаемые» при пальцевом способе внутриротовой мандибулярной анестезии
Нижнелуночковая
Язычная
Щечная
Нижнелуночковая и язычная
Нижнелуночковая, язычная и щечная

218 Укажите ориентир, используемый для проведения аподактильной мандибулярной анестезии
Вершина ретромолярного треугольника
Середина крыловидно-нижнечелюстной складки
Область суставного отростка нижней челюсти
Нижнечелюстное возвышение

219 Укажите ориентир, используемый для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по Гоу-Гейтсу?
Вершина ретромолярного треугольника
Середина крыловидно-нижнечелюстной складки
Область суставного отростка нижней челюсти

Нижнечелюстное возвышение
Вершина ретромолярного треугольника

220 Укажите, с какой ветвью тройничного нерва связан крыловидно-небный узел

С первой
Со второй
С третьей

221 Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является
Нижнечелюстной канал
Круглое отверстие
Крыловидно-небный канал
Подглазничный канал
Подвисочная ямка

222 Расстояние от нижнеглазничного края до подглазничного отверстия у взрослого человека равно
1-2 мм
4-8 мм
9-12 мм
13-20 мм

223 Укажите место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитальной анестезии
Место проекции корней верхнего центрального и бокового резца
Над верхним клыком
Над верхним первым и вторым премоляром
В области основания резцового сосочка

224 Целевым пунктом туберальной анестезии является

Подглазничный нерв
Передние верхние альвеолярные нервы
Средние верхние альвеолярные нервы
Задние верхние альвеолярные нервы

225 Глубина продвижения иглы при проведении туберальной анестезии равна
До 1.0 см
1.0-1.5 см
2.0-2.5 см
3.0-3.5 см

226 Большое небное сплетение находится кпереди от заднего края твердого неба на
1-2 мм
2-3 мм
Около 5 мм
До 1 см

До 1.5 см

227 При проведении резцовой анестезии обезболивается
I ветвь тройничного нерва
II ветвь тройничного нерва
III ветвь тройничного нерва
Большой небный нерв от крылонебного ганглия
Носонебный нерв от крылонебного ганглия

228 Для проведения обезболивания щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по переходной складке в области
Второго нижнего моляра
Между вторым и третьим нижними молярами

Первого нижнего моляра
Второго нижнего премоляра
Второго премоляра и первого нижнего моляра

229 При подскуловом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы
По середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см

230 Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову
По середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
На 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см

231 Ментальное отверстие находится
Под клыком
Под первым премоляром
Под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром
Между вторым премоляром и первым моляром

Между первым и вторым моляром

232 При проведении внеротовой подчелюстной мандибулярной анестезии от заднего края нижней челюсти отступают на

0.5 см
1 см

1.5 см
2 см
2.5 см

233 Показанием к плановому удалению зуба является

Острый гнойный периодонтит
Обострившийся хронический периодонтит
Хронический периодонтит
Хронический пульпит

234 Плановое удаление зубов после инфаркта миокарда в анамнезе можно проводить через

Через 1 неделю
Через 3-4 недели
Через 1-2 месяца
Через 6 месяцев
Через 1-2 года

235 Временные противопоказания к удалению зуба при беременности могут возникнуть в сроки

В 1-2 и 8-9 месяцы
Во 2-3 и 6-7 месяцы
В 3-4 месяц
В 5-6 месяц

236 Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления

Верхних премоляров
Верхних моляров
Нижних премоляров
Нижних моляров

237 При удалении нижних фронтальных зубов врач находится

Справа и сзади от пациента
Слева и сзади от пациента
Справа и несколько впереди от пациента
Произвольное, удобное для врача положение

238 При удалении правых нижних моляров и премоляров врач находится

Справа и сзади от пациента
Слева и сзади от пациента
Справа и несколько впереди от пациента
Произвольное, удобное для врача положение

239 При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:

Справа и сзади от пациента
Слева и сзади от пациента
Справа и несколько впереди от пациента
Произвольное, удобное для врача положение

240 Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают

Кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра
Кнаружи, кроме удаления моляров
Кнутри, кроме удаления моляров
Кнутри, кроме удаления премоляров и моляров

241 Эпителизация лунок однокорневых зубов после удаления происходит на

10-12 день
12-16 день
16-18 день

20-22 день
24-30 день

242 Задержка эпителизации лунки при наличии воспаления в однокорневых зубах наблюдается на срок в

1 неделю
2 недели
3 недели
4 недели

243 Положение врача при удалении верхних зубов

Слева и спереди от больного
Справа и спереди от больного
Спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу
Произвольное, удобное для врача положение

244 Первое раскачивающее движение шестого верхнего зуба при его

удалении делают

Кнаружи
Вовнутрь
Как кнаружи, так и вовнутрь

245 Первое раскачивающее движение при удалении зубов на верхней челюсти делают

Вовнутрь, кроме удаления шестого зуба
Вовнутрь, кроме удаления моляров
Кнаружи, кроме удаления шестого зуба
Кнаружи, кроме удаления моляров
Вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров

246 Эпителизация лунок многокорневых зубов происходи после удаления на

14-18 сутки
19-23 сутки
24-28 сутки
29-32 сутки

247 Лунка после удаления зуба в норме полностью заполняется грануляционной тканью в срок

3-4 дня
7-8 дней
Через 2 недели
Через 3 недели

248 Острый альвеолит бывает

Серозным и гнойно-некротическим
Гнойным и гнойно-некротическим
Серозный и гипертрофическим
Катаральным и гнойным

249 Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху:

Методом Пихлера
Методом гайморотомии с местной пластикой соустья
Методом гайморотомии без местной пластикой соустья
Не проводят, оставляя корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита

250 Лунка зуба после удаления рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)

К концу первого месяца

На 2-4 месяц
На 4-6 месяц

На 7-8 месяц
на 8-9 месяц

251 Протолкнутый в мягкие ткани корень (зуб), нужно (можно) удалять не ранее, чем через

Не ранее, чем через 1 неделю
Не ранее, чем через 2 недели
Не ранее, чем через 3 недели
Не ранее, чем через 4 недели

252 Суточная доза аминокапроновой кислоты (сухого вещества) для взрослого человека равна

2.0 граммам
4.0 граммам
5.0-8.0 граммам
10.0-15.0 граммам
20.0-30.0 граммам

253 При гипопротромбинемии для остановки кровотечения необходимо назначить

Аминокапроновую кислоту или Амбен (Памба)
Рутин или Аскорутин
Фитоменадион или Викасол
Клофелин, Раунатин

254 Для остановки кровотечения при повышении фибринолитической активности крови следует применить

Аминокапроновую кислоту или Амбен (Памба)
Рутин или Аскорутин
Фитоменадион или Викасол
Клофелин, Раунатин

255 Для остановки кровотечения при повышенной проницаемости сосудов необходимо

назначить
Аминокапроновую кислоту или Амбен (Памба)
Рутин или Аскорутин
Фитоменадион или Викасол
Клофелин, Раунатин

256 К ингибиторам фибринолиза относят

Преднизолон, Гидрокортизон
Криопреципитат
Контрикал, Гордокс
Эритроцитарная масса
Альбумины, глобулины

257 Специфическая гемостатическая терапия больных гемофилией заключается в назначении

Преднизолон, Гидрокортизон
Криопреципитат
Контрикал, Гордокс
Эритроцитарная масса
Альбумины, глобулины

258 Токсичность новокаина проявляется и колеблется в дозе более, чем

1 мг на 1 кг веса пациента
5 мг на 1 кг веса пациента
15 мг на 1 кг веса пациента
20 мг на 1 кг веса пациента

259 Усиливает симптомы интоксикации новокаином недостаток витамина

В1

В6
В12
Аскорбиновой кислоты
Никотиновой кислоты

260 Для снятия возбуждения при тяжелой интоксикации новокаином назначают

5-10% раствор Гексенала, 2.5% раствор Аминазина
0.05% раствор Строфантина, 0,06% раствора Коргликона
Фуросемид, Маннит
Раствор Рингера, физиологический раствор

261 Ряд неблагоприятных эффектов адреналина можно снять

Кордиамином
Строфантином, Корглюконом
Энаприлином, Нитроглицерином
Атропином
Изадрином

262 Для снятия стенокардии необходимо назначить

Валидол, Корвалол, Валокордин
Строфантин, Корглюкон
Анаприлин, Фентоламин, Тропафен
Фуросемид, Маннит

263 Положение Тренделенбурга – это когда
Голова находится ниже ног пациента (в горизонтальном положении)
Сидя в кресле голову больного наклоняют вперед
Пациент лежит на боку

Пациент лежит на спине, подняв нижние конечности под углом 45 градусов

264 На 1 грамм сухого вещества глюкозы необходимо вводить инсулина
1 ЕД
2 ЕД
5 ЕД
9 ЕД
15 ЕД

265 При бронхоспазме назначают
Дипрофиллин, Эуфиллин
Тавегил, Диазолин
Фуросемид, Маннит
Строфантин, Корглюкон

266 В первые часы после образования гематомы больному назначают:
Сухое тепло, согревающие компрессы
Холод (лед)
УВЧ, СВЧ
Препараты гидрокортизона

267 Периодонтит – это
Воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта
Воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры
Заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти

268 Развитие периодонта происходи за счёт тканей
Адамантобластов (амелобластов)

Центральной части зубного сосочка

Мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка

269 По локализации гранулем различают

Апикальные и латеральные гранулёмы

Апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые гранулёмы

Простые, сложные гранулёмы и кистогранулема

Латеральные и межкорневые гранулёмы

270 Боли при остром серозном периодонтите

Ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании

Ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании

Острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам

Острые, пульсирующие, иррадиируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба

271 Боли при остром гнойном периодонтите

Ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании

Ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании

Острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам

Острые, пульсирующие, иррадиируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба

272 Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите

Синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положительный

Гиперемирована, отечна, болезненна в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной

Без видимых изменений

Бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, безболезненна

273 По формам периодонтитов различают

Серозный, гнойный периодонтит
Гранулирующий, фиброзный и гранулематозный периодонтит
Апикальные, диффузные периодонтиты
Острый, подострый, хронический периодонтит

274 Укажите основные признаки симптоматики хронического гранулирующего периодонтита

Ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений

Ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений

Острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ

Болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг

деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями

275 Укажите основные признаки острого гнойного периодонтита

Ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений

Ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений

Острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ

Болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг

деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями

276 Укажите размеры кистогранулемы

До 0.5 см

От 0.5 до 1.0 см
От 1.0 до 2.0 см
Более 2.0 см

277 Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет
0.05-0.10 мм
0.10-0.15 мм
0.15-0.22 мм
0.20-0.25 мм
0.25-0.30 мм

278 Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет
0.05-0.10 мм
0.10-0.15 мм
0.15-0.22 мм
0.20-0.25 мм
0.25-0.30 мм

279 Реплантация зуба - это
Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием
коронкой

280 Гемисекция зуба - это
Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием
коронкой

281 Ампутация зуба - это
Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба

Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу

Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием

коронкой

282 Коронаро-радикулярная сепарация - это

Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба

Удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба

Пересадка удаленного зуба в его же альвеолу

Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием

коронкой

283 Противопоказание к резекции верхушки корня зуба - это

Перелом верхней трети корня зуба

Апиколатеральные и латеральные гранулемы

Искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии

Поднадкостничная гранулема

Перелом инструмента в корневом канале зуба

284 Показанием к гемисекции и ампутации корня является

Значительный дефект костных тканей лунки зуба

Наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра

Зуб не представляет функциональной и косметической ценности

Наличие сросшихся корней

285 Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является

Наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра

Пришеечный кариес одного из корней зуба

Вертикальный перелом коронки и корня зуба

Значительный дефект костных тканей лунки зуба

Наличие межкорневой гранулемы

286 Противопоказанием к проведению коронаро-радикулярной сепарации является

Перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки

Наличие межкорневой гранулемы небольших размеров

Патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более

287 Проводить пломбирование корней зуба при выполнении операции резекции верхушки корня зуба следует
Перед операцией
После операции
Перед операцией или после операции
Во время операции

288 Аутотрансплантация - это пересадка удаленного зуба
В его же альвеолу
В другую альвеолу

От организма другого вида человеку
От одного человека другому человеку

289 Киста челюсти - это
Опухолеподобное образование
Опухоль соединительнотканная
Эпителиальная опухоль
Опухоль из зубообразующего эпителия

290 Псевдокиста в отличие от истинной кисты
Лишена эпителиальной выстилки
Имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия
Имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия
Имеет выстилку из кубического эпителия

291 Резидуальными кистами челюстей могут быть кисты
Радикулярные
Фолликулярные
Фиссуральные
Эпидермоидные

292 Синонимом глобуломаксиллярной кисты является
Носогубная киста
Шаровидно-верхнечелюстная киста
Носоальвеолярная киста
Носонебная киста
Киста резцового канала

293 Чаще всего оболочка радикулярной кисты выстлана

Многослойным плоским эпителием с его полным ороговением
Многослойным плоским эпителием без его полного ороговения
Кубическим эпителием
Цилиндрическим эпителием
Мерцательным эпителием

294 Симптом парестезии губы при росте радикулярной кисты выявляется при ее локализации
Только на нижней челюсти
Только на верхней челюсти
Как на верхней, так и на нижней челюсти
Не характерен для радикулярной кисты

295 Валик Гербера — это
Выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе
Выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти
Выпячивание кисты в нижнем носовом ходу
Выпячивание кисты в среднем носовом ходу

296 Кисты челюстей могут быть
Только одонтогенными
Одонтогенными и неодонтогенными
Одонтогенными, саливаторными, тонэиллогенными
Одонтогенными, гингивальными, саливаторными
Одонтогенными, мукостоматогенными

297 К неодонтогенным кистам челюстей относится
Радикулярная
Фолликулярная

Парадентальная
Эпидермоидная
Носоальвеолярная

298 К одонтогенным кистам челюстей относится
Носонебная
Глобуломаксиллярная
Носоальвеолярная
Радикулярная

299 К одонтогенным кистам челюстей относится
Носонебная

Глобуломаксиллярная
Носоальвеолярная
Фолликулярная

300 К одонтогенным кистам челюстей относится
Носонебная
Глобуломаксиллярная
Носоальвеолярная
Парадентальная

301 Верхнечелюстная пазуха у взрослых выстлана эпителием
Плоским неороговевающим
Плоским ороговевающим
Многослойным мерцательным
Цилиндрическим
Кубическим

302 Впервые предложил разделить одонтогенный гайморит на токсический и инфекционный
Г.Н. Марченко
М. Азимов
И.Г. Лукомский
В.Т. Пальчун и соавторы

303 Предложил выделять две формы одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи: открытую и закрытую
В.Е. Щегельский
М. Азимов
Г.Н. Марченко
В.Т. Пальчун и соавторы
И.Г. Лукомский

304 Наиболее частыми симптомами острого гайморита являются
Иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва
Боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица
Выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа
Выраженная интоксикация, лихорадка

305 При остром гайморите чаще всего припухает
Нижнее веко
Подглазничная область
Щечная область
Скуловая область

306 При изучении рентгенограмм следует проводить сравнение пневматизации верхнечелюстных пазух с

Лобными пазухами

Решетчатым лабиринтом

Орбитами

Носовой полостью

307 Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через

Нижний носовой ход

Средний носовой ход

Верхний носовой ход

Любой из носовых ходов

308 При проведения пункции верхнечелюстной пазухи нужно отступить кзади от переднего края нижней носовой раковины на

0.5 см

1.0-1.5 см

2.0-2.5 см

3.0-3.5 см

4.0-4.5 см

309 Лечение острого серозного одонтогенного гайморита заключается в

Удалении причинного зуба, вскрытии верхнечелюстной пазухи, проведение гайморотомии

Устранении источника инфекции (причинного зуба), назначение сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ

Назначении сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ, зуб в острой фазе воспаления удалять не следует

310 Клиническая симптоматика обострившегося хронического одонтогенного гайморита характеризуется

Чувством тяжести, заложенности соответствующей половины носа

Гнойными выделениями из соответствующей половины носа

Болями в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиирующими по ходу ветвей тройничного нерва

Гноевыделением из соответствующей половины носа, чувством тяжести в половине головы, повышением температуры тела, нарушением сна, снижением работоспособности

311 Нехарактерно для одонтогенного гайморита

Одностороннее поражение
Двустороннее поражение
Наличие причинного зуба
Наличие перфоративного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи
Локализация в области дна, передней и латеральной стенки
Выделение гнойного содержимого в полость рта

312 Истинными кистами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи являются
Радикулярные
Ретенционные
Лимфангиэктатические
Резидуальные
Поднадкостничные

313 Истинными кистами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи являются
Радикулярные
Ретенционные
Лимфангиэктатические
Резидуальные
Поднадкостничные

314 Тактика лечения при остром гнойном одонтогенном гайморите заключается в
Проведении пункции верхнечелюстной пазухи
Удалении причинного зуба, пункции и промывании верхнечелюстной пазухи, симптоматическом лечение

Проведении гайморотомии
Удалении причинного зуба, назначении сосудосуживающих и физиотерапевтических средств

315 Свищом верхнечелюстной пазухи называют
Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней
Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища
Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства

316 Соустьем верхнечелюстной пазухи считается

Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней

Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней

Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища

Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства

317 Вторичным свищом верхнечелюстной пазухи называют

Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней

Сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней

Сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища

Сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства

318 Наиболее часто ороантральное сообщение закрывается путем использования слизисто-

надкостничного лоскута, взятого с

Нёба на ножке

Вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти

Путем перемещения слизисто-надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти

С подвижной части переходной складки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти

319 Вкладки применяются для опоры мостовидных протезов при протезировании дефектов

Не более одного-двух зубов

Двух и более зубов

Двух – трех зубов

Не более трех зубов

320 Оверлей – это микропротез

Расположенный внутри, вкладка

Укрепленный в зубе с помощью штифтов

Укрепленный за рядом стоящий зуб

Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

321 Пломбирование полости показано при ИРОПЗ равном
0.55 – 0.6
0.0 – 0.55
0.6 – 0.8
Больше 0.8

322 К IV классу по Блеку относятся полости
На оральной поверхности фронтальных зубов
На жевательной поверхности моляров и премоляров

На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
В пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов

323 Вкладки могут изготавливаться из золота
583 пробы
750 пробы
1000 пробы
386 пробы
486 пробы

324 Ко II классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
В пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
На жевательной проксимальной поверхности моляров и премоляров
На оральной, жевательной поверхностях

325 Первым этапом обследования больного является
Осмотр зубных рядов
Обследование полости рта
Осмотр отдельных зубов
Сбор анамнеза
Внешний осмотр больного

326 Последовательность разделов анамнеза
Субъективное состояние и жалобы больного, анамнез данного заболевания, семейный анамнез, анамнез жизни больного
Жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного

заболевания, семейный

анамнез, анамнез жизни больного

Жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез

Анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез

327 Классификация кариеса по Блеку основана на
Этиологии
Морфологических признаках
Топографии дефекта
Распространенности
Степени разрушения твердых тканей зуба

328 Inlay - микропротез
Расположенный внутри, вкладка
Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
Укрепленный в зубе с помощью штифтов
Укрепленный за рядом стоящий зуб

329 Онлей – микропротез
Расположенный внутри, вкладка
Укрепленный в зубе с помощью штифтов
Включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

330 Пинлей - микропротез
Укрепленный в зубе с помощью штифтов
Укрепленный за рядом стоящий зуб
Расположенный внутри, вкладка

Включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
Охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

331 Протезирование вкладками показано при разрушении ТТЗ
На 1/3 коронки
На 1/2 коронки
На 2/3 коронки
До уровня десны

332 При формировании полости под вкладку допускается угол дивергенции стенок по отношению ко дну
100 – 110
110 – 120

120 – 130
80 – 90
90 – 96

333 Край полости под вкладку должен быть скошена
Всю толщину эмали
Перекрывать эмалево-дентинную границу
На 1/2 толщины эмали
На 1/2 высоты полости
На высоту всей полости

334 К I классу по классификации Блека относят полость, располагающуюся
В пришеечной области всех групп зубов
На апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
На апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов на апроксимальных поверхностях моляров и премоляров

В естественных фисурах жевательных зубов

335 При изготовлении металлического штампа отливают
1 штамп
2 штампа
3 штампа
5 штампов
4 штампа

336 Отжиг металлической штампованной коронки из нержавеющей стали проводят
Над пламенем спиртовки
В муфельной печи
С помощью бензиновой горелки
При помощи вольтовой дуги
В литейном аппарате

337 Обработка штампованной коронки перед фиксацией производится
Фурациллином
Хлорамином
Перекисью водорода
Спиртом
Хлоргексидином

338 Складывание копировальной бумаги для контроля

препарирования жевательной поверхности зуба в

2 раза
3 раза
5 раз
8 раз

12 раз

339 Осложнение, возникающее при использовании штампованной коронки

Патологическая стираемость
Расцеметировка
Гальванизм
Кровоточивость десен
Акриловый стоматит

340 Первичная штамповка металлической штампованной коронки заключается в

Отбивании гильзы на металлическом штампе
Штамповке в аппарате «ММСИ»
Штамповке в аппарате «Паркера»
Отбивание гильзы на наковальне

341 Укажите требования, предъявляемые к отпрепарированному зубу под металлическую штампованную коронку

Выраженный экватор
Выражены бугры
Сохранение контакта с соседними зубами
Не разобщенный прикус
Цилиндрическая форма без острых углов

342 Толщина стандартной гильзы для изготовления металлической штампованной коронки из нержавеющей стали в миллиметрах равна

0.22
0.25
0.3
0.5

0.8

343 Толщина металлической штампованной коронки в миллиметрах равна

0.1
0.22
0.25

0.3
0.8

344 Для протягивания гильз используют аппарат
Рудько
Самсон
Паркера
Гизи
ММСИ

345 Для изготовления металлокерамических протезов применяют
Термомассу
Двуслойные оттиски силиконовыми массами
Оттиски гипсовым блоком
Функциональные оттиски альгинатной массой
Частичные оттиски альгинатной массой

346 При планировании керамической облицовки учитывают
Плотность контактов
Величину зубов
Величину корней
Вид прикуса

347 Терапевтическая подготовка перед изготовлением металлокерамических протезов заключается в
Лечении флюороза
Санации носоглотки
Удалении зубов
Пародонтологической помощи

348 В комплекс обследования при протезировании металлокерамикой входит
Электротонометрия
Реопародонтография
Томография височно-нижнечелюстного сустава
Визиография
Ядерная магнитно-резонансная томография

349 Укажите осложнения при протезировании металлокерамическими протезами при наличии парафункции жевательных мышц
Откол керамической облицовки
Функциональная перегрузка опорных зубов
Дисфункция ВНЧС

Пульпит
Периодонтит

350 Хирургическая подготовка полости рта к протезированию металлокерамикой заключается в
Депульпировании зубов
Удалении корней зубов, не подлежащих восстановлению культевыми вкладками
Удалении вывихнутых зубов
Альвеолотомии

351 Укажите возможные осложнения при протезировании металлокерамической коронкой

Функциональная перегрузка пародонта зубов-антагонистов
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
Верхушечный периодонтит зубов-антагонистов
Травматический пульпит
Периостит

352 Глазурирование керамики направлено на
Понижение прочности облицовки
Повышение блеска
Снижение усадки фарфоровой массы
Придание различных цветовых оттенков
Снижение блеска

353 Контактные и боковые поверхности препарируют под металлокерамическую коронку под углом
1-2°
3-4°
5-7°
8-9°
10°

354 Для ретракции десны применяют
Лигатурную проволоку
Кетгут
Ретракционные нити
Слабый раствор формалина
Теплую воду

355 Скол керамической облицовки происходит при

Патологической стираемости

Аномалиях расположения зубов
Микродентии
Макродентии
Пародонтите

356 Показаниями к депульпированию зубов под металлокерамику является
Зубоальвеолярное укорочение
Выдвижение зубов-антагонистов
Наклон их в сторону дефекта зубного ряда более чем на 15 градусов
Возраст старше 35 лет

357 Наиболее частое осложнение при препаровке под анестезией под металлокерамическую конструкцию
Травматический пульпит (термический ожог пульпы)
Острый верхушечный периодонтит
Хронический пульпит
Гингивит тяжелой степени тяжести
Пародонтоз локализованный

358 При препарировании зуба под металлокерамику уступ располагается
Над десной
Под десной
На уровне десны
Уступ не формируется
На контактной поверхности

359 Противопоказанием к применению металлоакриловых и металлокомпозитных зубных протезов является

Наличие несъемных протезов, нуждающихся в замене
Явления аллергии
Повышенное стирание твердых тканей зубов
Протезирование зубов детей и подростков с живой пульпой

360 Величина препарирования жевательной поверхности моляров под металлокерамическую коронку в миллиметрах равна
0.8
1.2
2
3
3.5

361 Оптимальная величина дефекта зубного ряда, замещаемого металлокерамическим протезом

l-3 зуба
3-4 зуба
4-6 зубов
7-8 зубов

362 Показанием к изготовлению металлокерамической коронки является

Кариес
Микродентия
Аллергия к пластмассовым облицовкам
Пародонтит тяжелой степени

363 На этапе припасовки искусственной коронки необходимо

Снять слепок для отливки вспомогательной модели
Определить центральную окклюзию восковой пластиной

Зафиксировать массой «Провисцел»
Зафиксировать массой «Темпо»
Определить фиссурно-бугорковый контакт

364 Окклюзия - это

Смыкание зубных рядов в целом
Смыкание отдельных групп зубов
Всевозможные положения и перемещения нижней челюсти
Смыкание зубных рядов в целом или отдельных групп зубов в течение опеделённого отрезка времени
Всевозможные положения нижней челюсти

365 Вкладки применяются для опоры мостовидных протезов при протезировании дефектов

Не более одного-двух зубов
Двух и более зубов
Двух – трех зубов
Не более трех зубов
Не более трех-четырех зубов

366 Мостовидные протезы по отношению промежуточной части к альвеолярному отростку подразделяются на

Типичные, консольные, висячие
Касательные, промывные, седловидные
Висячие, седловидные, малые
Съемные, несъемные, касательные
Литые, гнутые, штампованные

367 Мостовидные протезы изготавливаются из

Стали нержавеющей, сплавов золота, серебряно-палладиевого сплава

Стали нержавеющей, сплавов золота, базисных пластмасс

Платины, золота, серебро-палладиевого сплава, алюминия

Поливинилсилоксана , сплавов золота и нержавеющей стали

Силикона, акриловых пластмасс

368 Односторонний концевой дефект зубного ряда относится по классификации Кеннеди

К 1 классу

К 2 классу

К 3 классу

К 4 классу

К 5 классу

369 Классификация дефектов зубного ряда по Кеннеди включает в себя

3 класса

4 класса

5 классов

6 классов

7 классов

370 К материалам для временной фиксации относятся цементы

Цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и стеклоиономерные

Цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и акриловые

Стеклоиномерные и резиномерные

Поликарбоксилатные, поливинилсилоксановые

Цинкэвгенольные

371 Укажите вид уступа для фарфоровой и пластмассовой коронок

Вестибулярный

Вестибулооральный

Циркулярный

Скошенный

372 Жевательную поверхность зуба при препарировании под фарфоровую и пластмассовую коронки сошлифовывают на

0.25-0.3 мм

0.1-0.25 мм

0.3-0.5 мм

0.35-0.4 мм
1.5-2.0 мм

373 Первым слоем фарфора при изготовлении фарфоровой коронки является

Эмалевый
Опаковый (грунтовый)
Оксидная пленка
Дентинный и прозрачный
Глазурь

374 При подвижности зубов используют дополнительный метод исследования

Реография
Рентгенография
Томография
Гнатодинамометрия
Мастикациография

375 Внутренняя косая линия располагается

В позадиальвеолярной области
В позадимолярной области

По линии «А»
По переходной складке
В подъязычной области

376 Слизистый бугорок - это место расположения зубов

1.8, 2.8
3.8, 4.8
1.1, 2.1
3.1, 4.1
1.6, 2.6

377 Податливость слизистой оболочки по Кулаженко в миллиметрах равна

0.5 – 1
1 – 2
2- 3
3-4
4-5

378 Наиболее удобной для протезирования частично съёмными протезами форма альвеолярного отростка

Коническая

Грибовидная
Уплощенная
Шиповидная
Овальная

379 Вертикальная податливость слизистой по Гаврилову обусловлена
Толщиной жировой клетчатки
Жировой клетчаткой и слизистыми железами

Слизистыми железами
Толщиной слизистой
Густой сосудистой сетью

380 Для изготовления частично съёмного протеза необходимо получить слепок
Вспомогательный
Двойной
Частичный
Функциональный
Анатомический

381 Наиболее благоприятный для протезирования съемными протезами тип слизистой оболочки по Суппли
I тип
II тип
III тип
IV тип

382 Наиболее благоприятная нагрузка для пародонта опорных зубов
Горизонтальная
Вертикальная
Боковая
Комбинированная
Косая

383 Укажите путь передачи жевательного давления частично съёмным протезом
Физиологический
Нефизиологический
Полуфизиологический

Анатомический
Миостатический

384 Противопоказанием для изготовления частично съемного протеза

является

Отсутствие 4х зубов
Отсутствие зубов–антагонистов
Полное отсутствие зубов
Подвижность зубов I, II степени
Отсутствие 1 зуба

385 Абсолютным показанием для изготовления частично съёмного протеза является

Включенные дефекты
Концевые дефекты
Одиночный зуб на челюсти
Глубокий прикус
Дефекты более 4-5 зубов

386 Односторонний концевой дефект зубного ряда по Кеннеди относится к

1 классу
2 классу
3 классу
4 классу
5 классу

387 При дефектах зубных рядов большой протяженности необходимо изготовить протез

Мостовидный
Консольный
Полный съемный

Частично съёмный протез
Несъемный

388 Торус на верхней челюсти

Является пунктом анатомической ретенции
Является методом фиксации протеза
Ухудшает стабилизацию протеза
Не учитывается при изготовлении протеза
Улучшает стабилизацию протеза

389 При атрофии альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти фиксация ЧСП протеза

Ухудшается
Не изменяется
Увеличивается адгезия
Улучшается

Зависимость прямо пропорциональная

390 Пластиночный съемный протез восстанавливает жевательную эффективность на

30 – 40%
50 – 60%
60 – 70%
70 – 80%
80 – 90%

391 Граница базиса ЧСП протеза в области жевательных зубов с небной поверхности проходит на уровне

Шеек зубов
На 1/3 высоты зубов
На 2/3 высоты зубов

До жевательной поверхности
Не доходит до шеек зубов

392 Жевательное давление ЧСП протезам передается на

Зубы
Альвеолярные отростки
Контрфорсы
Слизистую альвеолярного отростка
Торус

393 Дистальная граница базиса ЧСП протеза в области бугров верхней челюсти

Не доходит до бугров
Перекрывает бугры на 1/3
Перекрывает бугры на 2/3
Полностью перекрывает бугры

394 Тело удерживающего кламмера располагается

На окклюзионной поверхности
Выше экватора
Ниже экватора
На экваторе зуба
В пришеечной части зуба

395 Плечо удерживающего кламмера на опорном зубе располагается

На экваторе
В окклюзионной части
В пришеечной части
На уровне шейки зуба

В окклюзионной и пришеечной части

396 Лучшей фиксацией ЧСП протеза на верхней челюсти является
Точечная
Поперечная
Диагональная
Горизонтальная
Вертикальная

397 Плечо удерживающего кламмера охватывает вестибулярную поверхность опорного зуба
На 1/3
На 2/3
На всю поверхность
Уходит на апроксимальную
Касается в одной точке

398 При наличии 3х антагонирующих пар зубов окклюзионные валики необходимы для
Нанесения ориентировочных линий
Создания окклзионной плоскости
Определения высоты прикуса
Фиксации челюстей в центральном соотношении
Постановки зубов

399 Для постановки зубов при изготовлении ЧСП протеза с фиксированным прикусом необходимо иметь
Прикусные валики
Ориентировочные линии
Отпечаток зубов антагонистов
Окклюдатор

Шпатель зуботехнический

400 Высоту нижней трети лица определяют методом
Функциональным
Инструментальным
Насильственным
Анатомо-функциональным

401 При фиксированном прикусе центральное соотношение определяют путем
Фиксации челюстей в центральном соотношении
Припасовки валиков и фиксации в центральном соотношении

Определения высоты прикуса
Определения физиологического покоя
Нанесения ориентировочных линий

402 При сохранившихся зубах высота прикусного валика должна быть равна
0.5 см
1 см
1.5 см
2 см
На 1-2 мм выше естественных зубов

403 При не фиксированном прикусе вначале проводят
Припасовку окклюзионных валиков
Построение окклюзионной плоскости
Определение высоты физиологического покоя
Определение линии смыкания зубов
Определение высоты нижнего отдела лица

404 Ширина прикусного валика во фронтальном отделе в сантиметрах равняется
0.3
0.5
0.8
1
1.5

405 Линию улыбки наносят для определения
Режущего края искусственных зубов
Шейки искусственных зубов
Уздечки верхней губы
Экватора искусственных зубов
Искусственной десны

406 Метод фиксации нижней челюсти в ЦО может быть
Произвольным
Функциональным
Анатомическим
Анатомо-физиологическим
Антропометрическим

407 Нижняя челюсть в состоянии физиологического покоя
Выдвинута вперед
Смещена кзади

Опущена книзу
Смещена влево
Смежена вправо

408 Укажите, в скольких направлениях производит воспроизводит движение окклюдатор

В 2х направлениях
В 1м направлении
В 3х направлениях
В 4х направлениях

409 Модели загипсовывают в окклюдаторе с целью

Определения высоты прикуса
Воспроизведения движения нижней челюсти
Постановки зубов
Моделировки базиса протеза
Подбора зубов

410 Основным конструктивным материалом для изготовления базиса ЧСП протезов является

Базисный воск
Искуственные зубы
Базисная пластмасса
Кламмера
Гипс

411 Укажите, при каких условиях делают искусственные зубы на приточке

При требовании эстетики
При гипертрофии альвеолярного отростка
При атрофии альвеолярного отростка
При глубоком прикусе
При гипертрофии слизистой альвеолярного отростка

412 Укажите требование к опорному зубу, несущему кламмер

Зуб расположен вне дуги
У зуба низкая коронка
У зуба имеется изменение в цвете
У зуба имеется подвижность 1 степени
Зуб интактный

413 При подборе искусственных зубов необходимо учитывать

Желание пациента

Топографию дефекта
Пол пациента
Возраст пациента
Цвет, форму сохранившихся зубов

414 Искусственные пластмассовые зубы изготавливают из
Протакрила
АКР 7
Акрела
Фторокса
Этакрила

415 Укажите из какой пластмассы изготавливают базис пластиночного протеза
Акрилоксид
Синма – 74
Протакрил
Фторакс
АКР - 7

416 Укажите каким путём пластмассовые зубы соединяются с базисом

Под давлением
Крампонами
Химическим
Механическим
Физическим

417 Укажите, с каких зубов начинают их постановку
Топография зубов значения не имеет
С нижних премоляров
С боковых зубов верхней челюсти
С фронтальных зубов верхней челюсти
С фронтальных зубов нижней челюсти

418 При загипсовке моделей в окклюдатор необходимо
Погрузить их в воду
Приготовить гипс
Зафиксировать нижнюю раму
Зафиксировать модели в ЦО
Изогнуть кламмера

419 Укажите процентное содержание остаточного мономера в базисной пластмассе после полимеризации

0,5 – 1 %
1 – 2 %
3 %
4 – 5 %
До 10 %

420 Укажите, в какой стадии используются самотвердеющие пластмассы для починки протезов

В стадии набухания
В стадии тянущихся нитей
В тестообразной стадии
В песочной стадии
В резиноподобной стадии

421 Укажите, на какой реакции основаны пластмассы, применяемые в ортопедической стоматологии

Поликонденсации
Сополимеризации
Пластификации
Полимеризации
Слипания

422 Объемное отношение порошка и жидкости при приготовлении пластмассы равно

2 : 3
4 : 1
3 : 1
2 :1
1 : 1

423 Характерной реакцией слизистой на съемный протез является

Травма
Атрофия
Папиломатоз
Воспаление
Десквамация эпителия

424 Остаточный мономер в пластмассовом протезе можно определить

На вкус
Визуально
Р - ром $KMnO_4$
Р - ром соляной кислоты

Спиртом

425 Укажите, чем перед постановкой пластмассового теста покрывают прессформу

Клеем
Изоколом
Бензином
Полимером
Мономером

426 Двухслойные базисы в съемных протезах рекомендуют при

Гипертрофии альвеолярных отростков
Гипертрофии слизистой
Атрофии слизистой, экзостозах
Болтающемся гребне слизистой
Наличии торуса

427 Укажите причину, по которой при движениях языка происходит смещение съемного протеза

Отсутствия изолирования уздечек губ
Нарушения режима полимеризации
Отсутствия изолирования уздечки языка
Нарушения паковки пластмассы
Некачественного слепка

428 Микротрещины в базисе пластиночного протеза возникают при

Недостатке полимера
Длительном кипячении
Резком охлаждении
Недостатке мономера
Погружении кюветы в кипящую воду

429 При наличии множества пор в базисе пластиночного протеза необходимо

Произвести повторную полимеризацию
Оставить без изменения
Переделать протез
Устранить самотвердеющей пластмассой
Тщательно полировать

430 Внутреннюю поверхность пластиночного протеза необходимо

Обработать фрезой
Покрыть изоколом
Освободить от гипса, промыть

Оставить без изменения
Тщательно отполировать

431 Изоляцию экзостозов при изготовлении съемного протеза проводят

После вываривания воска
При проверке восковой конструкции
При отливке модели
При моделировке базиса
После полировки

432 Укажите, из скольких частей состоит кювета для загипсовки моделей протезов

2 частей
3 частей
4 частей
5 частей

433 Гранулярная пористость в пластмассовом протезе возникает при

Резком нагревании
Резком охлаждении
Неправильной штамповке
Недостатке мономера
Избытке мономера

434 Газовая пористость возникает в базисе протеза при

Резком нагревании
Резком охлаждении
Избытке мономера
Малом давлении
Неправильной паковке

435 При полимеризации пластмассы в сухой среде отмечают

Увеличение усадки
Уменьшение усадки
Снижение пористости
Увеличение пористости

436 Пористость сжатия в базисе пластиночного протеза возникает при

Недостатке пластмассы
Недостатке мономера

Усадке пластмассы

Малом давлении
Повышенном давлении

437 Укажите, от чего зависят сроки адаптации к съемному протезу
От типа дефекта зубного ряда
От материала изготовления протеза
От типа ЦНС
От пола
От возраста пациента

438 Укажите зубы, на уровне окклюзионной поверхности которых находятся углы рта
На уровне 1.4, 2.4 зубов
На уровне 1.5, 2.5 зубов
На уровне 3.4, 4.4 зубов
На уровне 3.3, 4.3 зубов

439 Укажите среднюю толщину слизистой оболочки в области небного шва в миллиметрах
1.1
1.55
2.24
3.34
4.53

440 Задний край протеза верхней челюсти при полной потери зубов
Должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
Не должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
Не должен доходить до линии «А» на 5 мм

Должен перекрывать линию «А» на 5 мм

441 Прилипаемость относится к методу фиксации
Механическому
Физическому
Биомеханическому
Анатомическому
Биофизическому

442 Укажите, от чего зависит качественная фиксация протеза
Внутритканевой жидкости
Качественного слепка
Сосудов
Жировой клетчатки переходных складок
Соединения тканевых прослоек переходных складок

443 При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания зубов является

Нормализация прикуса

Устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии

Восстановление анатомической формы зубов

Устранение воспалительного процесса

Эстетические показания

444 Ведущим симптомом генерализованного пародонтита на рентгенограмме становится

Гиперцементоз

Вертикальная резорбция

Остеосклероз

Атрофия костной ткани

Расширение периферической щели

445 Для генерализованной формы пародонтита характерно

Нормальное состояние пародонта группы зубов

Нормальное состояние пародонта одной челюсти

Нормальное состояние пародонта хотя бы одного зуба

Поражение пародонта одного зуба

Поражение пародонта всех зубов в зубочелюстной системе

446 При хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести

Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 2/3 длины корней зубов

Изменений нет

Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 1/2 длины корней зубов

Кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани на 1/2 длины корней зубов

Кортикальная пластинка межзубной перегородки сохранена, убыль костной тканина1/3 длины корней зубов

447 Пародонтит тяжёлой степени тяжести дифференцируют с

Пародонтомами

Пародонтозом

пародонтитом средней степени тяжести

Гипертрофическим гингивитом

Катаральным гингивитом

448 Веерообразное расхождение зубов характерно для
Фиброматоза десен
Синдрома Хенда - Крисчена - Шюллера

Пародонтоза средней и тяжелой степени
Генерализованного пародонтита средней степени тяжести
Гипертрофического гингивита

449 Укажите степень подвижности зубов при пародонтите легкой степени тяжести
IV степени
I степени
II-III степени
I-II степени

450 Для пародонтита тяжелой степени характерны пародонтальные карманы глубиной (в миллиметрах)
1 мм
5мм и более 7мм
до 5мм
3.5мм

451 Пародонтальные карманы при генерализованном пародонтите легкой степени тяжести заполнены
Слюной
Гнойным экссудатом
Серозно-гнойным экссудатом
Серозным экссудатом

452 При пародонтозе резорбция костной ткани альвеолы равна
От 1/3 до 2/3 длины корня
Более 2/3 длины корня
2/3 длины корня
От 1/3 длины корня

453 Укажите сроки получения оттисков при непосредственном протезировании
Через 1 день после удаления
В день удаления
До удаления зубов
Через 1-5 дней после удаления зубов
Через 4 и более недель после удаления зубов

454 Иммедиат-протезы это

Временные съемные и несъемные протезы
Временные съемные протезы
Постоянные съемные протезы
Постоянные несъемные протезы
Постоянные съемные и несъемные протезы

455 Иммедиат-протезы используют при
Заболевании ВНЧС
Локализованной патологической стираемости
Множественном удалении зубов
Генерализованной патологической стираемости
Полном отсутствии зубов

456 Укажите отрицательное свойство иммедиат-протеза
Исключение атрофии костной ткани за счет напряжения под базисом иммедиат-протеза
Предохранение от перегрузки оставшихся зубов
Предупреждение деформации зубного ряда
Изоляция операционной раны
Затрудняет отток раневой жидкости

457 Иммедиат-протезы относятся к
Замещающим аппаратам
Фиксирующим аппаратам
Формирующим аппаратам
Направляющим аппаратам
Репонирующим аппаратам

458 Предельный срок пользования иммедиат-протезом составляет
2 недели
1 месяц
2 месяца
3 месяца
6 месяцев

459 Укажите, кто и когда впервые изготовил непосредственный пострезекционный протез
Радригес в 1863 году
Курляндский в 1962 году
Гаврилов в 1897году
Кац в 1931 году
Шварц в 1915 году

460 Укажите, какой величине в миллиметрах равен слой снимаемого

гипса по методике Г.П. Соснина

0.5 – 1мм

1 - 1.5мм

2 – 3мм

3 – 4мм

5мм

461 По методике Г.П. Соснина на верхней челюсти во фронтальном отделе гипс снимают

Только с вестибулярной стороны

Только с небной стороны

С вершины альвеолярного отростка

С вестибулярной и небной сторон

С вестибулярной, небной и вершины альвеолярного отростка

462 Укажите дефект зубного ряда, относящийся к III классу дефектов зубных рядов по Кеннеди

Полное отсутствие зубов

Один или несколько включенных дефектов, которые ограничены естественными зубами

Двусторонние концевые дефекты

Односторонний концевой дефект

Включенный дефект переднего участка зубного ряда

463 Укажите системы фиксации бюгельного протеза

Балочная, магнитная

Балочная, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная, телескопические коронки

Телескопические коронки, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная фиксация

Опорно-удерживающие кламмера, замковая, магнитная фиксация

Балочная, замковая

464 Укажите одно из показаний к применению бюгельного протеза

Полное отсутствие зубов

Шинирование при заболеваниях пародонта

Патологическая стираемость зубов

Включенные дефекты

Полное вторичное отсутствие зубов

465 Укажите количество классов, которые включает в себя классификация Бетельмана

2

3

4
5
8

466 Укажите, из чего состоит каркас дугового протеза
Дуга, седла с искусственными зубами
Фиксирующий элемент, дуга
Дуга, седла с искусственными зубами
Дуга, захваты для седел, дробители нагрузки, элементы-стабилизаторы
Дуга

467 По способу фиксации между патрицей и матрицей замковые крепления могут быть
Нежестки
Полулабильные
Лабильные
Жесткие
Силовые

468 Укажите, что означает бюгель в переводе с латинского
Замок
Дуга
Седло
Опора
Кламмер

469 При изготовлении комбинированных протезов с жесткой системой крепления всегда применяется
Фрезерование оральной поверхности опорных коронок
Кламмер Роуч
Пелоты
Удаление одного из опорных зубов
Кламмер Бонвиля

470 Расстояние между дугой бюгельного протеза верхней челюсти и слизистой оболочки твердого неба составляет в миллиметрах
До 1 мм
1.5-2.0 мм
2.0-3.0 мм
2.5-3.0 мм
2.0-2.5 мм

471 Укажите, какие опорно-удерживающие кламмеры входят в систему Нея

Джейсона
Аккера
Кеннеди
Бонвиля
Келлера

472 При расположении элементов опорно-удерживающего кламмера наиболее важной линией является
Продольная ось зуба
Линия анатомического экватора
Линия вертикали
Разделительная (межевая) линия
Линия диагонали

473 Укажите количество типов кламмеров в системе Ney
2
5
6
7
15

474 Укажите, где находится активное плечо кламмера находится
На клиническом экваторе зуба
Ниже клинического экватора
Над клиническом экватором
На окклюзионной поверхности опорного зуба

475 Укажите, где располагается опорная часть опорно-удерживающего кламмера
В кламмерной зоне
В окклюзионной зоне
В ретенционной зоне
На уровне с разделительной (межевой) линией
В зоне поднутрения

476 Ложе на поверхности коронки зуба для расположения окклюзионной накладки кламмера должно иметь форму
Круглую
Ложечкообразную
«Ласточкина хвоста»
Прямоугольную

Плоской поверхности

477 Укажите толщину окклюзионной накладки у основания в

миллиметрах

0.5
0.8-1.0
1.0-1.2
1.2-1.5
2.0-2.5

478 Главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

Устойчивость зуба
Выраженность анатомического экватора
Высота клинической коронки
Поражение твердых тканей зубов
Отсутствие периапикального воспаления