Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Стоматологический факультет

**СТОМАТОЛОГИЯ**

тестовые задания для государственной итоговой аттестации обучающихся по специальности 31.05.03 – Стоматология

В 2 частях

ЧАСТЬ 2

Красноярск

2021

УДК 616.31(076.1)

ББК 56.6

С 23

Составители: канд. мед. наук, доц. А.А. Майгуров;

канд. мед. наук, доц. И. В. Орешкин

Рецензент: д-р мед. наук, проф., заведующая кафедрой терапевтической

стоматологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Т. Г. Петрова

**Стоматология** : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для государственной итоговой аттестации обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология : в 2 ч. / сост. А. А. Майгуров, И. В. Орешкин. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2021. - Ч.2. - 274 с.

Тестовые задания подготовлены в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.03 – «Стоматология». Предназначены для проведения государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.03 Стоматология

Утверждено ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

УДК 616.31(076.1)

ББК 56.6

© ФГБОУ ВО КрасГМУ

им. проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого

Минздрава России, 2021

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ | 4 |
| 2. | ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ | 138 |
| 3. | ОРТОДОНТИЯ | 219 |

**СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

1.У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ КАРИЕСОМ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

1) резцы верхней челюсти

2) моляры верхней челюсти

3) моляры нижней челюсти

4) резцы нижней челюсти

2.ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ

1) зубы одного периода формирования

2) временные и постоянные резцы

3) зубы антагонисты

4) только первые моляры

3. УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) вколоченного вывиха

2) ушиба зуба

3) вывиха зуба без смещения

4) полного вывиха

4. ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эрозия

2) папула

3) пузырек

4) пятно

5. НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС (СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА) ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) подповерхностной деминерализацией

2) нарушением формирования эмали

3) поверхностной деминерализацией

4) некрозом эмали

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ С

1) радикулярной кистой

2) одонтомой

3) цементомой

4) репаративной гранулемой

7. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

1) вколоченный вывих временного зуба

2) перелом корня зуба

3) перелом челюсти

4) вывих височно-нижнечелюстного сустава

8. ОТВЕРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

1) Гетчинсона

2) Пфлюгера

3) Фурнье

4) Тернера

9. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) вирус коксаки

2) вирус простого герпеса

3) вирус гриппа

4) цитомегаловирус

10. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ МИКРОФЛОРА

1) смешанная

2) стрептококковая

3) стафилококковая

4) грибковая

11. ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛИЗИСОМ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЭТО СИНДРОМ

1) Папийона – Лефевра

2) Блоха – Сульцбергера

3) Стентона – Капдепона

4) Аспергера

12. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАЗВИВАЕТСЯ КИСТА

1) фолликулярная

2) радикулярная

3) назоальвеолярная

4) кератокиста

13.ПРИШЕЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ МИНЕРАЛИЗУЕТСЯ У РЕБЕНКА

1) в первые 3–4 месяца после рождения

2) до рождения

3) сразу после прорезывания зуба

4) к концу первого года жизни

14. КАРИОЗНЫЕ ПЯТНА ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

1) вестибулярной

2) контактной

3) жевательной

4) в области режущего края

15. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА НЕДЕЛЕ

1) 6–7

2) 8–9

3) 10–16

4) 21–30

16. ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ОБРАЗУЮТСЯ ТКАНИ ЗУБА

1) эмаль, Насмитова оболочка

2) дентин, пульпа

3) цемент

4) кость альвеолы

17. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЮТСЯ

1) дентин, пульпа

2) цемент

3) периодонт

4) кость альвеолы

18. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО МЕШОЧКА ОБРАЗУЮТСЯ

1) цемент, периодонт

2) дентин

3) Насмитова оболочка

4) пульпа зуба

19. ПЕРИОД «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ» ДЛЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛИТСЯ

1) 2,5–3 года

2) 1,5–2 года

3) 3,5–4 года

4) 4,5–5 лет

20. ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО НА ПОВЕРХНОСТЯХ

1) вестибулярной резцов

2) вестибулярной моляров

3) небной и язычной моляров

4) небной и язычной резцов и клыков

21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА

1) хронический гранулирующий периодонтит

2) хронический гранулематозный периодонтит

3) хронический фиброзный периодонтит

4) хронический периодонтит в стадии обострения

22. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

1) рентгенологический метод

2) окрашивание зубов раствором Шиллера – Писарева

3) ЭОД

4) перкуссия зуба

23. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ

1) острого диффузного пульпита

2) травмы зуба

3) хронического фиброзного пульпита

4) передозировки мышьяковистой пасты

24. КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕСФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

1) короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня

2) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое

3) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое

4) нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

25. КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕЗАКРЫТОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

1) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое

2) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое

3) короче нормальной длины, корневой канал узкий

4) нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

26. ФОРМА ПУЛЬПИТА, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЕМАЯ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ПРИ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

1) хронический фиброзный

2) острый диффузный

3) хронический гангренозный

4) хронический гипертрофический

27. ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

1) фиброматоза десен

2) пародонтита

3) хронического катарального гингивита

4) атрофического гингивита

28. ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) гингиво-стоматита Венсана

2) синдрома Бехчета

3) алиментарной анемии

4) железодефицитной анемии

29. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

1) меловидно-крапчатая

2) чашеобразная

3) бороздчатая

4) «гипсовые» зубы

30. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ

1) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

2) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

4) хрупкая, слущивающаяся эмаль

31. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

1) бороздчатая

2) дисплазия Капдепона

3) «рифленая» эмаль

4) меловидно-крапчатая

32. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание

2) сроки прорезывания пораженной группы зубов

3) наследственность

4) заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

33. «ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ

1) несовершенного амелогенеза

2) флюороза

3) гипоплазии эмали

4) несовершенного дентиногенеза

34.ПРЕПАРИРОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОКАЗАНО ПРИ

1) среднем кариесе

2) поверхностном кариесе

3) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе

4) кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе

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

1) молочные моляры

2) молочные резцы

3) молочные клыки

4) постоянные клыки

36. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч.после травмы

2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч.после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

4) любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

37. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч.после травмы

2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч.после травмы

3) плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключающая фиксацию пломбы

4) хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

38. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС)

1) вирусная

2) инфекционная

3) грибковая

4) аллергическая

39. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

1) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)

2) травматических эрозиях

3) складчатом языке

4) афте Беднара

40. ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

1) эрозии с влажным белым налетом

2) «медовые» корки

3) эрозии с гнойным отделяемым

4) лихенизация, трещины, мокнутие

41.АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ

1) первых месяцев жизни

2) ясельного возраста

3) дошкольного возраста

4) школьного возраста

42.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1) эрозии неправильных очертаний

2) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

3) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

4) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

43.ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1) утрате пассивного иммунитета

2) наличии сопутствующих заболеваний

3) аллергизации организма

4) заболеваниях эндокринной системы

44.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГЕОГРАФИЧЕСКОМ ЯЗЫКЕ

1) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

2) нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличены в размере

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) на спинке языка эрозия округлой формы, покрытая фибринозным налетом

45. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СКЛАДЧАТОМ ЯЗЫКЕ

1) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

4) налет на спинке языка

46. ДЛЯ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ЗАБОЛЕВАНИЕ

1) молочница

2) хронический гингивит

3) хейлит

4) медикаментозный стоматит

47. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА

1) лунка зуба пустая

2) укорочение видимой части коронки

3) увеличение видимой части коронки

4) смещение коронки в сторону

48. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЮОРОЗА

1) белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации

2) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

49. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

1) изменений на рентгенограмме

2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов

3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета

4) меловидных пятен в пришеечной области

50. ЗУБОВ, ЧАЩЕ ПОРАЖАЕМЫЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ

1) постоянные резцы, клыки и первые моляры

2) молочные моляры

3) молочные резцы

4) постоянные премоляры

51.БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВЫРАЖЕНА

1) по стенкам кариозной полости

2) на дне кариозной полости в одной точке

3) по стенкам кариозной полости и всему дну

4) не выражена

52.ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПУЛЬПИТА

1) хронического фиброзного

2) острого очагового

3) острого диффузного

4) хронического гангренозного

53. ФОРМЫ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗМОЖНА БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ, ПРИПУХЛОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕК ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ

1) хронический в стадии обострения

2) фиброзный

3) гипертрофический

4) острый очаговый

54. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) нелеченный кариес

2) механическая травма пульпы

3) термическая травма пульпы

4) ретроградное инфицирование пульпы

55. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО

1) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

2) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

3) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

4) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

56. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

1) температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах

2) температура тела нормальная, прием пищи безболезненный

3) температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах

4) головная боль, температура тела субфебрильная

57. ПРИ КАНДИДОЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ВЫЯВЛЯЮТ

1) белый творожистый налет

2) фибринозный налет

3) папулы

4) «пятна» Филатова – Коплика

58. ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА

1) папулы округлой или овальной формы

2) гнойные корки на губах

3) афты, сливающиеся эрозии

4) разлитая эритема

59. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ

1) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом

2) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

3) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта

4) разлитая эритема, уртикарная сыпь

60. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПОЛОЖИТЕЛЕН ПРИ

1) пузырчатке

2) сифилисе

3) многоформной эритеме

4) пиодермии

61. ДЛЯ СУХОЙ ФОРМЫ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ХАРАКТЕРНО

1) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям

2) эрозии

3) массивные гнойные корки

4) трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

62. ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ

1) атопическом (экзематозном) хейлите

2) афтах Беднара

3) инфекционном хейлите

4) сифилисе

63.ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) пятно

2) язва

3) эрозия

4) рубец

64. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1) единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные

2) единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные

3) пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта

4) белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

65. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

1) явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налетом фибрина

2) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

3) эрозии неправильных очертаний

4) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

66. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

1) коронка смещена в различном направлении, подвижность зуба II-III степени

2) зуб погружен в лунку до десны

3) видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность

4) укорочение видимой части коронки, подвижности нет

67. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) жалобами на косметический дефект

2) болью при зондировании по линии перелома

3) подвижностью II-III степени

4) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

68. ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ У РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) анафилактического шока

2) сердечно-сосудистого коллапса

3) обморока

4) болевого шока

69. РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС У РЕБЕНКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) обморока

2) сердечно-сосудистого коллапса

3) анафилактического шока

4) болевого шока

70. ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) вывих зуба

2) перелом корня

3) ушиб зуба

4) отлом коронки

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

1) 1–3 лет

2) одного месяца

3) 4–5 лет

4) 6–7 лет

72. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6–8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

1) одонтогенная

2) стоматогенная

3) отогенная

4) риногенная

73. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

1) 85, 84, 74, 75

2)12, 11, 21, 22

3) 55, 54, 64, 65

4)42, 41, 31, 32

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

1) необязательным

2) обязательным

3) обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов

4) обязательным только для детей с патологией ЖКТ

75. ОРХИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ ПРИ

1) остром эпидемическом паротите

2) хроническом паренхиматозном паротите

3) калькулезном сиалоадените

4) аденокарциноме

76. СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

1) острого эпидемического

2) хронического рецидивирующего паренхиматозного

3) калькулезного

4) новорожденных

77. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ

1) характерно

2) не характерно

3) обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов

4) обязательно только для детей с патологией ЖКТ

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

1) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения

2) острого эпидемического

3) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии

4) калькулезного хронического в стадии ремиссии

79. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

1) хронический остеомиелит

2) хронический пульпит

3) кариес дентина

4) кариес эмали

80. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ

1) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов

2) горизонтальные борозды, параллельно режущему краю на группе зубов одного периода минерализации

3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

81.ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА

1) 7–9 и выше мг/л

2) 0,5 мг/л

3) 1 мг/л

4) 2–3 мг/л

82.ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

1) ушиб зуба

2) обработка корневого канала иодинолом

3) передозировка мышьяковистой пасты

4) обработка корневого канала хлорфиллиптом

83. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА

1) боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица

2) иррадиирующие приступообразные боли

3) ЭОД до 20 мкА

4) боли от температурных раздражителей

84.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ТОКСИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

1) боль при накусывании на зуб

2) отек мягких тканей лица

3) свищ на десне с гнойным отделяемым

4) отсутствуют

85. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА) РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

1) остром диффузном

2) хроническом гангренозном вне стадии обострения

3) хроническом гипертрофическом

4) остром очаговом

86. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ

1) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба

2) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов

3) боль при накусывании на зуб

4) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно

87. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

1) лихенизация, трещины, мокнутие

2) эрозии с гнойным отделяемым

3) «медовые» корки

4) эрозии с влажным белым налетом

88. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ (ХРАС)

1) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

2) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4) папулы

89. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ МОЛОЧНИЦЕ

1) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

2) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

3) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

4) эрозии неправильных очертаний

90. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПИОДЕРМИИ

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4) эрозии неправильных очертаний

91. ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) болью при накусывании и при перкуссии и подвижностью зуба

2) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба

3) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей

4) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

92.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВКОЛОЧЕННОГО (ВНЕДРЕННОГО) ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА

1) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет

2) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет

3) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба

4) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет

93. ОТЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА БЕЗ ОБНАЖЕНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) болью от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома

2) болью при накусывании на зуб

3) самопроизвольной болью

4) болью от химических раздражителей

94. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) болью от всех раздражителей

2) подвижностью зуба III степени

3) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва

4) изменением цвета коронки зуба

95. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ УШИБЕ ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2–3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

1) болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует

2) смещение коронки в различном направлении

3) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия

4) зуб короче симметричного, болезненная перкуссия

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

1) внедренного (вколоченного) вывиха

2) неполного вывиха

3) ушиба

4) перелома корня

97. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) глубокий прогнатический прикус

2) множественный кариес этих зубов и его осложнения

3) мелкое преддверие рта

4) мезиальная окклюзия

98. ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЁХ-ПЯТИ ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ВИД ТРАВМЫ

1) вывих зуба

2) перелом челюсти

3) перелом зуба

4) вывих височно-нижнечелюстного сустава

99. ВЫВИХ ЗУБА У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ В ПРИКУСЕ

1) временном

2) постоянном

3) ортогнатическом

4) прогеническом

100. ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

1) 6 лет

2) 2 лет

3) 3 лет

4) 1 года

101.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10–14 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

1)46, 36

2)45, 44, 34, 35

3)16, 26

4)15, 14, 24, 25

102.РОЗОВОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОРОНКИ СРАЗУ ПОСЛЕ УШИБА ИЛИ В ПЕРВЫЕ 2–3 ДНЯ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ В ЗУБАХ

1) сформированных однокорневых

2) несформированных однокорневых

3) сформированных многокорневых

4) несформированных многокорневых

103. ИЗМЕНЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ

1) полость зуба и корневые каналы облитерированы

2) полость зуба и просвет каналов зуба расширены

3) корни короткие, каналы широкие

4) расширение периодонтальной щели

104.МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ОКРАСКИ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГОВУЮ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ПРИ

1) белом кариозном пятне

2) эрозии эмали

3) пятнистой форме гипоплазии

4) кариозном пигментированном пятне

105. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

1) КПУ+кп

2) CPTIN

3) КПУ

4) ГИ

106. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) остеопороз

2) расширение периодонтальной щели

3) остеосклероз

4) гиперцементоз

107. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ

1) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ

2) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм

3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

4) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре

108. ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

1) разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре

2) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке

3) расширения периодонтальной щели на всем протяжении

4) разрежение костной ткани с нечеткими контурами

109. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

1) хронического фиброзного

2) хронического гранулирующего

3) хронического гранулематозного

4) для всех форм

110. ПРИ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) отсутствие изменений на рентгенограмме

2) очаг разрежения костной ткани с четким контуром

3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

4) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

111.ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА НА R-ГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ

1) резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок

2) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на ½ корня

3) сохранность кортикальной пластинки лунок зубов

4) нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка

112.ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

1) локальном пародонтите

2) генерализованном гингивите

3) локальном и генерализованном гингивите

4) атрофическом гингивите

113.ФОРМАЛИНОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНА ПРИ

1) пародонтите

2) катаральном гингивите

3) гипертрофическом гингивите

4) атрофическом гингивите

114.КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ

1) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

2) кандидозе

3) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)

4) остром герпетическом стоматите (ОГС)

115. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

1) кандида

2) эпидермофиты

3) актиномицеты

4) трихофиты

116. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) грибы Сandida

2) фузобактерии

3) актиномицеты

4) спирохеты

117. ЭТИОЛОГИЯ ПИОДЕРМИИ

1) инфекционная

2) грибковая

3) инфекционно-аллергическая

4) вирусная

118. ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС)

1) инфекционно-аллергическая

2) инфекционная

3) вирусная

4) паразитарная

119. ЭТИОЛОГИЯ ГЕРПАНГИНЫ

1) вирусная

2) грибковая

3) инфекционная

4) аллергическая

120. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА

1) грибковая

2) инфекционная

3) вирусная

4) аллергическая

121. ЭТИОЛОГИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ)

1) инфекционно-аллергическая

2) инфекционная

3) вирусная

4) наследственная

122.ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) вирус Коксаки и ЕСНО

2) вирус простого герпеса

3) вирус ветряной оспы

4) вирус иммунодефицита

123.ДИФТЕРИЙНЫЕ ПЛЕНКИ СОДЕРЖАТ

1) фибрин и клетки возбудителя заболевания

2) нити псевдомицелия

3) почкующиеся клетки гриба

4) обрывки эпителия и остатки пищи

124.ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2–4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

1) гигантские многоядерные клетки

2) большое количество мицелия гриба

3) почкующиеся клетки

4) фузобактерии

125. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) палочка Леффлера

2) гемолитический стрептококк

3) вирус Коксаки

4) актиномицеты

126. ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

1) почкующиеся клетки грибов Candida

2) гигантские эпителиальные клетки

3) многоядерные клетки

4) скопления кокков

127. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) вирус простого герпеса

2) микрофлора полости рта

3) вирусная Mix инфекция

4) вирус Коксаки

128. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УШИБА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2–3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

1) на рентгенограмме изменений нет

2) периодонтальная щель равномерно расширена

3) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба

4) периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба

129. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА

1) периодонтальная щель «отсутствует» у верхушки корня

2) на рентгенограмме изменений нет

3) периодонтальная щель расширена у верхушки корня

4) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

130. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА

1) расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой

2) равномерное расширение периодонтальной щели

3) периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня

4) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

131.ИЗМЕНЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ УШИБЕ ЗУБА

1) изменений нет

2) неравномерное расширение периодонтальной щели

3) равномерное расширение периодонтальной щели

4) неравномерное сужение периодонтальной щели

132.СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

1) палочкой Коха

2) стрептококком в сочетании со стафилококком

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

133.СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

1) лучистым грибом

2) стафилококком

3) стрептококком

4) стафилококком в сочетании со стрептококком

134.СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

1) бледной трепонемой

2) анаэробной флорой

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) золотистым стрептококком

135. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

1) микобактериями туберкулѐза

2) стафилококками

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

136. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка

2) сужение основного выводного протока

3) тень конкремента в области выводного протока

4) сужение всех протоков

137. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПАРОТИТЕ ПОКАЗАНО

1) в период ремиссии

2) в период обострения

3) в период активного роста ребенка

4) не показано

138. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1) зондирование безболезненно

2) боль при зондировании по дну кариозной полости в одной точке

3) боль при зондировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

139. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПО ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) среднего кариеса

2) кариеса в стадии пятна

3) глубокого кариеса

4) хронического пульпита

140. ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ЭМАЛЬ

1) гладкая, зондирование безболезненно

2) шероховатая, зондирование болезненно

3) шероховатая, зондирование безболезненно

4) легко удаляется экскаватором

141. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ КАРИЕСЕ ЭМАЛЬ

1) шероховатая, зондирование безболезненно

2) гладкая, зондирование безболезненно

3) шероховатая, зондирование болезненно

4) кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

142.БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) хронического фиброзного пульпита

2) среднего кариеса

3) хронического гангренозного пульпита

4) хронического периодонтита

143.ПОВЕРХНОСТНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ

1) хроническом гангренозном

2) хроническом фиброзном

3) хроническом гипертрофическом

4) хроническом в стадии обострения

144.ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БОЛЕЗНЕННО В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИЛИ В УСТЬЯХ КАНАЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ

1) гангренозном

2) фиброзном

3) гипертрофическом

4) хроническом фиброзном в стадии обострения

145. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА

1) боль при накусывании на зуб, отек десны

2) боль от температурных раздражителей

3) свищ на десне с гнойным отделяемым

4) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

146. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) рентгенологический

2) ЭОД

3) трансиллюминационный

4) определение индекса РМА

147. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

1) хронического гангренозного

2) острого очагового

3) хронического фиброзного

4) хронического гипертрофического

148. ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНА БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ

1) по эмалево-дентинной границе

2) в глубине полости зуба

3) по всему дну кариозной полости

4) в одной точке дна кариозной полости

149. ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

2) боль при зондировании в глубине полости зуба

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

150. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) скученность зубов

2) заболевания желудочно-кишечного тракта

3) заболевания крови

4) экссудативный диатез

151.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

1) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

2) десна увеличена в размере, деформирована

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

152.ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА КАРМАНЫ

1) глубиной до 3 мм

2) глубиной до 6 мм

3) ложные десневые

4) глубиной до 1 см

153.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

3) десна увеличена в размере, деформирована

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

154. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) десна увеличена в размере, деформирована

2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

155. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

2) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

3) десна увеличена в размере, деформирована

4) десна гиперемирована, отечна

156. ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ПРИ

1) ОГС (остром герпетическом стоматите)

2) МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)

3) ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите)

4) лейкоплакии

157. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЧЕРНОМ ВОЛОСАТОМ ЯЗЫКЕ

1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) налет на спинке языка

158. ФАКТОРЫ, ВОЗДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ИЗМЕНЯЕТ ОКРАСКУ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ

1) дневной свет

2) прием витаминов внутрь

3) люминесцентный свет

4) прием препаратов кальция

159. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6–8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

1) одонтогенная от моляров нижней челюсти

2) одонтогенная от моляров верхней челюсти

3) отогенная

4) тонзилогенная

160. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) в II половине внутриутробного развития

2) в I половине внутриутробного развития

3) в I полугодии после рождения

4) во II полугодии после рождения

161.МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) во втором полугодии после рождения

2) на 17 неделе внутриутробного развития

3) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

4) в 2,5–3,5 года

162.МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) в 2,5–3,5 года

2) в конце внутриутробного периода

3) в первые недели после рождения

4) во втором полугодии после рождения

163.МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

2) во втором полугодии после рождения

3) на втором году жизни

4) в 4–5 лет

164.МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

1) в 2,5–3,5 года

2) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

3) во втором полугодии после рождения

4) в 4–5 лет

165. СВЕДЕНИЯ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯСНЯЮТСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

1) ясельного

2) любого

3) дошкольного

4) подросткового

166. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ

1) болезней ребенка после рождения

2) заболеваний матери во время беременности

3) травматических повреждений молочных зубов

4) нарушения состава микроэлементов в воде

167. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка

2) болезни матери во II половине беременности

3) множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом

4) болезни матери в I половине беременности

168. ПРИЧИНЫ НЕСОВЕРШЕННОГО РАЗВИТИЯ И СТРОЕНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА

1) генетические факторы

2) болезни матери во I половине беременности

3) болезни матери во II половине беременности

4) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

169. ПРИЧИНЫ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

1) травматическое повреждение зачатка зуба

2) болезни матери во время беременности

3) пульпит молочного зуба

4) вредные привычки матери во время беременности

170. ПРИЧИННЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

2) хронический периодонтит молочного зуба

3) интоксикация фтором

4) передача патологии твердых тканей по наследству

171.ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА

1) избыточное содержание фтора в воде

2) передача патологии по наследству

3) недостаточное содержание фтора в воде

4) отсутствие фтора в воде

172. ПРИ ОТЛОМЕ ЧАСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

1) от раздражителей

2) самопроизвольные

3) при накусывании на зуб

4) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА БОЛИ

1) при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью

2) самопроизвольные

3) постоянные

4) от температурных раздражителей

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) афты Беднара

2) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стомат)

3) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)

4) хейлиты

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) ОГС (острый герпетический стоматит)

2) афты Беднара

3) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стомат)

4) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема)

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит)

2) ОГС (острый герпетический стоматит)

3) кожный рог

4) кандидоз

1. ПРИЧИНЫ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ

ЗУБОВ

1) заболевания ребенка на первом году жизни

2) наследственный фактор

3) заболевания матери в период беременности

4) множественный кариес молочных зубов

1. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ЕГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ

1) отлом коронки в результате травмы

2) гипоплазия эмали

3) несовершенный амелогенез

4) тетрациклиновое окрашивание

1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

1) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы

2) пониженное содержание фтора в питьевой воде

3) замедленное прорезывание зубов

4) кариесогенные факторы

1. ВОЗРАСТ ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

1) ясельный

2) дошкольный

3) младший школьный

4) старший школьный

181. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОГС (ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ) ИГРАЕТ

1) снижение уровня иммунитета

2) контакт с больным

3) недавно перенесенное ОРЗ

4) возраст ребенка

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) острая респираторно-вирусная инфекция

2) заболевание ЦНС

3) эпилепсия в анамнезе

4) лекарственная аллергия на местные анестетики

1. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

1) 8

2) 4

3) 6

4) 10

1. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ К \_\_\_\_\_ ГОДАМ

1) 2

2) 3

3) 4

4) 5

1. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К \_\_\_\_ ГОДАМ

1) 5

2) 2

3) 3

4) 7

186 . КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К \_\_\_ ГОДАМ

1) 4

2) 2

3) 5

4) 6

1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) при хроническом периодонтите

2) в интактных зубах с живой пульпой

3) при хроническом фиброзном пульпите

4) при хроническом гангренозном пульпите

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ

1) через 3 года после окончания формирования корней зубов

2) через 1 год после прорезывания зубов

3) через 2 года после прорезывания зубов

4) через 3 года после прорезывания зубов

1. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К \_\_\_\_\_\_ГОДАМ

1) 10

2) 11

3) 12

4) 13

1. КОРНИ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К \_\_\_\_\_\_\_ГОДАМ

1) 12

2) 10

3) 11

4) 15

191 . ТОЛЩИНА ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

1) уменьшается в результате физиологического стирания

2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов

3) не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют

4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

1. ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

1) увеличивается в результате функционирования одонтобластов

2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов

3) не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют

4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

1. ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

1) пигментированное пятно на эмали

2) «рифленые» зубы

3) облитерация полости зуба

4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

1. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К \_\_\_\_\_\_\_\_ ГОДАМ

1) 15

2) 10

3) 13

4) 12

1. К НЕКАРИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ

1) несовершенное развитие дентина

2) периодонтит

3) пародонтит

4) пародонтолиз

196 . ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ

1) местная гипоплазия

2) флюороз

3) системная гипоплазия

4) синдром Стентона – Капдепона

1. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

1) эмали

2) дентина

3) пульпы

4) цемента

1. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ОТНОСИТСЯ

1) несовершенное строение эмали и дентина

2) тетрациклиновые зубы

3) системная гипоплазия эмали

4) местная гипоплазия эмали

1. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

1) все молочные и постоянные зубы

2) молочные и постоянные моляры

3) молочные и постоянные резцы

4) только постоянные зубы

200 . КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА

1) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы

2) наличие ночных болей

3) «рифленые» зубы

4) «гипсовые» зубы

1. ПАРОДОНТОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) синдроме Папийона – Лефевра

2) функциональной перегрузке зубов

3) эндемическом зобе

4) заболевании желудочно-кишечного тракта

1. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ИМЕЮТСЯ ПРИ

1) синдроме Папийона – Лефевра

2) болезни Иценко – Кушинга

3) гипофизарном нанизме

4) циклической нейтропении

1. ПЕРВИЧНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) остановка кровотечения

2) оценка кровопотери

3) усиление коагулирующих свойств крови

4) восполнение кровопотери

1. ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОМ КОРНЕ

1) частичная пульпотомия

2) непрямое покрытие пульпы

3) пульпэктомия

4) девитальная ампутация

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ ДНИ НАЗНАЧАЮТ

1) ацикловир

2) масло шиповника

3) метронидозол

4) флюкостат

1. ДЛЯ НЕПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ У ДЕТЕЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МАТЕРИАЛЫ

1) нетвердеющие пасты

2) твердеющие пасты

3) композиты световой полимеризации

4) СИЦ

1. ПОСТОЯННАЯ ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ

1) гуттаперчивыми штифтами

2) цинкоксидэвгенольной пастой

3) йодоформной пастой

4) кальцийсодержащей пастой

1. К РЕСТАВРАЦИОННЫМ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМ ЦЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ

1) Fiji 9

2) Vitrebond

3) Ultrablend

4) Cavalite

209. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

1) фтористое и азотнокислое серебро

2) антисептики

3) гемостатики

4) биологически активные вещества

1. ОПТИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ РЕМОТЕРАПИИ

1) не реже 1 раза в день в течение 2–4 недель

2) 3–4 раза в год

3) однократно при лечении кариеса

4) 1 раз в год

1. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОМ УДАЛЯЮТ КОРОНКОВУЮ ПУЛЬПУ С СОХРАНЕНИЕМ КОРНЕВОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) пульпотомия

2) непрямое покрытие пульпы

3) прямое покрытие пульпы

4) пульпэктомия

1. ПРИ ЗАТРУДНЕННОЙ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПРОВОДИТСЯ

1) стеклоиономерными цементами

2) композитными герметиками

3) компомерными герметиками

4) масляным дентином

213. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

1) с момента возникновения

2) в возрасте 3 года

3) в возрасте 5 лет

4) после физиологической смены зубов

1. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

1) Icon

2) Gaenial bond

3) G-coat

4) Opalustre

1. У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ С

НЕПОЛНОСТЬЮ СФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКОЙ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1) глубокой ампутации

2) диатермокоагуляции

3) прижизненной ампутации коронковой пульпы

4) девитальной ампутации

1. ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ

ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА

1) лечение биологическим методом

2) лечение методом девитальной ампутации

3) лечение методом витальной ампутации

4) отсроченное пломбирование

217. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПРИ

ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

1) девитальной экстирпации

2) биологический

3) витальной ампутации коронковой пульпы

4) девитальной ампутации

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ

ПЕРИОДОНТИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ РОСТОМ КОРНЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ ЗОНЫ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАСТА

1) кальцийсодержащая

2) резорцин-формалиновая

3) эвгеноловая

4) эндометазоновая

1. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты

2) пломбирование за верхушку «причинных» зубов

3) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня

4) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

1. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

1) реплантации не подлежит

2) зуб обязательно должен быть реплантирован

3) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется

4) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

221. ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ

1) реплантация зуба с предварительным его пломбированием

2) возмещение дефекта съемным протезом

3) реплантация зуба без пломбирования

4) имплантация

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ АЦИКЛОВИР В ДОЗИРОВКЕ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛ1)

1) 20

2) 200

3) 250

4) 500

1. ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

1) 1–2% раствор питьевой соды

2) 10–20% раствор питьевой соды

3) инстилляции интерферона

4) противомикробные мази

1. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

1) мази «Оксикорт»

2) гигиенической губной помады

3) мази «Клотримазол»

4) мази «Ацикловир»

225. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

1) инфильтрационная

2) инфраорбитальная

3) туберальная

4) внутрикостная

1. НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ

ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ

1) аппликационной + торусальной

2) аппликационной + инфильтрационной

3) аппликационной + туберальной

4) аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией

1. ЭОД ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

(мкА)

1) 20–60

2) 2–6

3) 8–10

4) 10-20

1. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

1) углеводистой пищи

2) ультрафиолетового света

3) глюконата кальция

4) фторидсодержащих зубных паст

229. ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) прокладки на основе гидроокиси кальция

2) пасты с гормональными препаратами

3) пасты с антибиотиками

4) форфенан

1. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК «ДИКАЛ», «КАЛЬЦИ-ПУЛЬП», «КАЛЬМЕЦИН» ЯВЛЯЕТСЯ

1) гидроокись кальция

2) антибиотик

3) антисептик

4) интерферон

1. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН МЕТОДОМ ОКРАШИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

1) 2% раствор метиленового синего

2) реактив Шиллера – Писарева

3) раствор йодистого калия

4) бриллиантовый зеленый

1. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ С РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОЙ ЗУБА ПРОИЗВОДЯТ

1) пастой из окиси цинка на масляной основе

2) фосфат-цементом

3) серебряным штифтом

4) резорцин-формалиновой пастой

233. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ

ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3-Х ЛЕТ

1) йодинол

2) раствор Шиллера – Писарева

3) физиологический раствор

4) спирт

1. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

1) пастой из окиси цинка на масляной основе

2) резорцин-формалиновой пастой

3) фосфат-цементом

4) пастой Каласепт

1. ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАНАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

1) 2,5–3

2) 0,5–1

3) 10–15

4) 20

1. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

1) хлоргексидин

2) спирт

3) лизетол

4) физиологический раствор

237. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

1) хлоргексидин

2) дистиллированная вода

3) физиологический раствор

4) спирт

238. ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ

1) раствором Шиллера – Писарева

2) метиленовой синью

3) бриллиантовым зеленым

4) эритрозином

1. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

1) лидокаин

2) мепивакаин

3) артикаин-форте

4) прокаин (новокаин)

1. ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН) В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА НЕ

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ ДО \_\_\_ЛЕТ

1) пяти

2) трѐх

3) семи

4) десяти

1. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ

1) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии

3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности

4) только групповой принадлежности зубов

1. ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА

ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) возраст ребѐнка

2) результаты ЭОД

3) результаты рентгенологического исследования

4) состояние остальных зубов (распространенность кариес1)

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

1) их удалить

2) динамическое наблюдение

3) провести репозицию и шинирование

4) выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

1. УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ ПРИВОДИТ К

1) стабилизации процесса

2) переходу в следующую фазу заболевания

3) выздоровлению

4) не влияет на течение заболевания

245. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

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

3) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

4) обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

1. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия

2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

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

4) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

1. ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

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

2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия

3) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

1. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

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

4) гигиена полости рта, обезболивание, массаж

249. В БЛИЖАЙШИЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ ЯЗЫКА, МЯГКОГО

НЁБА, ТКАНЕЙ ДНА РТА ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

1) асфиксия

2) нарушение приѐма пищи

3) нарушение речи

4) развитие гнойно-некротического процесса

1. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ

РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ

1) 3–6 месяцев

2) 2–4 недели

3) 4–6 недель

4) 6–8 недель

1. ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ

1) 10–12 дней

2) 1–2 дня

3) 3–4 дня

4) 5–6 дней

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

1) противовирусные и обезболивающие

2) кератопластические

3) антибактериальные

4) противогрибковые

253. НАСИЛЬСТВЕННОЕ ОТТОРЖЕНИЕ НАЛЕТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ КАНДИДОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) развитию генерализованной формы

2) более быстрому выздоровлению

3) не вызывает изменений

4) летальному исходу

1. ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ И КОЖЕ ГУБ ВЫЯВЛЯЮТ

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии, покрытые фибринозным налетом

3) прозрачные корочки, фиксированные в центре

4) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

1. ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ

ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1–2 МЕС. ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ

1) преждевременно прорезавшиеся зубы

2) средства гигиены полости рта новорожденных

3) соски, резиновые рожки на бутылочках

4) кольца для прорезывания зубов

1. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ (ЭКЗЕМАТОЗНОМ) ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

1) десенсибилизирующую терапию

2) антибактериальную терапию

3) противовирусную терапию

4) антисептическую обработку

257. ПРЕКРАТИТЬ РЕЦИДИВЫ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО

АФТОЗНОГО СТОМАТИТА И МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАТИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ И (ИЛИ) ТЯЖЕСТЬ ПОМОГАЮТ

1) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

2) антисептические полоскания рта в период между рецидивами

3) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

4) курсовое лечение поливитаминами 1–2 раза в год

1. ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ

1) после каждого приема пищи

2) каждый час

3) перед едой

4) только перед сном

1. ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ МОЛОЧНИЦЕ

1) сразу после каждого приема пищи

2) каждый час

3) перед едой

4) только перед сном

1. ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ

1) после каждого приема пищи

2) каждый час

3) только перед сном

4) через день

261. ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ

ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ

1) после каждого приема пищи

2) перед едой

3) только перед сном

4) через день

1. ПОЛИМОРФИЗМ ВЫСЫПАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) МЭЭ (многоформной экссудативной эритемы)

2) ОГС (острого герпетического стоматит1)

3) молочницы

4) ХРАС (хронического рецидивирующего афтозного стоматит1)

1. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО

ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОД

1) угасания

2) латентный

3) продромальный

4) катаральный

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПАНГИНЫ

1) противовирусное

2) антибактериальное

3) физиотерапевтическое

4) кератопластическое

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

1) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета

2) шинирование проволочно-композитной шиной на 2–4 недели

3) удаление травмированного зуба

4) ограничение жевательной нагрузки

266. ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ

1) при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты

2) при выведении за верхушку пломбировочного материала

3) после проведения резорцин-формалинового метода

4) при медикаментозной обработке канала 3 % гипохлоритом натрия

1. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ ТЕЛА

1) уртикарной сыпи

2) синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре

3) мелких пузырьковых высыпаний

4) пигментных пятен

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ

ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ

1) профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям

2) пломбирование кариозных полостей

3) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов

4) шинирование зубов

1. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) аппликация реминерализирующих препаратов

2) препарирование с последующим пломбированием

3) аппликация раствора гидрокарбоната натрия

4) импрегнация 30% раствором нитрата серебра

270. ВОЗРАСТ РЕБЕНКА, ПРИ КОТОРОМ МОЖНО ПРОВОДИТЬ

ПЛОМБИРОВАНИЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ЗУБОВ

1) старше 12 лет

2) сразу после их прорезывания

3) 7–8 лет

4) 8–9 лет

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) кальций-фосфатный гель

2) раствор нитрата серебра 30%

3) р-р Шиллера – Писарева

4) гипохлорит натрия

1. ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) препараты на основе гидроокиси кальция

2) паста с гормональными препаратами

3) паста с антибиотиками

4) резорцин-формалиновая паста

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

1) стеклоиономерный цемент

2) силидонт

3) композитные материалы

4) силицин

274. ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ БЕЗ

ПРОКЛАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ

1) компомеры

2) амальгама

3) композитные материалы

4) силицин

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

1) клювовидные несходящиеся

2) клювовидные сходящиеся

3) байонетные

4) прямые

1. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

1) прямыми

2) клювовидными со сходящимися щечками

3) S-образно изогнутыми

4) штыковидными

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ

1) прямые

2) клювовидные со сходящимися щечками

3) S-образно изогнутые

4) байонетные

278. УДАЛЕНИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА,

РАСПОЛАГАЮЩЕГОСЯ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ 11, 21 И ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕГО НАЛИЧИЕ ДИАСТЕМЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА\_\_\_\_\_\_\_ЛЕТ

1) 7–8

2) 5–7

3) 8–9

4) 9–10

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

1) несходящиеся

2) изогнутые по плоскости

3) в зависимости от стороны челюсти

4) в зависимости от степени резорбции корней

1. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

1) не проводится

2) проводится

3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях

4) проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ СПЕЦИАЛЬНЫЕ НАБОРЫ ЩИПЦОВ

1) существуют

2) не существуют

3) существуют только для верхней челюсти

4) существуют только для нижней челюсти

282. ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) отличаются

2) не отличаются

3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней

4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

1. ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО

1) различны

2) одинаковы

3) различны только на верхней челюсти

4) различны только на нижней челюсти

1. ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА НА ДЕСНЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ТАКТИКА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННОМУ ВРЕМЕННОМУ ЗУБУ ПОКАЗАНО

1) удаление зуба

2) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку

3) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода

4) эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

1. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

1) клыков верхней челюсти

2) постоянных моляров верхней челюсти

3) временных моляров верхней челюсти

4) временных моляров нижней челюсти

1. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

1) боковых временных резцов нижней челюсти

2) центральных временных резцов верхней челюсти

3) временных моляров верхней челюсти

4) клыков верхней челюсти

287. ЗУБЫ 51, 61 ПРИ ПОЛНОМ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) удалить

2) провести репозицию

3) оставить под наблюдением

4) провести эндодонтическое лечение

1. ЗУБ 61 У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) удалить

2) сохранить, используя штифт

3) оставить под наблюдением

4) провести эндодонтическое лечение

1. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С

ПЕРЕЛОМОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

1) пластмассовую зубонаддесневую

2) пластмассовую назубную

3) проволочную с зацепными петлями

4) гладкую шину-скобу

1. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

1) удалить

2) трепанировать и пломбировать

3) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня

4) удалить по показаниям

291. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ОДНОКОРНЕВОЙ ЗУБ

1) удалить

2) трепанировать и пломбировать

3) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня

4) удалить по показаниям

1. СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ

1) всех молочных и постоянных зубов

2) только молочных несформированных

3) только молочных сформированных

4) только постоянных несформированных

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

1) стеклоиономерные цементы

2) амальгаму

3) композитные материалы

4) силицин

1. ЗУБ 51 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) сохранить, проведя эндодонтическое лечение

2) удалить

3) оставить под наблюдением

4) сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

295. ПОКАЗАНИЕМ К МЕТОДУ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА В

1) временных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах

2) временных молярах независимо от стадии развития корня

3) сформированных постоянных молярах

4) несформированных постоянных молярах

1. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем

4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

1. МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ

1) при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы

2) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах

4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

1. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

1) пастой из окиси цинка на масляной основе

2) фосфат-цементом

3) гуттаперчевыми штифтами

4) серебряными штифтами

299. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ

СФОРМИРОВАННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СВИЩЕМ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СЛЕДУЕТ

1) запломбировать канал

2) зуб оставить открытым

3) наложить временную пломбу (повязку)

4) направить на физиотерапию

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ

ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИИ В ЭТО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

1) пломбирование канала пастой

2) противовоспалительную терапию

3) физиотерапевтические процедуры

4) канал зуба оставляют открытым

1. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ

1) удаление зуба

2) пломбирование каналов пастой на масляной основе

3) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

4) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

1) вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал

2) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым

3) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки

4) удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

303. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ

СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ ПОКАЗАНО

1) репозиция и ширинование зуба на 3–4 недели

2) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

3) только динамическое наблюдение

4) репозиция

1. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ

1) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

2) закрытие линии перелома фтор-цементом

3) витальную ампутацию

4) высокую ампутацию

1. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ

ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1) экстирпация пульпы

2) высокая ампутация пульпы

3) витальная ампутация

4) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ

НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НЕОБХОДИМО

1) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение

2) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

3) репозиция зуба и шинирование на 3–4 недели

4) эндодонтическое лечение

307. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 11 В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) реплантацию зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием

2) устранение дефекта съѐмным протезом

3) реплантация зуба без пломбирования

4) устранение дефекта имплантатом

1. ЗУБ 61 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) сохранить, проведя эндодонтическое лечение

2) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой

3) сохранить, используя штифт

4) удалить

1. РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

1) пломбирование стеклоиономерными цементами с последующим восстановлением стандартными защитными коронками

2) протезирование фарфоровыми коронками

3) пломбирование композитными материалами

4) динамическое наблюдение

1. МЕТОД «СЕРЕБРЕНИЯ» ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

1) начальных форм кариеса временных зубов

2) начальных форм кариеса постоянных зубов

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) хронического фиброзного пульпита

311. ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

1) снижением иммунитета

2) возрастом ребенка

3) временем года

4) конституцией ребенка

1. НЕКРОЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1) крови и кроветворных органов

2) центральной нервной системы

3) хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта

4) почек

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ

ОТНОСИТСЯ

1) альвеолит

2) вывих височно-нижнечелюстного сустава

3) перелом корня зуба

4) травма зачатка

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

1) 46, 85, 84, 74, 75, 36

2) 41, 42, 31, 32

3) 16, 55, 54, 64, 65, 26

4) 12, 11, 21, 22

315. У ДЕТЕЙ 2–3 ЛЕТ СРЕДИ УКАЗАННЫХ ПРИЧИН ОСТРЫХ

ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ ИНФЕКЦИЯ

1) стоматогенная

2) посттравматическая

3) одонтогенная

4) специфическая

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36

2) зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26

3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

4) ЛОР – органы

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ

ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

1) 46, 85, 84, 74,75, 36

2) 42 ,41, 31, 32

3) 16, 55, 54, 64, 65, 26

4) 12, 11, 21, 22

1. ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ ПЛАСТМАССОВУЮ

1) назубную

2) зубонаддесневую

3) Вебера

4) Ванкевич

319. СРОКИ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

1) через 8-10 мес после заживления раны

2) сразу после обнаружения

3) через 5 лет после травмы

4) после окончания формирования и роста тканей

1. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) апексогенез

2) апексификация

3) формирование дентинного мостика

4) трехмернаяобтурация корневого канала

1. ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ БУДЕТ ПРОХОДИТЬ ПО СРАВНЕНИЮ С СИММЕТРИЧНЫМ ЗУБОМ

1) быстрее

2) медленнее

3) одновременно со здоровым симметричным зубом

4) формирование прекращается

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕСФОРМИРОВАННЫХ

ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

1) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

2) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

3) однократно после завершения лечения

4) однократно через 1 год после лечения

323. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ

1) местная гипоплазия эмали

2) системная гипоплазия эмали

3) несовершенный амелогенез

4) несовершенный одонтогенез

1. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)

2) отсутствие боли при накусывании

3) отсутствие рецидивов воспаления

4) отсутствие свища на десне

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО

1) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления

2) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

3) репозиция

4) удаление зуба

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

1) сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета

2) удаление травмированного зуба

3) эндодонтическое лечение

4) шинирование зуба

327. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

СО СМЕЩЕНИЕМ

1) удаление зуба

2) репозиция

3) динамическое наблюдение за зубом

4) эндодонтическое лечение

1. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_ ЛЕТ

1) до 3

2) до 5

3) с 3 до 5

4) с 6 лет до 8

1. 2-Я ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ

1) практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов

2) дети с хроническими заболеваниями

3) здоровые дети

4) дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

1. 1-Й УРОВЕНЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

1) стоматологические кабинеты школ

2) отделения челюстно-лицевой хирургии

3) детские стоматологические поликлиники

4) стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

331. 3-Я ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ

1) дети с хроническими заболеваниями

2) практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов

3) здоровые дети

4) дети-инвалиды

1. ЗАДАЧА ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ СОСТОИТ В

1) предупреждении возникновения факторов риска

2) устранении факторов риска

3) повышении уровня здоровья

4) назначениикоррегирующих (лечебных) мероприятий

1. ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В

1) антенатальный период

2) первое полугодие жизни

3) второе полугодие первого года жизни

4) третий год жизни

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ

1) антибиотиками

2) противовирусными

3) антигистаминными

4) анальгетиками

335. НАЗНАЧЬТЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РЕБЕНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА

1) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора

2) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав

3) гигиенические зубные эликсиры

4) гигиенические зубные пасты и эликсиры

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

1) мясные консервы

2) кисломолочные продукты

3) зелень, овощи

4) сыры

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

1) конфеты

2) творог

3) овощи

4) мясо

1. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО

НАЧИНАТЬ

1) с 1 года

2) в период прорезывания первых временных зубов

3) в период прорезывания первых постоянных зубов

4) у первоклассников

1. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОНИЖАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

1) глюконата кальция

2) углеводистой пищи

3) ультрафиолетового облучения

4) цитрусовые

340. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ

ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У КАРИЕСОВОСПРИИМЧИВЫХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

1) гель GC Tooth Mousse

2) 30% раствор нитрата серебра

3) 2 % раствор питьевой соды

4) иодид калия

1. ГРУППЫ ЗУБОВ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ

1) первые моляры и фронтальные зубы

2) фронтальные

3) все группы зубов

4) резцы и вторые моляры

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЮОРОЗА

1) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

2) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

4) борозды параллельные режущему краю

1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НА

1) косметический недостаток

2) боли от горячего раздражителя

3) ночные боли

4) подвижность зубов

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ

1) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

2) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

4) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

345. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА

1) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба

2) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ

1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

2) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

3) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

4) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

1. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

1) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба

2) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

3) корни зубов нормальной длины

4) просвет корневого канала широкий

349. ПРИЧИННЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОН1)

1) передача патологии твердых тканей по наследству

2) хронический периодонтит молочного зуба

3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

4) вколоченный вывих молочных зубов

1. ПРИЧИННЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА

1) интоксикация фтором

2) хронический периодонтит молочного зуба

3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

4) передача патологии твердых тканей по наследству

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ

1) несовершенный амелогенез

2) системная гипоплазия

3) тетрациклиновые зубы

4) местная гипоплазия

1. ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА

1) заболеваниями матери в период бeременности

2) употреблением кислой пищи

3) заболеваниями ребенка в период от 1 года до 2-х лет

4) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта

1. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

1) многоформной экссудативной эритемой

2) кандидозом

3) глоссалгией

4) язвенно-некротическим стоматитом

354. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА И ФУРНЬЕ ОТНОСЯТ К

1) системной гипоплазии эмали

2) местной гипоплазии эмали

3) гиперплазии эмали

4) наследственному несовершенному амелогенезу

1. КАРИОЗНЫЙ ПРОЦЕСС РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) преобладании деминерализации

2) равновесии ре- и деминерализации

3) отсутствии реминерализации

4) десминерализации

1. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

1) вирусным

2) бактериальным

3) грибковым

4) аутоиммунным

1. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

1) положительный всегда

2) отрицательный

3) положительный в зависимости от формы

4) положительный в зависимости от локализации

1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

1) Herpes simplex I типа

2) Herpes simplex IIтипа

3) Herpes zoster

4) вирус иммунодефицита

359. РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ГЛУБОКОГО КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) термометрия

2) характер болей

3) зондирование

4) электроодонтометрия

1. ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ

НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ,

НАЗЫВАЕТСЯ

1) гингивит

2) пародонтит

3) пародонтоз

4) пародонтома

1. НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

1) бугров

2) шейки

3) контактных поверхностей

4) вестибулярных поверхностей

1. ПОД ВТОРИЧНЫМ КАРИЕСОМ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ

1) возникновение кариозного процесса на неповрежденной эмали рядом с пломбой

2) процесс, возникающий там, где он отмечался раньше

3) наличие пигментированного пятна значительных размеров на контактной поверхности

4) появление мелового участка эмали в области перехода щечной или оральной поверхности в контактную

363. ПЯТНА ПРИ БЫСТРОМ РАЗВИТИИ КАРИЕСА

1) меловидные, зондирование безболезненно

2) блестящие, зондирование безболезненно

3) пигментированные, зондирование болезненно

4) меловидные, зондирование болезненно

1. ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ЯЗЫК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

1) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

2) нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличены в размере

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА – ЭТО

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

2) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

3) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных губных поверхностях

4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образование дефекта

1. ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

1) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза

2) повышением температуры тела

3) понижением гидростатического давления в полости зуба

4) уменьшением количества вазоактивнх веществ

1. К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

1) случайное прикусывание

2) действие микропротезов

3) балансирующий съемный протез

4) нависающие края пломбы

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ ПОКРЫТИЮ ПУЛЬПЫ У

ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы

2) посттравматическое обнажение пульпы спустя 48 часов после травмы

3) посттравматическое обнажение пульпы спустя 16 часов после травмы

4) хронический гангренозный пульпит

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА

ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ

1) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба

2) девитализации корневой пульпы

3) прекращения дальнейшего формирования корня

4) ускорения формирования корня

370. ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

1) гель на основе бензокаина

2) 0,5% взвесь анестезина в глицерине

3) 2% р-р новокаина

4) 4% р-р артикаина

1. К ДЕФОРМАЦИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) повышенная стираемость твердых тканей зубов

2) дентикль

3) клиновидный дефект

4) лейкоплакия

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

1) в регистратуре

2) врачом-стоматологом-терапевтом

3) медицинской сестрой

4) ассистентом врача-стоматолога

1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

1) перенесенные и сопутствующие заболевания

2) жалобы больного

3) развитие настоящего заболевания

4) внешний осмотр

1. ЛОКАЛИЗАЦИЮ АССИМЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

1) внешний осмотр

2) жалобы больного

3) перенесенные и сопутствующие заболевания

4) развитие настоящего заболевания

375. ЗА ЕЖЕДНЕВНУЮ ЧИСТКУ ЗУБОВ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТВЕТСТВЕННЫ

1) родители

2) стоматолог

3) гигиенист

4) педиатр

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ ПОСЛЕ ЕДЫ СПОСОБСТВУЕТ

1) увеличению скорости и количества выделения слюны

2) удалению зубного налета с контактных поверхностей зубов

3) снижению повышенной чувствительности эмали зубов

4) уменьшению воспаления в тканях десны

1. НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ УГЛЕВОД

1) сахароза

2) мальтоза

3) галактоза

4) гликоген

1. ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРА

ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (ГРАММ)

1) 20

2) 10

3) 40

4) 100

379. ПОСЛЕ ПРИЕМА САХАРОВ ИХ ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В ПОЛОСТИ РТА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

1) 20-40 минут

2) 3-5 минут

3) 10-15 минут

4) 2-3 часов

1. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

2) издание научно-популярной литературы

3) проведение выставок средств гигиены полости рта

4) телевизионная реклама

1. МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ,

ПРЕДПОЛАГАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ПОЛУЧЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) активными

2) пассивными

3) индивидуальными

4) массовыми

1. ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ ПО ВОПРОСАМ

ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ - ЭТО ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

383. ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ

ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ - ЭТО ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

1) групповая

2) индивидуальная

3) массовая

4) популяционная

384. ТЕЛЕВИЗИОННАЯ РЕКЛАМА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

- ЭТО ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

1) массовая

2) индивидуальная

3) групповая

4) региональная

1. ЦЕЛЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

2) изучение стоматологической заболеваемости населения

3) выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний

4) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

1. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У

БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С

1) растительными добавками

2) аминофторидом

3) гидроксиапатитом

4) фторидом олова

387. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ

1) герметизация фиссур

2) стоматологическое просвещение

3) санация полости рта

4) диспансеризация

1. В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ С

1) родителями

2) детьми

3) учителями

4) педиатрами

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) игра

2) викторина

3) беседа

4) лекция

1. СО ВЗРОСЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ В ВИДЕ

1) лекций и бесед

2) игр

3) занятий в группе

4) викторин

391. ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ В СРЕДНЕМ 1 РАЗ В

1) 2-3 месяца

2) неделю

3) месяц

4) 6 месяцев

1. ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (МИНУТ)

1) 5-10

2) 1-5

3) 20-30

4) более 60

1. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

1) 9-12

2) 4-5

3) 6-8

4) 15-16

1. НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

1) 6 месяцев

2) месяц

3) год

4) 2 года и более

395. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

1) игры

2) урока

3) беседы

4) лекции

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВРЕМЯ ЧИСТКИ НЕ БОЛЕЕ (МИНУТ)

1) 2-3

2) 1

3) 4-5

4) 6-7

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА У

БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ИНТЕРВАЛОМ В (МЕС)

1) 3

2) 1

3) 6

4) 12

1. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

1) профессиональную гигиену полости рта

2) фторирование питьевой воды

3) фторирование молока

4) прием таблеток, содержащих фторид

399. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

1) беседы о гигиене полости рта

2) лекции о функции слюнных желез

3) обучение навыкам снятия зубного камня

4) беседы по гигиене жилища

1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГА

ДЕТЬМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС)

1) 6

2) 9

3) 18

4) 24

1. ДЛИНА РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ДЕТСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (ММ)

1) 25

2) 10

3) 15

4) 30

1. РОДИТЕЛЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

1) 1 раз вечером

2) 1 раз утром

3) 2 раза в день

4) 3 раза в день

403. ДЕТЯМ СТАРШЕ 3-Х ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

1) лечебно-профилактические с фторидом

2) гигиенические

3) лечебно-профилактические с растительными добавками

4) лечебно-профилактические с антисептиками

1. ФАКТОРОМ РИСКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

1) наличие эндокринного заболевания у пациента

2) отсутствие контактного пункта между соседними зубами

3) нависающий край пломбы

4) скученность зубов во фронтальном отделе

1. СМЕНА ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД С (ЛЕТ)

1) 6 до 12

2) 3 до 6

3) 4 до 10

4) 9 до 14

1. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЕНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ

1) 8

2) 4

3) 6

4) 10

1. ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) 6-8 месяцев

2) 20-30 месяцев

3) 5-6 лет

4) 12-16 месяцев

408. ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1) 5-6 лет

2) 8-9 лет

3) 20-30 месяцев

4) 11-12 лет

1. ПАЛЬПАЦИЮ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ

1) через кожу в области козелка уха

2) со стороны полости рта

3) через кожу в заушной области

4) через кожу в области лобного отростка височной кости

1. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

1) местные

2) генерализованные

3) общие

4) физиологические

1. К АНОМАЛИЯМ СРОКОВ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

1) ретенция

2) тортоаномалия

3) сверхкомплектный зуб

4) микродентия

1. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЗУБОВ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) гиперодонтией

2) гипоодонтией

3) макроодонтией

4) микроодонтией

413. ТЕРМИН, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМОГО ЧЕЛОВЕКОМ

1) галитоз

2) бруксизм

3) дистресс-синдром

4) синдром Стейтона-Капдепона

1. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО В ТЕЧЕНИЕ ДО

1) 1,5 лет

2) 6 месяцев

3) 1 года

4) 1 месяца

1. В СОСТАВ ЭМАЛИ ВХОДЯТ

1) гидроксиапатиты

2) йодапатиты

3) фосфориды

4) хлорофиллины

1. [ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ "МЕЛОВОГО ПЯТНА" ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

1) 2% метиленового синего

2) Шиллера–Писарева

3) эритрозина

4) 5% спиртовой йода

1. ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) КПУ

2) CPITN

3) ИГР-У

4) РМА

418. ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) ИГР-У

2) CPITN

3) КПУ

4) РМА

1. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) неудовлетворительная гигиена полости рта

2) высокое содержание фторида в питьевой воде

3) низкое содержание фторида в питьевой воде

4) ротовое дыхание

1. УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ЛЕТУЧИХ СЕРНИСТЫХ СОЕДИНЕНИЙ В

ПОЛОСТИ РТА ЗАВИСИТ ОТ

1) наличия белкового субстрата

2) качества протезирования

3) строения пародонта

4) тонуса жевательных мышц

1. ПРОДУКТЫ АНАЭРОБНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ

1) летучие сернистые соединения

2) мальтоза

3) пепсин

4) сахароза

422. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ МАТЕРИАЛЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

1) контактного аллергического стоматита

2) кандидоза

3) галитоза

4) пародонтита

1. КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ, ОСМАТРИВАЕМЫЕ В

СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ

1) 5-6 лет, 12 лет, 15 лет, 35-44 года, 65 лет и старше

2) 0-3 года, 7 лет, 14 лет, 18 лет, 35-44 года, 60-70 лет

3) 6-7 лет, 9 лет, 15 лет, 21- 35 лет, 45-60 лет, 70 лет и старше

4) 0-3 года, 12 лет, 20 лет, 40-45 лет, 75-80 лет

1. КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ

1) 5-6 лет, 12 лет, 15 лет

2) 2-3 года, 6 лет, 12 лет

3) 3 года, 8 лет, 12 лет

4) 4 года, 8 лет, 12 лет, 15 лет

1. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) 1 раз в 5 лет

2) 1 раз в год

3) 2 раза в год

4) 1 раз в 10 лет

426. ПОКАЗАНИЯ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ

1) штриховая, пятнистая и меловиднокрапчатая формы флюороза

2) тетрациклиновые зубы

3) беременность и лактация

4) возраст до 12-ти лет

1. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ

1) возраст пациентов до 12-ти лет

2) системная гипоплазия эмали

3) очаговая деминерализация эмали

4) тетрациклиновые зубы

1. МЕСТНЫЕ АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ

1) несовершенный амело- и дентиногенез

2) неровности на поверхности эмали

3) трещины на поверхности эмали

4) ортодонтическое лечение

1. СРОК ПРОВЕДЕНИЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали

2) через год после естественной минерализации

3) в любое время

4) через 2 года после прорезывания зуба

1. ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) плохая гигиена полости рта

2) интактные широкие фиссуры

3) штриховая форма гипоплазии эмали

4) фиссурный кариес

431. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) глубокие фиссуры

2) задержка прорезывания зуба

3) начальный кариес

4) гипоплазия эмали

1. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ДЛЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ (ЛЕТ)

1) 6-7

2) 10-11

3) 9-10

4) 12-13

1. К СРЕДСТВАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1) отбеливающих зубных паст

2) коллоидного серебра

3) нитрата серебра

4) профилактических зубных паст

1. ДЛЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВЕЩЕСТВО

1) перекись карбамида

2) трифосфат натрия

3) гидратированный кремний

4) сульфат натрия

1. ПОКАЗАНИЕ К ОТБЕЛИВАНИЮ

1) дисколорит зуба/зубов

2) возраст пациента до 18-ти лет

3) крупная пульпарная камера

4) кариес эмали

436. ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА (ЛЕТ)

1) 16

2) 18

3) 45 и выше

4) 65 и выше

1. ПРИ ДОМАШНЕМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)

1) 3-6/10-22

2) 1-3/5-10

3) 15-25/20-30

4) 15-38/30-45

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

1) 12-13

2) 6-8

3) 10-11

4) 4-5

1. ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба

2) препарирование

3) кислотная подготовка поверхности

4) изоляция зубов

1. ВТОРОЙ ЭТАП НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) изоляция зуба от слюны

2) препарирование

3) тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба

4) проведение аппликации фторосодержащим лаком

441. ЦЕЛЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов

2) профилактика стираемости эмали

3) лечение начального кариеса

4) профилактика суперконтактов

1. ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)

1) 15-38/30-45

2) 1-3/5-10

3) 3-6/10-22

4) 6-8/20-30

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСХОДНОГО ЦВЕТА ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

1) непосредственно перед процедурой

2) за 3 недели до процедуры

3) за 2 недели до процедуры

4) за неделю до процедуры

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

1) провести санацию полости рта

2) снять все ортопедические конструкции

3) прополоскать рот раствором Шиллера-Писарева

4) снять поверхностный слой эмали

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ

1) жидкий коффердам

2) дентальную адгезивную пасту Солкосерил

3) дентальную мазь Метрогил – Дента

4) оптидам

446. К ФОТОАКТИВИРУЕМЫМ СИСТЕМАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

ОТНОСЯТ

1) Zoom

2) Opalescense

3) White Smile

4) Illumine home

1. СИЛАНТЫ - ЭТО МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ

1) герметизации фиссур

2) пломбирования кариозных полостей

3) пломбирования корневых каналов

4) изолирующих прокладок

1. ЗУБНАЯ ПАСТА, СПОСОБСТВУЮЩАЯ УМЕНЬШЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

1) солевая

2) кальцийсодержащая

3) гигиеническая

4) отбеливающая

1. АНТИМИКРОБНОЕ СРЕДСТВО, ВХОДЯЩЕЕ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАЛИТОЗЕ

1) триклозан

2) хлоргексидин

3) двуокись кремния

4) нитрат кальция

1. УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН - ЭТО ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ

1) первичной профилактики стоматологических заболеваний

2) вторичной профилактики стоматологических заболеваний

3) третичной профилактики стоматологических заболеваний

4) эпидемиологического обследования населения

451. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

1) предупреждение осложнений возникшего заболевания

2) предупреждение их возникновения

3) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы

4) функциональную реабилитацию заболеваний челюстно-лицевой области

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) замена водоисточника

2) предупреждение заболеваний матери в период беременности

3) гигиена полости рта

4) герметизация фиссур

1. МЕТОДЫ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

1) системные и местные

2) системные и поверхностные

3) местные и поверхностные

4) индивидуальные и системные

1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

1) гигиену полости рта

2) санацию полости рта

3) ортодонтическое лечение

4) устранение хронических очагов инфекции

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

1) первичной профилактикой

2) вторичной профилактикой

3) третичной профилактикой

4) интерцепцией

456.ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

1) изготовить замещающую конструкцию

2) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов

3) провести сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

4) установить брекет-систему

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) КПУ(з) и кп(з)

2) КПУ(з)

3) кпу(з)

4) ИГР-У

1. КПУ(З) - ЭТО ИНДЕКС

1) интенсивности кариеса постоянных зубов

2) интенсивности кариеса временных зубов

3) интенсивности кариеса поверхностей

4) гигиены полости рта

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ

1) КПУ(п)

2) кпу(п)

3) кп(п)

4) кпу(п), КПУ(п)

470. УДАЛЕННЫЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЯ КАРИЕСА

ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА КПУ(П) БУДЕТ УЧИТЫВАТЬСЯ КАК

1) 5 поверхностей

2) 3 поверхности

3) 4 поверхности

4) 2 поверхности

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЕТ ПО

1) локализации

2) кариесогенности

3) интенсивности

4) толщине

1. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

1) окрашивания

2) перкуссии

3) пальпации

4) микробиологический

1. ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ ПОД

МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНОЙ, НЕВИДИМОЕ ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ, ПЛОТНОЕ И ТВЕРДОЕ, ТЕМНО-КОРИЧНЕВОГО ИЛИ ЗЕЛЕНО-ЧЕРНОГО ЦВЕТА, ПЛОТНО ПРИКРЕПЛЕННОЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА - ЭТО

1) поддесневой зубной камень

2) кутикула

3) пелликула

4) зубной налет

474. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАДДЕСНЕВОЙ ЗУБНОЙ КАМЕНЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

1) язычной поверхности нижних резцов

2) вестибулярной поверхности верхних резцов

3) вестибулярной поверхности нижних резцов

4) небной поверхности верхних резцов

1. РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

1) зубного налета

2) кутикулы

3) начального кариеса

4) пищевых остатков

1. ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

1) зондирования

2) визуального осмотра

3) окрашивания йодсодержащим раствором

4) микробиологического исследования

1. У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОЦЕНИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) Федорова-Володкиной

2) Грин-Вермиллиона

3) РНР

4) кпу

478. ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) гигиены полости рта

2) интенсивности кариеса

3) кровоточивости десен

4) зубочелюстных аномалий

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ

1) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов

2) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов

3) язычные поверхности первых постоянных моляров

4) вестибулярные поверхности первых постоянных моляров

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

1) 16, 11, 26, 36, 31, 46

2) 43, 42, 41, 31, 32, 33

3) 16, 12, 24, 36, 32, 44

4) 16, 26, 36, 46

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ГРИНВЕРМИЛЛИОНА ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

1) 16, 11, 26, 36, 31, 46

2) 43, 42, 41, 31, 32, 33

3) 16, 12, 24, 36, 32, 44

4) 16, 26, 36, 46

482. С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) наличие зубного налета и зубного камня

2) степень воспаления десны

3) кровоточивость десневой борозды

4) степень тяжести зубочелюстных аномалий

1. ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ РАСТВОРАМИ ПРОВОДЯТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

1) РНР

2) КПУ(з)

3) КПУ(п)

4) CPITN

1. ИНФОРМАЦИЮ О НАЛИЧИИ ЗУБНОГО КАМНЯ ДАЕТ ИНДЕКС

1) CPITN

2) Федорова-Володкиной

3) РМА

4) КПУ

1. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) Грин-Вермиллиона

2) КПУ

3) РМА

4) Федорова-Володкиной

1. ИНДЕКС РНР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) гигиены полости рта

2) интенсивности кариеса

3) кровоточивости десен

4) зубочелюстных аномалий

487. СЕРОВАТО-БЕЛОЕ, МЯГКОЕ И ЛИПКОЕ ОТЛОЖЕНИЕ,

НЕПЛОТНО ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) мягкий зубной налет

2) пелликулу

3) поддесневой зубной камень

4) наддесневой зубной камень

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ПРОИЗВОДИТСЯ ОКРАШИВАНИЕ ПОВЕРХНОСТЕЙ 16, 26 ЗУБОВ

1) вестибулярных

2) оральных

3) окклюзионных

4) апроксимальных

1. ИНДЕКС ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У

1) детей дошкольного возраста

2) школьников

3) подростков

4) взрослых

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР

ПОВЕРХНОСТЬ ОБСЛЕДУЕМОГО ЗУБА ДЕЛИТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ

1) 5

2) 2

3) 3

4) 4

491. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

1) слюна

2) десневая жидкость

3) сыворотка крови

4) лимфа

1. ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗОВАНА

1) гликопротеидами слюны

2) коллагеном

3) кератином

4) органическими кислотами

1. К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

1) зубной камень

2) пищевые остатки

3) пелликула

4) мягкий зубной налет

1. ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ НАД ДЕСНЕВЫМ

КРАЕМ, ОБЫЧНО БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, ТВЕРДОЙ ИЛИ ГЛИНООБРАЗНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ - ЭТО

1) наддесневой зубной камень

2) пелликула

3) мягкий зубной налет

4) налет курильщика

1. ЗУБНОЙ НАЛЁТ БЫСТРЕЕ НАКАПЛИВАЕТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

1) верхних моляров

2) верхних клыков

3) нижних клыков

4) нижних резцов

496. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

1) пародонтальный зонд

2) штыковидный зонд

3) серповидный скейлер

4) кюрета

1. С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РМА ОПРЕДЕЛЯЮТ

1) степень воспаления десны

2) кровоточивость десны

3) наличие зубного камня

4) наличие зубного налета

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

1) РМА

2) Грин-Вермиллиона

3) РНР

4) Федорова-Володкиной

1. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ CPITN У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИССЛЕДУЮТ ПАРОДОНТ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ

1) 17/16 11 26/27 36/37 31 46/47

2) 16/15 21 25/26 35/36 41 46/45

3) 17/14 11/21 24/27 34/37 41/31 47/44

4) 16 11 26 36 31 46

1. ИНДЕКС CPITN У ВЗРОСЛЫХ РЕГИСТРИРУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ

ПРИЗНАКИ

1) кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман различной глубины

2) зубной налет, кровоточивость десен

3) кровоточивость десен, зубной камень

4) зубной камень, пародонтальный карман

501. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

1) СPITN

2) Грин-Вермиллиона

3) РНР

4) КПУ

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА

ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

1) PMA

2) CPITN

3) OHI-S

4) PHP

1. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ИНДЕКСА CPITN КОД 3 СООТВЕТСТВУЕТ

1) пародонтальному карману глубиной 4-5 мм

2) кровоточивости десен

3) зубному камню

4) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА CPITN ПРИЗНАК ЗУБНОГО КАМНЯ СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

1) 2

2) 1

3) 3

4) 4

1. ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО ИНДЕКСУ РМА СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

1) 1

2) 0

3) 2

4) 3

506. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У

ПАЦИЕНТА, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПО ИНДЕКСУ CPITN, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

1) сумма секстантов с признаками поражения пародонта

2) сумма здоровых секстантов

3) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов

4) отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов

1. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЕНКА ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

1) дистальное

2) нейтральное

3) мезиальное

4) латеральное

1. ВО ВРЕМЕННОЙ ОККЛЮЗИИ ФОРМА ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ

1) полукругу

2) полуэллипсу

3) параболе

4) трапеции

1. ФОРМА ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) полуэллипсу

2) полукругу

3) параболе

4) трапеции

510. ФОРМА НИЖНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

1) параболе

2) полукругу

3) полуэллипсу

4) трапеции

1. АНОМАЛИИ ФОРМЫ И РАЗМЕРА ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ

ОБСЛЕДОВАНИИ

1) клиническом

2) рентгенологическом

3) лабораторном

4) иммунологическом

1. ДЕТЯМ 2-Х ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) детские зубные пасты на гелевой основе

2) зубные пасты с высоким содержанием фторида

3) зубной порошок

4) гигиенические зубные пасты на меловой основе

1. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

1) пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

2) пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта

3) лицами, злоупотребляющими курением

4) пациентами с брекет-системами

514. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН ПАЦИЕНТАМ

СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ, СОДЕРЖАЩУЮ

1) экстракты лекарственных растений

2) фторид натрия

3) карбонат кальция

4) хлорид стронция

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) высокое содержание фторида в питьевой воде

2) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

3) наличие у пациента большого количества пломб

4) системная гипоплазия эмали

1. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ СПЕЦИАЛИСТА - ЭТО

1) контролируемая чистка зубов

2) индивидуальная гигиена полости рта

3) профессиональная гигиена полости рта

4) профессиональная чистка зубов

1. В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТАХ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ЧАСТОТА КОЛЕБАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ (КГЦ)

1) 16-45

2) 2-6

3) 7-10

4) 10-15

518. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ

ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

1) менее половины оптимального

2) оптимальное

3) субоптимальное

4) больше оптимального

1. ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

1) не показано

2) показано

3) показано, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное

4) показано, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

1. СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА НАТРИЯ В 1 ЛИТРЕ ФТОРИРОВАННОГО МОЛОКА СОСТАВЛЯЕТ (М4)

1) 2,5

2) 1,0

3) 1,5

4) 5,0

1. ПОЛОСКАНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМИ РАСТВОРАМИ С

ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ПРОВОДИТЬ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

1) 6

2) 3

3) 10

4) 12

522. В РАЙОНЕ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ

ВОДЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

1) таблеток фторида натрия

2) фторидсодержащих растворов для полосканий

3) фторидсодержащих зубных паст

4) фторидсодержащего лака (геля)

1. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ УМЕРЕННОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

1) 1,0

2) 0,3

3) 0,5

4) 0,7

1. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ ЮЖНОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

1) 0,7

2) 0,3

3) 0,5

4) 1,0

1. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРЕМОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 9-12

2) 12-14

3) 6-8

4) 16-18

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

1) 12-14

2) 5-6

3) 6-8

4) 9-12

1. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (МОЛЯРОВ И

ПРЕМОЛЯРО3) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

1) сразу

2) через 2-3 года

3) через 4-6 лет

4) через 10-12 лет

1. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

1) средний или глубокий кариес

2) неудовлетворительная гигиена полости рта

3) узкие и глубокие фиссуры

4) неполное прорезывание коронки зуба

1. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ

1) кариесе в стадии мелового пятна

2) среднем кариесе

3) глубоком кариесе

4) осложненном кариесе

530. ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

1) проведение профессиональной гигиены

2) прием фторидсодержащих препаратов

3) реминерализирующая терапия

4) уменьшение употребления углеводов

1. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

1) рациональная гигиена полости рта

2) покрытие зубов фторидсодержащим лаком

3) реминерализирующая терапия

4) герметизация фиссур

1. БУГРЫ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ОБЫЧНО СОШЛИФОВЫВАЮТ ДЛЯ

1) профилактики зубочелюстных аномалий

2) косметических целей

3) профилактики заболеваний пародонта

4) улучшения гигиены полости рта

1. ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1) съемное протезирование

2) несъемное протезирование

3) стимуляцию прорезывания постоянных зубов

4) сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

534. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРАМИ ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИЯХ (%)

1) 0,05; 0,1; 0,2

2) 0,01; 0,02

3) 0,02; 0,05

4) 1; 2; 3

1. 1% И 2% РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ВИДЕ

1) аппликаций

2) полосканий

3) приема внутрь

4) ротовых ванночек

1. ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ

ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)

1) 3-15

2) 4-10

3) 6-12

4) 12-18

1. ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

1) противопоказано

2) показано у детей до 12 лет

3) показано в сочетании с системными средствами

4) показано при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

538. ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

РАСТВОР

1) Боровского-Волкова

2) Шиллера-Писарева

3) метиленового синего

4) хлоргексидина

1. ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

1) 10

2) 5

3) 15

4) 20

1. К РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ

РАСТВОР

1) глюконата кальция 10%

2) перекиси водорода 10%

3) эуфиллина 2,4%

4) метиленового синего 2%

1. ДЛЯ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

1) метиленового синего

2) бриллиантового зеленого

3) хлоргексидина

4) фторида натрия

542. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР

1) метиленового синего

2) Шиллера-Писарева

3) эритрозина

4) фуксина

1. ПРЕПАРАТ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

1) глюконат кальция

2) кальцин

3) фосфат цемент

4) эндометазон

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГА ТКАНЕЙ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ

ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

1) изолировать десну

2) обработать десну 3% раствором перекиси водорода

3) прополоскать рот хлоргексидином

4) применить слюноотсос

1. ПРИМЕНЕНИЕ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ

ОТБЕЛИВАНИИ ЗУБОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

1) повышенной чувствительности твердых тканей зубов

2) заболеваний пародонта

3) клиновидных дефектов

4) повышенной стираемости твердых тканей зубов

1. ДЛЯ ИНАКТИВАЦИИ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ В ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦАХ В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ СОЕДИНЕНИЯ

1) калия

2) кальция

3) фтора

4) хлора

547. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

1) 0,2

2) 0,05

3) 1

4) 2

1. ОПОЛАСКИВАТЕЛИ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

1) после чистки зубов

2) утром

3) вместо чистки зубов

4) перед сном

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ

В СЕБЯ

1) профессиональное удаление зубных отложений

2) полоскание полости рта фторидсодержащими растворами

3) герметизацию фиссур

4) пломбирование кариозных полостей

1. УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1) воспалительных заболеваний пародонта

2) местной гипоплазии

3) флюороза

4) зубочелюстных аномалий

551. ЗНАЧЕНИЕ РН ЗУБНОГО НАЛЁТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК

КРИТИЧЕСКОЕ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 5,5-5,7

2) 3,5-4,0

3) 6,5-7,0

4) 7,0-7,5

1. КОНЦЕНТРАЦИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ВЫШЕ В ОБЛАСТИ

1) бугров и режущего края

2) пришеечной

3) фиссур и ямок

4) контактных поверхностей

1. СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В СЛЮНЕ СПОСОБСТВУЕТ

1) снижению резистентности эмали к действию кислот

2) изменению вязкости слюны

3) реминерализации эмали

4) повышению резистентности эмали к действию кислот

1. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

1) 1,0

2) 0,8

3) 1,2

4) 1,5

555. ПРИ ПРИЕМЕ МЯГКОЙ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ БОЛЬШОЕ

КОЛИЧЕСТВО ЛЕГКОФЕРМЕНТИРУЕМЫХ УГЛЕВОДОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ

1) гипосаливация

2) гиперсаливация

3) снижение вязкости слюны

4) увеличение концентрации минеральных элементов

1. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ («СОЗРЕВАНИЕ») ЭМАЛИ ПОСЛЕ

ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА НАИБОЛЕЕ АКТИВНО ПРОТЕКАЕТ В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

1) 2

2) 5

3) 10

4) 15

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА КОРОНКЕ ЗУБА В ОБЛАСТИ

1) пришеечной

2) режущего края

3) бугров жевательной поверхности

4) язычной поверхности

1. ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ИЗ

ПОВРЕЖДЕННОГО ПОДПОВЕРХНОСТНОГО СЛОЯ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОТЕРЯ ИОНОВ

1) кальция

2) фтора

3) хлора

4) натрия

559. ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ В ЕЕ СЛОЕ

1) подповерхностном

2) поверхностном

3) среднем

4) глубоком

1. ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА

1) сохранением органической основы эмали

2) повышением проницаемости эмали

3) потерей из поврежденного участка ионов кальция

4) образованием пелликулы на поверхности эмали

1. СТЕПЕНЬ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) витального окрашивания эмали

2) зондирования

3) электроодонтодиагностики

4) рентгенологического исследования

1. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В

СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА И ПЯТЕН ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

1) витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего

2) определение гигиенических индексов

3) электроодонтодиагностику

4) микробиологическое исследование

562. ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ

1) проницаемость

2) микротвердость

3) плотность

4) растворимость

1. К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

1) флюороз

2) кислотный некроз

3) клиновидный дефект

4) эрозия эмали

1. К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

1) клиновидный дефект

2) системная гипоплазия

3) флюороз

4) несовершенный амело - и дентиногенез

1. СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) флюорозе

2) местной гипоплазии эмали

3) клиновидном дефекте

4) эрозии эмали

566. ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

1) выше оптимального

2) субоптимальное

3) оптимальное

4) ниже оптимального

1. КОЛЛЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) замена водоисточника

2) предупреждение заболеваний у женщин в период беременности

3) соблюдение гигиены полости рта

4) прием витаминов

1. У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ С РОЖДЕНИЯ В РАЙОНЕ С

ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) флюороз зубов

2) адентия

3) генерализованный пародонтит

4) множественный кариес

1. ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПЯТНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

1) всех

2) жевательной

3) вестибулярной

4) язычной

570. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОРАЖАЮТСЯ ЗУБЫ

1) постоянные резцы, клыки и первые моляры

2) временные резцы и клыки

3) временные моляры и резцы

4) премоляры и постоянные моляры

1. ПОРАЖЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) системной гипоплазии

2) эрозии эмали

3) местной гипоплазии

4) клиновидного дефекта

1. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) заболевания ребенка на первом году жизни

2) наследственность

3) заболевания матери во время беременности

4) средний кариес зубов у матери в период беременности

1. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

1) хронический периодонтит временного моляра

2) наследственность

3) заболевания матери в период беременности

4) заболевания ребенка на первом году жизни

574. НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПРИ

КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ИСТИРАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ, - ЭТО

1) клиновидный дефект

2) флюороз

3) системная гипоплазия

4) местная гипоплазия

1. ОКРАШИВАНИЕ УЧАСТКОВ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ 1-2% РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) кариеса в стадии мелового пятна

2) флюороза

3) системной гипоплазии

4) местной гипоплазии

1. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1) кровоточивости десен

2) пародонтальных карманов

3) ретракции десны

4) атрофии альвеолы

1. НАЛИЧИЕ ДЕСНЕВОГО (ЛОЖНОГО) КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) гиперпластического гингивита

2) катарального гингивита

3) локального хронического гингивита

4) генерализованного хронического пародонтита

578. К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА ОТНОСИТСЯ

1) пародонтит

2) пародонтоз

3) эпулис

4) фиброматоз

1. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНЫ

1) неправильным положением зачатка зуба

2) нарушением функции жевания

3) кариесом

4) гипоплазией эмали

1. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низкое прикрепление уздечки верхней губы

2) гингивит

3) гипоплазия эмали

4) скученность зубов

1. НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 5-6

2) 2-3

3) 11-12

4) 14-15

1. РАВНОМЕРНАЯ СТИРАЕМОСТЬ БУГРОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

1) смешанной

2) временной

3) постоянной

4) всех видов

583. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ 7.1, 8.1 ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 6

2) 3

3) 10

4) 12

1. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ОБУСЛОВЛЕНА

1) открытием дентинных канальцев

2) образованием заместительного дентина

3) закрытием дентинных канальцев

4) сужением дентинных канальцев

1. ФАКТОР РИСКА ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ

1) рецессия десны

2) подвижность зубов

3) деструктивные изменениями в альвеоле

4) выделение экссудата из патологического кармана

1. ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЗУБАХ

1) от внешних раздражителей

2) в ночное время

3) самопроизвольные

4) в период острых респираторных заболеваний

587. МЕХАНИЗМ ДЕСЕНСИТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ СОЛЕЙ КАЛИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1) инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах

2) обтурации дентинных канальцев

3) повышении внутриканальцевого давления

4) раскрытии дентинных канальцев

1. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

1) эпидемиологического стоматологического обследования

2) диспансеризации

3) плановой санации полости рта

4) профилактических мероприятий

1. НАЦИОНАЛЬНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ОДИН РАЗ В

1) 5 лет

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ В ОДНОМ РАЙОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОСМАТРИВАТЬ В ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО ВОЗРАСТА В КОЛИЧЕСТВЕ ЧЕЛОВЕК НЕ МЕНЕЕ

1) 50

2) 20

3) 30

4) 100

592. КАЛИБРОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

1) подготовительный

2) обследования

3) подведения итогов

4) анализа результатов

1. ПРИ КАЛИБРОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

НАСЕЛЕНИЯ, СОВПАДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (%)

1) 85

2) 95

3) 70

4) 50

1. МЕТОДИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 6, 12, 15

2) 3, 6, 9

3) 6, 9, 12

4) 9, 12, 15

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОБСЛЕДУЮТ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 35-44

2) 18-25

3) 25-30

4) 30-40

596. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

1) распространенностью стоматологического заболевания

2) интенсивностью стоматологического заболевания

3) стоматологической заболеваемостью населения

4) уровнем стоматологической помощи населению

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В

1) процентах

2) абсолютных единицах

3) относительных единицах

4) коэффициентах

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТСЯ

1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума

2) суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума

3) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума

4) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

1. УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО ВОЗ ОПРЕДЕЛЕНЫ ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

1) 12 лет и 35-44 года

2) 6 и 12 лет

3) 12 и 15 лет

4) 35-44 года и 65 лет и старше

600. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) CPI

2) PMA

3) PHP

4) OHI-S

1. CPI - ЭТО ИНДЕКС

1) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ

2) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

3) эффективности гигиены полости рта

4) интенсивности кариеса зубов

1. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ)

1) 12

2) 6

3) 15

4) 18

1. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ)

1) 15

2) 6

3) 12

4) 35-44

604. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ СПЕЦИАЛИСТЫ

1) врачи-стоматологи

2) гигиенисты

3) стоматологические медицинские сестры

4) санитарные врачи

1. СРЕДНЕЕ СНИЖЕНИЕ ПРИРОСТА КАРИЕСА ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

1) 30-40

2) 70- 80

3) 10-20

4) 50-60

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР СОСТАВЛЯЕТ (%)

1) 80 – 100

2) 40 - 50

3) 60 - 70

4) 20 - 30

1. ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ

1) выбора методов и средств

2) оценки квалификации нестоматологического персонала

3) определения противопоказаний для профилактических средств

4) оценки образовательного уровня населения

608. ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ РАЗДЕЛА

1) оценки эффективности программы

2) диспансеризации населения

3) оценки квалификации педагогов и воспитателей

4) оценки общего уровня здоровья населения

1. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

1) динамику демографических процессов населения

2) метеорологическую карту региона

3) количество потребляемой соли на человека

4) онкологическую заболеваемость

1. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ

НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

1) экологию окружающей среды

2) наличие водных ресурсов в регионе

3) кп зубов у лиц 65 лет и старше

4) количество детей, привитых от вирусных заболеваний

1. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ В РЕГИОНЕ

1) наличие стоматологического персонала и материальных ресурсов

2) количество рентгеновских аппаратов в стоматологических клиниках

3) количество частных кабинетов

4) количество стоматологов пенсионеров

612. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

1) стоматологическую заболеваемость в регионе

2) количество потребляемой жевательной резинки в год на человека

3) содержание карбоната кальция в воде

4) количество лиц, болеющих туберкулезом

1. ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО

УЛУЧШЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

1) РНР

2) КПУ(з) и КПУ (п)

3) СРI

4) РМА

1. ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ

ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

1) КПУ(з) и КПУ (п)

2) РНР

3) ИГР-У

4) API

1. ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО

УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ СЕКСТАНТОВ ПО ИНДЕКСУ

1) СРI

2) РНР

3) API

4) Фѐдорова-Володкиной

616. ПЕРСОНАЛ, УЧАСТВУЮЩИЙ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

1) стоматолог, гигиенист стоматологический

2) стоматолог, отоларинголог

3) стоматолог, менеджер по продажам

4) гигиенист, бухгалтер

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

1) снижению количества пораженных секстантов по индексу CPI

2) снижению интенсивности кариеса зубов

3) уменьшению распространенности кариеса корня зуба

4) снижению распространенности флюороза по индексу Dean

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА (О3)

1) КПУ, кп

2) CPITN

3) ИГР-У

4) РНР

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

1) индекса ИГР-У

2) индексов КПУ, кп

3) распространенности кариеса зубов

4) индекса РМА

620. РАЗЛИЧАЮТ ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

1) предварительную, промежуточную, окончательную

2) подготовительную, предварительную, окончательную

3) предварительную, организационную, окончательную

4) подготовительную, предварительную, финальную

621.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ БОРОВСКОГО-ВОЛКОВА ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ

1) нитрата кальция и кислого фосфата аммония

2) глюконата кальция и фторида натрия

3) «Ремодента»

4) гидроксида натрия и фторида олова

622. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ В СОСТАВЕ ФТОРИДЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С

1) 4 лет

2) 2 лет

3) 12 лет

4) момента прорезывания первого временного зуба

623. ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ

ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) зубные ершики

2) мануальную зубную щетку

3) электрическую зубную щетку

4) ополаскиватели

624.ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

1) 5-10

2) 15-20

3) 30-40

4) более 60

625.ЖЕСТКОСТЬ ЩЕТИНЫ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗУБОВ

1) мягкая

2) средняя

3) жесткая

4) очень мягкая

626.ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) скребки для языка

2) флоссы

3) ополаскиватели

4) ирригатор

627. ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ С ЩЕТИНОЙ

1) очень мягкой

2) средней жесткости

3) жесткой

4) мягкой

628. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ДЛЯ ОЦЕНКИ

ПОРАЖЕННОСТИ ЗУБОВ КАРИЕСОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ

1) распространенность, интенсивность, прирост интенсивности кариеса

2) только прирост интенсивности кариеса

3) интенсивность кариеса и распространенность

4) распространенность и прирост интенсивности кариеса

629.ДИСКОЛОРИЗАЦИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА) ВОЗМОЖНА ПРИ

1) флюорозе

2) гепатите

3) гастрите

4) пародонтите

1. ВЫБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИТ ОТ

1) содержания фторида в питьевой воде

2) количества педагогов в школах

3) количества воспитателей в детских садах

4) уровню потребления основных продуктов питания на душу населения

1. ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА УДАЛЯЕТСЯ

1) мягкий зубной налет

2) поддесневой зубной камень

3) налет курильщика

4) наддесневой зубной камень

1. МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ОЧИЩЕНИЕ

ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПРОИЗВОДИТСЯ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) круговым Fones

2) Leonard

3) Stillman

4) стандартным Г.Н. Пахомова

633. ПРИ ОЧИЩЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ И ОРАЛЬНЫХ

ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ПРИ СТАНДАРТНОМ МЕТОДЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ СОВЕРШАЮТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

1) вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)

2) вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)

3) горизонтальном (вправо-влево, вперед-назад, параллельно десне)

4) головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

1. МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ДЕЛЕНИЕ

ЗУБНОГО РЯДА НА СЕГМЕНТЫ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ ЗУБОВ КАЖДОГО СЕГМЕНТА, НАЧИНАЯ С ВЕРХНИХ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДОМ

1) стандартным Г.Н. Пахомова

2) круговым Fones

3) Stillman

4) Bass

1. КРУГОВОЙ МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ FONES РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

1) детям дошкольного возраста

2) школьникам

3) взрослым

4) лицам пожилого возраста

1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧИСТКИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

1) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов

2) время, требуемое для чистки всех зубов

3) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу

4) средства гигиены полости рта, которые использует пациент

637. ВРЕМЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ МАНУАЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (МИНУТ)

1) 2-3

2) 1-1,5

3) 3,5- 4

4) 4,5- 6

1. УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

1) профессиональной гигиены полости рта

2) индивидуальной гигиены полости рта

3) контролируемой чистки зубов

4) реминерализирующей терапии

1. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) определение гигиенического состояния полости рта пациента

2) обучение пациента чистке зубов на моделях

3) самостоятельная чистка зубов пациентом

4) индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

1. ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

1) покрытие зубов фторидсодержащим лаком

2) герметизацию фиссур

3) окрашивание зубов йодсодержащим раствором

4) контролируемую чистку зубов

641. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ

РТА КОНТАКТНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЕТА С ПОМОЩЬЮ

1) зубных нитей

2) резиновых колпачков и полировочных паст

3) щеточек и полировочных паст

4) зубной щетки и пасты

1. ДЛЯ РУЧНОГО УДАЛЕНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

1) кюреты

2) штопфер

3) пародонтальный зонд

4) пинцет

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

1) серповидные скейлеры, кюреты

2) зонд, зеркало, пинцет

3) экскаватор, штопфер, гладилку

4) кюретажные ложки, дрильборы, шпатель

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,2% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

1) 2 недели

2) неделю

3) день

4) полгода

645. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,1% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ

1) неделю

2) день

3) 2 недели

4) полгода

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПОКРЫТИЯ ЗУБОВ

ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ ПЕРВОЙ ПРОВОДИТСЯ МАНИПУЛЯЦИЯ

1) очищение зубов от налѐта

2) нанесение фторидсодержащего лака

3) высушивание зубов

4) изоляция от слюны

1. ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОКРЫТИЕ ФИССУРЫ СИЛАНТОМ ПОСЛЕ

1) раскрытия фиссуры

2) коррекции прикуса

3) профессионального очищения фиссуры

4) контролируемой чистки зубов

1. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

1) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты

2) полоскание полости рта антисептическим раствором

3) полоскание полости рта водой

4) очищение контактных поверхностей зубов флоссами

649. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1) излишнего полирования обнаженных корней зубов

2) проведения контролируемой чистки зубов

3) окрашивания зубного налета в труднодоступных местах

4) аппликаций реминерализирующими растворами

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) удаление разрушенных зубов

2) отказ от приема крепких спиртных напитков

3) обработка противовоспалительными мазями

4) тщательный уход за полостью рта

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) сошлифовывание острых краев зубов, пломб

2) исключение из рациона горячей пищи

3) применение кератопластических средств

4) устранение вредной привычки приема алкоголя

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление новых и коррекция старых протезов

2) лечение бруксизма

3) назначение полосканий настоями трав

4) отказ от курения папирос без фильтра

653. ПРОФИЛАКТИКОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАЛЬВАНИЗМА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление протезов и пломб из однородных металлов

2) регулярная очистка и дезинфекция протезов

3) изготовление протезов и пломб из разнородных металлов

4) тщательный уход за полостью рта

1. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) неудовлетворительная гигиена полости рта

2) курение

3) прием мягкой пищи

4) гипосаливация

1. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие воспалительных заболеваний пародонта

2) чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов

3) скученность зубов

4) наличие заболеваний слюнных желез

1. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними

2) прием раздражающей пищи

3) вредная привычка прикусывания щек

4) наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов

657. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) противовирусные мази

2) антибиотики

3) витамины

4) десенсибилизирующие препараты

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ КОНТАКТНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СТОМАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление протезов из индифферентных материалов

2) устранение вредных привычек

3) лечение кариеса

4) удаление разрушенных зубов

1. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) предупреждение и устранение профессиональных вредностей

2) прием антибиотиков

3) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

4) гигиена полости рта

1. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм

2) сбалансированное питание

3) гигиена полости рта

4) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

661. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) предупреждение и устранение избытка солнечного излучения

2) прием антибиотиков

3) сбалансированное питание

4) гигиена полости рта

1. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) предупреждение и устранение гальванизма

2) прием антибиотиков

3) сбалансированное питание

4) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

1. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) отказ от слишком горячей и раздражающей пищи

2) сбалансированное питание

3) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

4) прием антибиотиков

1. ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ

1) курение

2) острый герпетический стоматит

3) соматические заболевания

4) хронические очаги инфекции в полости рта

1. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта

2) солнечное излучение

3) наличие инфекционных заболеваний

4) прием десенсибилизирующих препаратов

666. ПРОФИЛАКТИКОЙ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) использование гигиенической помады

2) сбалансированное питание

3) прием витаминов

4) лечение кариеса зубов

1. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) мягкую резиновую щетку-напалечник

2) ватный тампон

3) детскую зубную щетку

4) детскую зубную щетку и гелевую зубную пасту

1. ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

1) очень мягкую

2) мягкую

3) средней жесткости

4) жесткую

1. ДЛЯ БОЛЕЕ ТЩАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ВСЕХ ПОВЕРХНОСТЕЙ

И УЧАСТКОВ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ С ФОРМОЙ ПОДСТРИЖКИ ВОЛОКОН РАБОЧЕЙ ЧАСТИ

1) различной высоты и направлением пучков щетины

2) прямой

3) V-образной

4) выпуклой

1. ИНДИКАТОРНЫЕ ЩЕТИНКИ ИМЕЮТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЕТОК ДЛЯ

1) определения срока замены щетки

2) улучшения эстетического вида

3) наиболее эффективного очищения межзубных промежутков

4) наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

671. ЗУБНАЯ ЩЕТКА С ПРОДОЛЬНЫМ V-ОБРАЗНЫМ УГЛУБЛЕНИЕМ РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

1) ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами

2) очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду

3) очищения межзубных промежутков

4) ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

1. СТЕПЕНЬ ЖЕСТКОСТИ ЩЕТИНЫ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ОБЫЧНО УКАЗЫВАЕТСЯ НА

1) упаковке

2) ручке

3) рабочей части

4) в инструкции производителя

1. ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

1) мягкую

2) очень мягкую

3) средней жесткости

4) жесткую

1. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ К ЗУБНЫМ ЩЕТКАМ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1) искусственного волокна

2) натуральной щетины

3) индикаторных щетинок

4) прямой ручки

675. СИЛОВОЙ (АКТИВНЫЙ) ВЫСТУП ИМЕЕТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЕТОК ДЛЯ

1) очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду

2) наиболее эффективного очищения межзубных промежутков

3) определения срока замены щетки

4) улучшения эстетического вида щетки

1. ОДНИМИ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

1) абразивные вещества

2) антисептики

3) экстракты лекарственных растений

4) солевые добавки

1. В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА В ПРОТИВОКАРИОЗНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) фториды

2) пирофосфаты

3) экстракты лекарственных растений

4) хлоргексидин

1. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В

СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

1) экстракты лекарственных растений

2) фторид натрия

3) карбонат кальция

4) карбамид

679. В КАЧЕСТВЕ ПЕНООБРАЗУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДИТСЯ

1) лаурилсульфат натрия

2) дикальцийфосфат

3) полиэтиленгликоль

4) фторид натрия

1. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ НЕ СОДЕРЖАТ В СВОЕМ СОСТАВЕ

1) экстракты лекарственных растений

2) увлажняющие компоненты

3) абразивные вещества

4) гелеобразующие компоненты

1. ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

1) фторидов

2) пирофосфатов

3) экстрактов лекарственных растений

4) хлоргексидина

1. ГЛИЦЕРИН ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

1) увлажняющий

2) абразивный

3) пенообразующий

4) ароматизирующий

1. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ОБЛАДАЮТ ДЕЙСТВИЕМ

1) очищающим

2) регенерирующим

3) отбеливающим

4) десенситивным

684. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОЛЕВЫМИ ДОБАВКАМИ ОТНОСЯТСЯ К

ГРУППЕ

1) противовоспалительных

2) противокариозных

3) снижающих чувствительность твердых тканей зубов

4) отбеливающих

1. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

1) пенообразующие вещества

2) солевые добавки

3) экстракты лекарственных растений

4) витамины

1. СОЕДИНЕНИЯ КАЛЬЦИЯ МОГУТ ВХОДИТЬ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА

1) противокариозного

2) связующего

3) отбеливающего

4) пенообразующего

1. ПЛАСТИЧНОСТЬ И ОДНОРОДНОСТЬ КОНСИСТЕНЦИИ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ

1) связующими

2) абразивными

3) пенообразующими

4) ароматизирующими

688. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С ВЫСОКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

1) лицами, злоупотребляющими курением

2) основной массой населения

3) пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

4) детьми дошкольного возраста

1. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

1) связующие вещества

2) экстракты лекарственных растений

3) витамины

4) антисептики

1. В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

1) дикальцийфосфат

2) монофторфосфат натрия

3) хлорид стронция

4) гидроксиапатит

1. ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

1) соединений кальция

2) пирофосфатов

3) экстрактов лекарственных растений

4) хлоргексидина

692. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ

ЗУБОВ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВВОДЯТ

1) хлорид стронция, нитрат калия, гидроксиапатит

2) пирофосфаты, солевые добавки

3) экстракты лекарственных растений, хлоргексидин

4) ферменты, витамины

1. ЛАУРИЛСУЛЬФАТ НАТРИЯ ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

1) пенообразующий

2) абразивный

3) увлажняющий

4) ароматизирующий

1. МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО-

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛАВЛИВАЕТ ИХ ДЕЙСТВИЕ

1) противокариозное

2) противовоспалительное

3) отбеливающее

4) десенситивное

1. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

1) триклозан

2) фторид натрия

3) экстракты лекарственных растений

4) карбамид

696. ВИТАМИНЫ А И Е ВВОДЯТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ

1) ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта

2) профилактики кариеса

3) уменьшения образования зубных отложений

4) улучшения общего состояния организма

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

1) хлоргексидин

2) этиловый спирт

3) фторид олова

4) монофторфосфат натрия

1. ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ

ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) зубные ершики

2) зубную щетку с ровной подстрижкой щетины

3) электрическую зубную щетку

4) зубочистки

1. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ОТ НАЛЕТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) зубные нити

2) зубную щетку и зубную пасту

3) вращающуюся щеточку и полировочную пасту

4) зубочистки

700. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗУБНЫХ НИТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ

УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ

1) проксимальных

2) вестибулярных

3) окклюзионных

4) оральных

1. ЗУБОЧИСТКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

1) остатков пищи из межзубных промежутков

2) зубного налета с гладких поверхностей зубов

3) зубного налета с контактных поверхностей зубов

4) зубного камня

1. ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ

ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) суперфлоссы

2) мануальную зубную щетку

3) электрическую зубную щетку

4) зубочистки

1. ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ЗУБНЫХ ПАСТАХ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (PPM)

1) 1000

2) 500

3) 2000

4) 5000

704. В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В

ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

1) фторидсодержащие

2) кальцийсодержащие

3) гигиенические

4) с растительными добавками

1. ПАЦИЕНТАМ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

1) мягкую

2) средней жесткости

3) жесткую

4) очень жесткую

1. ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ И

ВЫСОКОАБРАЗИВНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

1) клиновидного дефекта твердых тканей зубов

2) гипоплазии эмали

3) флюороза

4) очагов деминерализации эмали

1. ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ

1) мягкой

2) средней степени жесткости

3) жесткой

4) очень жесткой

708. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

1) повышенной чувствительности твердых тканей зуба

2) гиперплазии эмали

3) гипоплазии эмали

4) флюорозу

1. ЖЕСТКОСТЬ ВОЛОКНА ЗУБНОЙ ЩЕТКИ, РЕКОМЕНДУЕМОЙ

ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

1) очень мягкой и мягкой

2) мягкой и средней

3) средней и жесткой

4) жесткой и очень жесткой

1. СТЕПЕНЬ АБРАЗИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ

ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

1) низкой

2) средней

3) высокой

4) не содержать абразива

1. ДЛЯ ОБТУРАЦИИ ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦЕВ С ЦЕЛЬЮ

СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ

1) соединения фтора, кальция, стронция

2) лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт

3) сорбитол, глицерин, пропиленгликоль

4) диоксид кремния, двуокись кремния, химически осажденный мел

712. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

1) с растительными добавками

2) фторидсодержащие

3) кальцийсодержащие

4) отбеливающие

1. ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

ЯВЛЯЕТСЯ

1) покрытие зубов фторидсодержащим лаком

2) фторирование питьевой воды

3) фторирование молока

4) прием таблеток фторида натрия

1. ТАБЛЕТКИ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ

1) каждый день

2) через день

3) 1 раз в неделю

4) 1 раз в месяц

1. ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ

1) повышения проницаемости эмали в зоне поражения

2) снижения рН зубного налета

3) нарушения Са/Р соотношения эмали

4) разрушения поверхностного слоя эмали

1. КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

1) пятнистой формой флюороза

2) клиновидным дефектом

3) средним кариесом

4) эрозией эмали

717. ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) своевременное лечение кариеса временных зубов

2) реминерализирующая терапия

3) полноценное питание ребенка на первом году жизни

4) прием фторидсодержащих таблеток

1. КОНСТРУКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 56 ЛЕТ

1) съемный пластиночный

2) вкладки

3) мостовидный

4) консольный

1. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СМЫКАНИЯ ГУБ, ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

1) миогимнастика

2) избирательное пришлифовывание нестершихся бугров временных зубов

3) удаление сверхкомплектных зубов

4) динамическое наблюдение

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ

1) Пьезон-Мастер»

2) «Pluraflex»

3) «Диагнодент»

4) апекслокатор

721. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ НАДЕЖНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЗУБА ОТ

СЛЮНЫ ВО ВРЕМЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА СЛУЖИТ

1) стеклоиономерный цемент

2) химиоотверждаемый герметик

3) светоотверждаемый герметик

4) композиционный пломбировочный материал

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) очищение от зубного налета

2) изоляция от слюны

3) высушивание

4) аппликация реминерализирующего средства

1. В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ

1) стрептококкам

2) актиномицетам

3) вирусам

4) стафилококкам

1. В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

СВОЙСТВО МИКРООРГАНИЗМОВ

1) образовывать органические кислоты

2) приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды

3) вызывать дисбактериоз

4) выделять экзотоксины

725. НАИБОЛЬШАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ НА

ЗУБАХ

1) в пришеечной области, ямках, фиссурах

2) в области бугров, режущего края

3) на контактных поверхностях

4) на вестибулярной и язычной поверхностях

1. РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ – ЭТО

1) восстановление минерального состава эмали

2) потеря кальция, фосфатов из подповерхностного слоя эмали

3) разрушение структуры эмали под действием органических кислот

4) восстановление гомеостаза в полости рта

1. ПРОЦЕССЫ МИНЕРАЛИЗАЦИИ И РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ ЗА СЧЕТ ПОСТУПЛЕНИЯ ИЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

1) кальция, фосфатов, фторидов

2) кислорода, водорода

3) белков, витаминов

4) органических кислот

1. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДА В ОРГАНИЗМ

ЧЕЛОВЕКА - ЭТО

1) питьевая вода

2) пищевые продукты

3) воздух

4) витамины

1. КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭМАЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЕ

1) деминерализации

2) минерализации

3) реминерализации

4) созревания

730. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

2) наследственность

3) инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни

4) высокое содержание фторида в питьевой воде

1. ФЛЮОРОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

1) выше оптимального

2) низким

3) субоптимальным

4) оптимальным

1. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) горизонтальные движения зубной щеткой

2) чрезмерное употребление углеводов

3) повышенное содержание фторида в питьевой воде

4) неудовлетворительная гигиена полости рта

1. ПРИЧИНОЙ ИСТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ

1) постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

2) высокое содержание фторида в питьевой воде

3) низкое содержание фторида в питьевой воде

4) употребление углеводистой пищи

734. ОСНОВНЫМ МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие микробного налета

2) наследственность

3) вредные привычки

4) наличие эндокринной патологии

1. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

1) скученность зубов

2) бруксизм

3) ксеростомия

4) употребление пищи, богатой клетчаткой

1. РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ

1) ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

2) с четкими контурами у верхушки корня с гиперцементозом

3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом

4) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

1. КРАТНОСТЬ ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1) 2 раза в год

2) 6 раз в год

3) 3 раза в год

4) по показаниям

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) флоссы и штрипсы

2) зубную щетку и зубную пасту

3) ротационную щетку и полировочную пасту

4) зубочистки

1. АБРАЗИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ

ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

1) низкой

2) средней

3) высокой

4) не содержать абразива

1. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ, ПОКРЫТЫХ ГЕРМЕТИКОМ, ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ

1) очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, зондирование

2) очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, перкуссия

3) рентгенография зуба с герметиком, визуальный осмотр, зондирование

4) визуальный осмотр, удаление герметика, повторная герметизация

741. ПРИРОСТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА

1) изменение показателя КПУ во времени

2) изменение формы течения кариеса во времени

3) изменение относительной величины различий КПУ в %

4) изменение количества поверхностей зубов, пораженных кариесом, во времени

1. ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ

КАРИЕСА В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

1) противопоказано

2) показано у детей до 12 лет

3) показано в сочетании с системными средствами

4) показано при плохой гигиене полости рта

1. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ

1) 0,05%; 0,1%; 0,2%

2) 0,01%; 0,02%

3) 0,02%; 0,05%

4) 1%; 2%, 3%

1. 3-Я СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА

1) дети с хроническими заболеваниями

2) здоровые дети

3) дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

4) дети-инвалиды

1. ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С ВОЗРАСТА

1) 2-3 года

2) 6 месяцев – 1 год

3) 1-2 года

4) 5-6 лет

746. АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) проведение уроков здоровья

2) распространение листовок

3) развешивание плакатов

4) показ кинофильмов

1. ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЗОНА КАБИНЕТА

ПРОФИЛАКТИКИ, В КОТОРОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ РАЗМЕЩЕНИЕ РАКОВИН ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) зона активного обучения

2) зона активной информации

3) зона пассивной информации

4) зона обследования и контроля

1. К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

1) зубная щетка и зубная паста

2) зубная паста и зубной порошок

3) зубочистки и флоссы

4) зубная паста и ополаскиватель

1. ЭКЗОГЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1) фторсодержащих лаков и гелей

2) фторсодержащих зубных паст

3) препараты кальция в таблетированной форме

4) зубные пасты, содержащие кальций

750. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ - СИСТЕМАМИ

1) каждые 3 месяца

2) один раз в полгода

3) один раз в год

4) каждый месяц

1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) рациональная гигиена полости рта

2) сбалансированное питание

3) санация полости рта

4) применение антисептических ополаскивателей

1. ПЛАНОВАЯ САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

1) вторичной профилактики

2) первичной профилактики

3) третичной профилактики

4) не является методом профилактики

1. К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) телевизионная реклама

2) проведение «урока здоровья» в школе

3) занятия по обучению гигиене полости рта

4) лекция-дисскуссия по профилактике стоматологических заболеваний

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО МОЖЕТ БЫТЬ ОЦЕНЕНА

1) по изменению показателей гигиенического состояния полости рта

2) по количеству поставленных пломб

3) по количеству стоматологических клиник

4) по количеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

755. ПРАКТИЧЕСКИМ ЭТАПОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) навык

2) знание

3) понимание

4) убеждение

1. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

1) возраста

2) гигиенического состояния полости рта пациента

3) стоматологического статуса пациента

4) стоматологической заболеваемости населения региона

1. ОПРЕДЕЛИТЕ ИНДЕКС КПУ У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ, ЕСЛИ В 14 ЗУБЕ – ГЕРМЕТИК, В 33 – ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ, В 46 И 36 – ПЛОМБЫ, В 16 – ПЛОМБА, ТРЕБУЮЩАЯ РЕСТАВРАЦИИ, В 11 – ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ДЕНТИНА, В 32 И 42 – ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

1) 3

2) 8

3) 5

4) 7

758. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ С

1) момента прорезывания первого временного зуба

2) 3-х лет

3) 6 лет

4) после прорезывания всех временных зубов

759. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ

ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ, ЕСЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 35-44 ГОДА РАСПРЕДЕЛИЛАСЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА – 100%
* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН -25%
* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБНОГО КАМНЯ – 50%
* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 4-5 ММ – 15%

- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 6 ММ И БОЛЕЕ – 10%

1) 100%

2) 50%

3) 35%

4) 25%

1. ЗА ПРОЦЕДУРУ ЕЖЕДНЕВНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ ОТВЕТСТВЕННЫ

1) родители

2) воспитатель детского сада

3) педиатр

4) стоматолог

1. ЧИСТКА ЗУБОВ САМИМ ПАЦИЕНТОМ В ПРИСУТСТВИИ СПЕЦИАЛИСТА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) контролируемая чистка зубов

2) профессиональная гигиена

3) индивидуальная гигиена полости рта

4) самостоятельная гигиена

762. ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПО МЕТОДУ

1) Пахомова

2) Fones

3) Charters

4) Bass

1. ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

1) фторидов

2) хлоргексидина

3) экстрактов лекарственных растений

4) глицерофосфата кальция, наногидроксиапатита

1. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) улучшение стоматологического здоровья, улучшение осведомленности по вопросам профилактики стоматологических заболеваний более чем у 75% населения

2) выпуск санбюлетений, количество бесед по профилактике, охват контролируемой гигиеной рта детей, посещающих организованные детские коллективы

3) увеличение количества посещений к врачу-стоматологу с профилактической целью и уровня гигиены рта

4) увеличение использования населением средств гигиены рта, снижение распространенности заболеваний пародонта

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФОРМИРОВАТЬ ДИСПАНСЕРНЫЕ ГРУППЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

1) 5

2) 3

3) 4

4) 6

766. КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ

МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф.

1) 6 раза в год

2) 3 раза в год

3) 4 раза в год

4) 2 раза в год

1. ПО ПЛАНУ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО

КАБИНЕТА МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРИДОВ И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ IV ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) 3-4 раза в год

2) 2 раза в год

3) 5-6 раз в год

4) 1 раз в год

1. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ – МЕРОПРИЯТИЕ ЭТАПА ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

1) начального

2) подготовительного

3) основного

4) оценки эффективности диспансеризации

1. КРАТНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ

1) каждые 6 месяцев

2) после прорезывания каждой группы временных зубов

3) каждые 3 месяца

4) 1 раз в год

770. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАЧИНАЕТСЯ

1) на этапе планирования беременности и продолжается до родов

2) с 28-й недели беременности и продолжается до родов

3) с 22-23-й недели беременности и продолжается до родов

4) с момента диагностики беременности и продолжается до родов

1. НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ВРАЧУСТОМАТОЛОГУ ДЕТСКОМУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫДЕЛЯЕТСЯ

1) 6 часов

2) 10 часов

3) 2 часа

4) 1 час

1. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СРЕДИ

БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ПЕРВЫЕ 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

1) 1 раз в месяц

2) 2 раза в месяц

3) 3 раза в месяц

4) еженедельно

1. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

2) телевизионная реклама

3) научно-популярная литература

4) выставка средств гигиены полости рта

774. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА САНИТАРНО-

ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

1) урок здоровья

2) беседа

3) санитарный бюллетень

4) информационный стенд

1. ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1) пятна, пузыри, пузырьки, папулы, неправильных очертаний эрозии

2) отдельные эрозии округлой формы с узким ободком гиперемии

3) разлитая эритема, кровоизлияния

4) единичные эрозии в участках слизистой оболочки, контактирующей с зубами

1. ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ КЛЕЙНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХЕЙЛИТА

1) эксфолиативного

2) гландулярного

3) экзематозного

4) ангулярного

1. ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ НЕКЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) химический способ «Carisolve»

2) метод с использованием комплекса «Глуфторед»

3) метод с использованием комплекса «Saforide»

4) метод с использованием «R.O.C.S. Medikal Minerals»

778. ПОКАЗАНИЕМ К КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У

РЕБЁНКА 9-10 ЛЕТ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖЕТ БЫТЬ

1) локальный гингивит

2) нарушение речи

3) нарушение акта приема пищи

4) невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратами

1. КРАТНОСТЬ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С

ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф. СОСТАВЛЯЕТ

1) 3 раза в год

2) 2 раза в год

3) 4 раза в год

4) 6 раз в год

1. ДЛЯ МЕТОДА ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОМПЛЕКС

1) «Глуфторед»

2) «Saforide»

3) «R.O.C.S. Medikal Minerals адгезивный гель для аппликаций»

4) «Ремогель»

1. РЕБЕНКУ 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

1) 2 раза в день, используя мягкую зубную щетку и гелевую пасту

2) 2 раза в день, используя резиновую щетку-напалечник

3) после каждого приема пищи

4) 1 раз в день, утром

782. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

1) раствор 2% метиленового синего

2) раствор Шиллера–Писарева

3) раствор эритрозина

4) 5% спиртовой настой йода

1. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МОЛЯРОВ У

ДЕТЕЙ

1) первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали

2) через год после естественной минерализации

3) в любое время

4) через 2 года после прорезывания зуба

1. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ

1) к сужению верхнего зубного ряда

2) к расширению нижнего зубного ряда

3) к сужению нижнего зубного ряда, уплощению верхнего зубного ряда во фронтальном отделе

4) к смещению жевательной группы зубов

1. КАКОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ У ДЕТЕЙ

1) бактериологический

2) гистологический

3) цитологический

4) серологический

786. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВСЕХ ЗАЧАТКОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1) ортопантомограмма

2) панорамный снимок

3) прицельный снимок

4) телерентгенограмма головы в прямой проекции

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ БЕЗ

ПРОКЛАДКИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

1) СИЦ

2) силикатные цементы

3) композитный материал химического отверждения

4) композитный материал светового отверждения

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОРМОКРЕЗОЛА ПРИ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ

1) 5 минут

2) 30 минут

3) 2-3 суток

4) до 1 недели

1. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ НЕБА ЗАНЯТИЯ С ЛОГОПЕДОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ

1) до операции

2) по окончании хирургического лечения

3) в возрасте одного года

4) в возрасте 14 лет

790. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

1) 2-3 раза в год

2) 1 раз в год

3) ежемесячно

4) 1 раз в неделю

1. «МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» - ЭТО КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) скарлатина

2) дифтерия

3) корь

4) ветряная оспа

1. ПОЯВЛЕНИЕ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЯТЕН ФИЛАТОВА

- БЕЛЬСКОГО-КОПЛИКА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕК– КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

1) кори

2) скарлатины

3) ветряной оспы

4) дифтерии

793. ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ ПРИМЕНЯЮТ

1) кальцийсодержащие пасты

2) йодоформные пасты

3) цинк-эвгеноловые пасты

4) резорцин-формалиновые пасты

794. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 2 КЛАССА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРИМЕНЯЮТ

1) стеклоиономерные цементы

2) композиты светового отверждения

3) цинкфосфатные цементы

4) композиты химического отверждения

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ МНОГОФОРМНОЙ

ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

1) санация очагов фокальной инфекции

2) вакцинация ребенка

3) закаливание и лечебная гимнастика

4) исключить прием провоцирующего препарата

1. ПРИ КОНУСООБРАЗНЫХ ФИССУРАХ В ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ С «НЕЗРЕЛОЙ ЭМАЛЬЮ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

1) неинвазивную герметизацию

2) покрытие зубов фтор-лаком

3) профилактическое пломбирование

4) профессиональную чистку зубов

1. АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) проведение уроков здоровья

2) выпуск санбюллетеней, брошюр

3) профессиональная гигиена

4) индивидуальный подбор средств гигиены

798. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В

МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ

ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) остеопороз

2) остеосклероз

3) гиперцѐментоз

4) отсутствие изменений

1. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) реминерализирующая терапия

2) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием

3) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст

4) электрофорез препаратов фтора

1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

1) пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты

2) резорцин-формалиновая паста

3) гуттаперчевые штифты с корневым герметиком

4) мумифицирующие пасты

1. ВО ВТОРОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НА УСТЬЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

1) мумифицирующая паста

2) кальцийсодержащая паста

3) пасты на основе растительных масел

4) изолирующая прокладка

802. ТЕРАПИЯ ПРИ ОГС В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения

2) способствовать быстрейшей эпителизации элементов поражения

3) способствовать снижению температурной реакции организма

4) способствовать дезинтоксикации организма

1. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1) распределение детей на диспансерные группы с учетом степени активности кариеса 1 раз в году

2) прием детей по обращаемости

3) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса

4) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

1. УКАЖИТЕ МОДЕЛЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКА, ИМЕЮЩЕГО III СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА

1) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

2) диспансерный осмотр 1 раз в год

3) диспансерный осмотр 2 раза в год

4) диспансерный осмотр по обращаемости

1. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ ПЕРИОД ДЛЯ

ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ

1) антенатальный период

2) первое полугодие жизни

3) второе полугодие 1-го года жизни

4) не имеет значения

806. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ (ГОИ3) НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

1) в возрасте прорезывания первых временных зубов

2) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)

3) в возрасте 3-4 года

4) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)

1. ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ФТОРИДЫ

1) петрушка, персики, чай, скумбрия

2) сыр, молочно-кислые продукты

3) клубника, голубика, черника

4) гранаты, арбузы, дыни

1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОПРЕДЕЛЕННУЮ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОСМОТРА У СТОМАТОЛОГА

1) через 6 мес

2) через 3 мес

3) через 12 мес

4) каждый месяц

1. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ

СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ НА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ

1) гестоз второй половины беременности

2) искусственное вскармливание

3) орви и орз на 5-ом году жизни

4) гипоксия плода

811. МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ СТРОЕНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

1) телерентгенография

2) внутриротовая рентгенография

3) радивизиография

4) ортопантомография

1. ТЭР – ТЕСТ ОСНОВАН НА

1) функциональной резистентности эмали к кислоте

2) оценке реминерализующих свойств слюны

3) оценке кариесогенности зубного налета

4) оценке гигиенического состояния полости рта

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ

КАРИЕСА, В РЕГИОНАХ С ПОНИЖЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1) фторидсодержащих зубных паст

2) прием морепродуктов

3) таблеток фторида натрия

4) фторидсодержащего лака

814. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обучение пациента гигиене полости рта

2) телевизионная реклама

3) издание рекламных буклетов по гигиене полости рта

4) издание научно-популярной литературы

1. КАКОЕ ВЕЩЕСТВО ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА?

1) метиленовый синий

2) фторид натрия

3) хлорид натрия

4) спиртовой йодосодержащий раствор

816. ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ

1) после прорезывания зуба

2) до прорезывания зуба

3) в момент прорезывания зуба

4) во время образования зачатка зуба

1. К ВИДАМ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ

1) минерализованные

2) цветные

3) нецветные

4) пищевые остатки

1. МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ

1) окрашивание

2) рентгенологический

3) определение с помощью микроскопа

4) биопсия

819. ВЕЛИЧИНА РН ЗУБНОГО НАЛЕТА

1) изменяется

2) постоянная

3) щелочная

4) кислая

1. НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

1) режущего края и бугров

2) фиссур и естественных ямок

3) контактных поверхностей

4) шейки

1. МОЛЯРНОЕ СООТНОШЕНИЕ СА/Р В ЭМАЛИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1,67

2) 1,37

3) 1,47

4) 1,87

1. ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ

1) проницаемость

2) микротвердость

3) растворимость

4) микротвердость и растворимость

1. МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) неудовлетворительная гигиена полости рта

2) наличие сопутствующих соматических заболеваний

3) низкое содержание фторида в питьевой воде

4) высокое содержание фторида в питьевой воде

824. ЗНАЧЕНИЕ РН ЗУБНОГО НАЛЕТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 5,5

2) 6,5

3) 7,0

4) 8,0

1. ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ УГЛЕВОДОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ

ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ СОЗДАНИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) частота приема сахара

2) форма приема сахара

3) количество принятого сахара

4) тип принятого сахара

1. ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ВСТРЕЧАЕТСЯ НА

ЗУБАХ

1) временных и постоянных

2) чаще временных

3) временных

4) постоянных

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР

1) 2% раствор метиленового синего

2) Шиллера-Писарева

3) 5% спиртовой раствор йода

4) эритрозина

828. РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

1) при кариесе в стадии пятна

2) при глубоком кариесе

3) при осложненном кариесе

4) при среднем кариесе

1. ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) покрытие зубов фторлаком

2) прием таблеток фторида натрия

3) фторирование молока

4) фторирование питьевой воды

1. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДОВ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА – ЭТО

1) питьевая вода

2) лекарства

3) воздух

4) пищевые продукты

1. ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1,0 мг/л

2) 0,2 мг/л

3) 0,5 мг/л

4) 1,8 мг/л

832. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,05% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

1) ежедневно

2) 1 раз в неделю

3) 1 раз в 2 недели

4) 1 раз в полгода

1. ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

1) временных и постоянных

2) временных

3) постоянных

4) только временных

1. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ

ФТОРПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

1) средний, высокий, очень высокий

2) низкий

3) низкий, средний, высокий

4) очень низкий, низкий, средний

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОГЕННЫХ

МЕТОДОВ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА В СОЧЕТАНИИ С ЭКЗОГЕННЫМИ МЕТОДАМИ

1) да

2) нет

3) не имеет значения

4) только в период созревания эмали

836. ТАБЛЕТКИ ФТОРИДА НАТРИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ДАВАТЬ ДЕТЯМ

1) каждый день

2) через день

3) 1 раз в неделю

4) 2 раза в неделю

1. ПЕРИОД АКТИВНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

1) через 2-3 года

2) сразу

3) через 5-6 лет

4) к 14 годам

1. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОКАЗАНО ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

1) сразу

2) через 2-3 года

3) в течение всей жизни

4) через 4-6 лет

1. ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ

1) 6-8 лет

2) 10-11 лет

3) 12-13 лет

4) до 14 лет

1. КАКОЙ ТИП ГЕРМЕТИКОВ ХОРОШО ВИДЕН ПРИ ОСМОТРЕ

1) опаковый

2) прозрачный

3) значения не имеет

4) прозрачный и опаковый

831. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЗУБОВ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) Fissurit F

2) Revolution

3) Ketac-Molar

4) Эвикрол

1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

1) микроорганизмы зубного налета и простые углеводы пищи

2) избыточное содержание фтора в окружающей среде

3) воспалительный процесс в развивающемся фолликуле

4) механическая травма развивающегося фолликула

1. НЕПРЕМЕНННЫМИ СВОЙСТВАМИ ИСТИННЫХ ГЕРМЕТИКОВ ДОЛЖНЫ БЫТЬ

1) устойчивость к истиранию

2) выраженная опаковость

3) хорошая текучесть

4) прозрачность

1. ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ

1) кальций и фтор

2) только фтор

3) только кальций

4) литий

1. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ МЕТОДА

1) реминерализующей терапии

2) чистки зубов гигиеническими пастами

3) герметизации фиссур композитами

4) нет правильного ответа

836. В СОСТАВ ГИДРОКСИАПАТИТА НЕ ВХОДИТ ЭЛЕМЕНТ

1) F

2) Са

3) Р

4) О

1. ДЛЯ УСВАИВАНИЯ ОРГАНИЗМОМ КАЛЬЦИЯ НЕОБХОДИМ ВИТАМИН

1) D

2) А

3) B

4) C

1. ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ - ЭТО ПАТОЛОГИЯ ЗУБОВ, ВОЗНИКАЮЩАЯ

1) до прорезывания зубов

2) после прорезывания зубов

3) до и после прорезывания зубов

4) нет правильного ответа

1. ФЛЮОРОЗ - ЭТО ПАТОЛОГИЯ ЗУБОВ, ВОЗНИКАЮЩАЯ

1) до прорезывания зубов

2) после прорезывания зубов

3) до и после прорезывания

4) нет правильного ответа

1. ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ - ЭТО ПАТОЛОГИЯ ЗУБОВ, ВОЗНИКАЮЩАЯ

1) после прорезывания зубов

2) до прорезывания зубов

3) до и после прорезывания

4) нет правильного ответа

841. С ПОМОЩЬЮ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1) начальный кариес

2) флюороз

3) системную гипоплазию

4) флюороз и гипоплазию

1. КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТЬ - ЭТО

1) устойчивость к действию кариесогенных факторов

2) устойчивость к действию кислот

3) устойчивость к действию щелочей

4) устойчивость к действию кислот и щелочей

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И

ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА НУЖНО ЗНАТЬ

1) КПУ

2) РМА

3) CPITN

4) ИДЖ

1. ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭМАЛИ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного

2) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного

3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

4) нет правильного ответа

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА

1) витальное окрашивание

2) ЭОД и рентгенография

3) рентгенография и термодиагностика

4) термодиагностика и трансиллюминационный метод

846. МЕТИЛЕНОВЫЙ СИНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) для диагностики очаговой деминерализации

2) КПУ

3) КПИ

4) РМА

1. КУТИКУЛА ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа

2) производное гликопротеидов слюны

3) скопление микроорганизмов и углеводов

4) скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами

1. ЗРЕЛЫЙ ЗУБНОЙ НАЛЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОДЕРЖИТ МИКРООРГАНИЗМЫ

1) анаэробные

2) аэробные

3) аэробные и анаэробные

4) нет правильного ответа

1. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) слюна

2) десневая жидкость

3) слюна и десневая жидкость

4) реминерализирующие растворы

1. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) десневая жидкость

2) слюна

3) слюна и десневая жидкость

4) реминерализирующие растворы

851. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КОЛИЧЕСТВА МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА В

ПОЛОСТИ РТА – РН СЛЮНЫ

1) смещается в кислую сторону

2) смещается в щелочную сторону

3) остается без изменений

4) становится нейтральным

1. У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) Федорова-Володкиной

2) Грина-Вермиллиона

3) РНР

4) КПУ(п)

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТ

1) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов

2) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов

3) язычные поверхности первых постоянных моляров

4) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЕТ

1) по локализации

2) по кариесогенности

3) по интенсивности

4) по толщине

1. РНР – ЭТО ИНДЕКС

1) эффективности гигиены полости рта

2) упрощенный гигиены полости рта

3) папиллярно-маргинально-альвеолярный

4) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

856. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР ОКРАШИВАЮТ ЯЗЫЧНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ СЛЕДУЮЩИХ ЗУБОВ

1) 36, 46

2) 16, 26

3) 16, 46

4) 16, 36

1. ИНФОРМАЦИЮ О НАЛИЧИИ ЗУБНОГО КАМНЯ ДАЕТ ИНДЕКС

1) ИГР-У

2) КПУ

3) РНР

4) Федорова-Володкиной

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ГРИНА-ВЕРМИЛЛИОНА ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

1) 16, 11, 26, 36, 31, 46

2) 43, 42, 41, 31, 32, 33

3) 16, 12, 24, 36, 32, 44

4) 16, 26, 36, 46

1. ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА РН РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

1) снижается

2) увеличивается

3) не изменяется

4) становится нейтральным

1. РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ

1) после прорезывания первого временного зуба

2) с 1 года

3) с 2 лет

4) с 3 лет

861. ПРИ ЧИСТКЕ ЗУБОВ ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДОЛЖНА ОХВАТЫВАТЬ ЗУБЫ

1) 2-2,5 рядом стоящих

2) 1-1,5 рядом стоящих

3) одного сегмента

4) нет правильного ответа

1. ЗУБНАЯ ЩЕТКА ПОДЛЕЖИТ ЗАМЕНЕ В СРЕДНЕМ 1 РАЗ В

1) 3 месяца

2) 1 месяц

3) 6 месяцев

4) 12 месяцев

1. ХРАНИТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ

1) в стакане рабочей частью вверх

2) в стакане рабочей частью вниз

3) в футляре

4) в дезинфицирующем растворе

1. ОЧИЩАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ

1) абразивными

2) связующими

3) ароматизирующими

4) БАВ

1. В КАЧЕСТВЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТОВ В СОСТАВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ

1) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид

2) фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа

3) фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

4) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция

866. УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1) воспалительных заболеваний пародонта

2) флюороза

3) местной гипоплазии

4) зубочелюстных аномалий

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ МЕРОПРИЯТИЕ

1) пломбирование кариозных полостей

2) контролируемую чистку зубов

3) удаление над- и поддесневого зубного камня

4) нет правильного ответа

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

1) 2 раза в год

2) 1 раз в год

3) 1 раз в 3 года

4) 1 раз в 2 года

1. СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПАСТАХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СВОБОДНУЮ ПРОДАЖУ, НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (РРM)

1) 1500

2) 500

3) 1000

4) 2000

870. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ОТНОШЕНИИ

ПОВЫШЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ

1) врач

2) родители

3) дети

4) учащиеся

1. ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

1) средней жесткости

2) мягкую

3) жесткую

4) очень жесткую

1. ЗУБОЧИСТКИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ

1) дерева и пластмассы

2) пластмассы

3) гуттаперчи

4) силикона

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА С ЗОНЫ ЭКВАТОРА АПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) флоссы

2) монопучковые зубные щетки

3) зубные ершики

4) лечебно-профилактические зубные щетки

1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОСТАТКОВ ПИЩИ ИЗ МЕЖЗУБНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) флосс и зубочистку

2) гигиеническую зубную щетку

3) лечебно-профилактическую зубную щетку

4) жевательную резинку

875. ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ

1) мягкие

2) очень мягкие

3) жесткие

4) средней жесткости

1. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРЕДМЕТАМ ГИГИЕНЫ ОТНОСИТСЯ

1) зубные ершики

2) зубные щетки

3) зубные порошки

4) зубные пасты

1. ЗАКРУГЛЕНИЕ КОНЧИКОВ ЩЕТИНОК ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ

1) снижение вероятности травмирования десны щетиной

2) уменьшение вероятности обсеменения зубной щетки микроорганизмами

3) уменьшение абразивного воздействия на зубы

4) нет правильного ответа

1. СИЛОВОЙ ВЫСТУП В КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ЩЕТОК СЛУЖИТ ДЛЯ

1) чистки дистальных поверхностей жевательной группы зубов

2) осуществления массажа десны

3) более эффективной чистки жевательной поверхности

4) определения срока службы щетки

1. МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) профессиональная гигиена полости рта

2) кюретаж пародонтальных карманов

3) местная противовоспалительная терапия

4) шинирование подвижных зубов

880. ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ

1) о стоматологической заболеваемости населения

2) об имеющемся персонале и материальных ресурсах

3) о состоянии окружающей среды

4) о динамике демографических процессов в регионе

1. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ НАЦИОНАЛЬНОЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОДИН РАЗ В

1) 5 лет

2) год

3) 2 года

4) 3 года

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОБСЛЕДУЮТ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 35-44

2) 18-25

3) 25-30

4) 30-40

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) кпу (з)

2) КПУ(з) и кпу(з)

3) КПУ(з)

4) ИГР-У

884. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) КПУ(з) и кпу(з)

2) кпу (з)

3) КПУ(з)

4) ИГР-У

1. СРI – ЭТО ИНДЕКС

1) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ

2) интенсивности кариеса зубов

3) эффективности гигиены полости рта

4) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

1. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_ ЛЕТ

1) 12

2) 6

3) 15

4) 35-44

1. КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ \_\_\_ЛЕТ

1) 35-44

2) 6

3) 12

4) 15

1. ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ

1) механическим

2) химическим

3) трофическим

4) физическим

1. ЦЕЛЬЮ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) формирование стойких привычек здорового образа жизни

2) формирование знаний о заболевании

3) формирование знаний о здоровой пище

4) формирование знаний о структуре здравоохранения

1. К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНОГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) выпуск брошюр, плакатов

2) лекции с населением

3) беседы с населением

4) личные советы пациенту

891. ФАКТОР, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА

1) токсикоз

2) наличие очагов деминерализации эмали

3) изменение минерального состава слюны

4) чрезмерное употребление соленой пищи

1. ФАКТОР, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА

1) экстрагенитальная патология

2) мелкое преддверие полости рта у матери

3) снижение минерализирующего потенциала слюны

4) недостаток поступления фторида в организм

1. ФАКТОР, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА

1) заболевание новорожденного

2) ранний прикорм

3) грудное вскармливание до 1 года

4) поступление фторида в организм ребенка в оптимальной дозировке

894. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) низкое содержание фторидов в питьевой воде

2) плохая гигиена полости рта

3) наследственное нарушение развития эмали и дентина

4) перенесенные на первом году жизни инфекционные заболевания

1. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ С

1) начала периода минерализации зачатков

2) момента прорезывания 1 зуба

3) момента рождения ребенка

4) момента прорезывания 52, 51, 61, 62

1. ДЕТЯМ ДО 4 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

1) гигиенические

2) содержащие ангтисептики

3) содержащие ферменты

4) отбеливающие

1. ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ НЕОБХОДИМО

1) после прорезывания первых временных зубов

2) при прорезывании постоянных зубов

3) с года

4) с трех лет

1. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) занятие по обучению гигиене полости рта

2) издание научно-популярной литературы

3) издание рекламных буклетов

4) проведение выставок

899. В МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НЕ ВХОДИТ

1) лечение стоматологических заболеваний

2) лекции

3) уроки здоровья

4) беседы с детьми и родителями

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТ

1) методику витального окрашивания 2% р-р метиленового синего

2) определение индекса РМА

3) определение ТЭР-теста

4) определение КОСРЭ-теста

1. ПОРАЖЕНИЕ ВСЕЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ, УГЛОВ РТА И ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ХЕЙЛИТЕ

1) атопическом

2) гландулярном

3) эксфолиативном

4) ангулярном

1. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

1) диету с исключением аллергенов

2) антигрибковую терапию

3) антибактериальную терапию

4) противовирусную терапию

903. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1) применении аппликации геля R.O.C.S. medical minerals

2) аппликации раствора нитрата серебра

3) аппликации раствора Шиллера-Писарева

4) аппликации 0,005 % раствора хлоргексидина

1. ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПОКАЗАНО

1) произвести репозицию, фиксацию, наблюдение (рентгенография, ЭОД)

2) зуб удалить

3) исключить нагрузки, наблюдение

4) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб

1. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА К МЕХАНИЧЕСКИМ, ХИМИЧЕСКИМ И ТЕМПЕРАТУРНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ

1) гиперестезия

2) гипоплазия

3) флюороз

4) периодонтит

1. ЗУБ 63 ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В \_\_\_\_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ

1) 16-20

2) 18-22

3) 20-24

4) 22-26

1. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 71 НАЧИНАЕТСЯ В

1) 4 года

2) 5 лет

3) 3 года

4) 2 года

1. ЗУБ 24 ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В \_\_\_\_ ЛЕТ

1) 10-11

2) 6-7

3) 8-10

4) 11-12

909. ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 4)6 ПРОИСХОДИТ В \_\_\_\_ЛЕТ

1) 9-10

2) 6-7

3) 7-8

4) 8-9

1. РЕБЁНОК МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ

О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА \_\_\_\_\_\_ ЛЕТ

1) 15

2) 14

3) 16

4) 18

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЁНКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ НАЧИНАЮТ С

1) выявления причины обращения

2) внешнего осмотра

3) осмотра полости рта

4) анализа рентгеновских снимков

1. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ

ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И

РАЗМЯГЧЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА В ВИДЕ ПОЛОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) кариес

2) гипоплазия эмали

3) эрозия эмали

4) очаговая деминерализация эмали

913. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА

1) резцы верхней и нижней челюсти бочкообразной формы с полулунной вырезкой на режущем крае

2) постоянные моляры имеют слаборазвитые конвергирующие бугры, коронка имеет конусовидную форму

3) дефект эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном

4) единичные меловидные пятна на вестибулярной поверхности зубов

1. ЗУБЫ ФУРНЬЕ

1) резцы верхней и нижней челюсти бочкообразной формы

2) постоянные моляры имеют слаборазвитые конвергирующие бугры, коронка имеет конусовидную форму

3) дефект эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном

4) единичные меловидные пятна на вестибулярной поверхности зубов

1. ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИМЕНЯЮТ

1) цинк-эвгеноловую пасту

2) фосфат цемент

3) эндодент

4) гуттаперчевые штифты

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ

МОЛЯРОВ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

1) девитальной ампутации

2) витальной экстерпации

3) девительной экстерпации

4) биологический

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

1) глубокой ампутации

2) девитальной ампутации

3) девительной экстерпации

4) биологический

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПЕРИОДА ПРИКУСА

1) временного

2) постоянного

3) глубокого

4) перекрестного

1. СИММЕТРИЧНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) системной гипоплазии

2) очаговой деминерализации эмали

3) местной гипоплазии

4) флюороза

1. ИЗМЕНЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ В ОЧАГЕ

ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ ПОМОЩИ ОКРАШИВАНИЯ РАСТВОРОМ

1) метиленового синего 2%

2) толуидина голубого

3) Шиллера-Писарева

4) эритрозина

921. КОЛИЧЕСТВО ОКРАШИВАЕМЫХ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА–ВОЛОДКИНОЙ СОСТАВЛЯЕТ

1) 6

2) 4

3) 5

4) 2

1. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПО УЛУЧШЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) снижение величины гигиенических индексов

2) повышение величины гигиенических индексов

3) снижение индекса КПУ

4) повышение индекса КПУ

1. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНОВ НАЗЫВАЕТСЯ

1) распространенностью

2) интенсивностью

3) количественным анализом

4) качественным анализом

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) CPI

2) КПУ

3) ИГР-У

4) КПУ+кп

1. КОМПЛЕКС МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕН НА

1) предупреждение возникновения заболевания

2) предупреждение осложнений возникшего заболевания

3) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы

4) предупреждение возникновения осложнений и восстановление функции

926. К МЕТОДАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

ОТНОСЯТСЯ

1) семинары

2) памятки

3) плакаты

4) видеофильмы

1. К СРЕДСТВАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) рекламные ролики на радио и ТВ

2) беседы

3) лекции

4) уроки здоровья

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ

ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) игры

2) лекции

3) семинары

4) беседы

1. ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-15 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ

ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) уроки здоровья

2) журналы

3) видеофильмы

4) игры

930. К ОБЪЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) показатель стоматологического статуса

2) анкетирование

3) тестирование

4) беседа

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1) уроки здоровья

2) памятки

3) плакаты

4) журналы

1. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) зубные щетки

2) зубочистки

3) ополаскиватели

4) флоссы

1. ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА УДАЛЕНИЕ

ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С АПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) флосса

2) щеточки для языка

3) монопучковой щетки

4) обычной зубной щетки

1. УДАЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ И МЯГКИХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ПРИ

ПОМОЩИ УЗ-НАКОНЕЧНИКА И AIR-FLOW ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

1) профессиональным

2) индивидуальным

3) личным

4) смешанным

935. УДАЛЕНИЕ НАДДЕСНЕВЫХ И ПОДДЕСНЕВЫХ ТВЕРДЫХ

ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ПРИ ПОМОЩИ УЗ-НАСАДКИ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

1) профессиональной гигиены

2) индивидуальной гигиены

3) чистки зубов

4) лечения пародонтитов

1. ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

1) снижающие повышенную чувствительность эмали зубов

2) используемые при нарушении слюноотделения

3) увеличивающие проницаемость эмали

4) препятствующие отложению зубного налета

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ

РТА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

1) пластмассовые

2) стальные

3) титановые

4) кобальтохромовые

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ ГАЛЬВАНИЗМА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление протезов и пломб из однородного металла.

2) изготовление протезов и пломб из разных материалов

3) изготовление съемных протезов с металлическими элементами

4) применение амальгам и золотых вкладок

939. СИЛАНТЫ – ЭТО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

1) герметизации фиссур

2) пломбирования каналов зуба

3) лечении пульпитов

4) лечения периодонтитов

1. РЕМОДЕНТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

1) 3

2) 5

3) 7

4) 2

**Примечание:** правильный ответ во всех тестовых заданиях располагается первым.

**ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

1. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

1) штифтовой конструкции

2) вкладки

3) полукоронки

4) экваторной коронки

1. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) включенный дефект зубного ряда

2) дефект естественной коронки зуба

3) повышенное стирание зубов

4) пародонтит тяжелой степени

1. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

1) вкладки

2) полукоронки

3) штифтового зуба

4) экваторной коронки

4. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) разрушение коронковой части зуба на уровне десенного края

2) отлом угла режущего края зуба

3) разрушение корня зуба на 1/3

4) кариозная полость I класса по Блэку

1. ПОКАЗАНИЕ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА

1) отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита

2) множественный кариес

3) деформация зубных рядов

4) артроз височно-нижнечелюстного сустава

1. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

1) не касается

2) касается по всей поверхности

3) касается в двух точках

4) касается в одной точке

1. ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

1) седловидная, промывная, касательная

2) промывная, цельнолитая, диаторическая

3) касательная, перекрестная, с гирляндой

4) седловидная, промывная, с гирляндой

1. НЕСЪЕМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

1) физиологическим

2) полуфизиологическим

3) нефизиологическим

4) анатомо-физиологичным

9. БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ ПЕРЕДАЕТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА

1) слизистую оболочку протезного ложа и естественные зубы

2) естественные зубы

3) височно-нижнечелюстной сустав

4) слизистую оболочку полости рта, мышцы

1. ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА

1) разборной гипсовой модели

2) гипсовой модели

3) гипсовом столбике

4) металлическом штампе

1. МИКРОПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ

ФОРМУ ЗУБА И РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕЗ ПЕРЕКРЫТИЯ БУГОРКОВ

1) inlay

2) pinlay

3) onlay

4) overlay

1. ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ ПОЛОСТЬ ЗУБА ОБРАБАТЫВАЮТ ФОСФОРНОЙ КИСЛОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_\_ СЕКУНД

1) 15 секунд

2) 5 секунд

3) 40 секунд

4) 50 секунд

13. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ МОДЕЛИРОВКА ВОСКОМ ПРОИЗВОДИТСЯ НА

1) гипсовой модели

2) гипсовом штампе

3) разборной модели

4) огнеупорной модели

1. ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ

1) цементы

2) репин

3) масляный дентин

4) акриловые пластмассы

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ КЕРАМИЧЕСКУЮ МАССУ НАНОСЯТ НА

1) литой колпачок

2) штампованный колпачок

3) платиновый колпачок

4) штампик из огнеупорного материала

1. ЭФФЕКТ «ШИРОКОЙ» ЛИТОЙ КОРОНКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1) нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака

2) получении оттиска без проведения ретракции десны

3) уточнении пришеечной области воском при моделировании каркаса

4) препарировании зуба без создания уступа

1. РАЗБОРНАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ОТЛИВАЕТСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

1) цельнолитой коронки

2) штампованной коронки

3) бюгельного протеза

4) пластиночного протеза

18. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) препарирование зуба

2) определение цвета керамической облицовки

3) определение центральной окклюзии

4) изготовление временной пластмассовой коронки

1. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБА ПОД КОРОНКУ ПРОВОДЯТ

1) алмазными борами

2) твердосплавными борами

3) карборундовыми фрезами

4) металлическими фрезами

1. КОЛИЧЕСТВО УДАЛЯЕМЫХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПО

ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОД ИСКУССТВЕННУЮ КОРОНКУ ЗАВИСИТ ОТ

1) конструкции коронки

2) фиксирующего материала

3) возраста пациента

4) анатомической формы зуба

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ШТАМПОВАННЫЕ КОРОНКИ КУЛЬТЯ ЗУБА СОЗДАЕТСЯ

1) в форме цилиндра

2) в виде обратного конуса

3) в виде куба

4) с сохраненным экватором зуба

1. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

1) непосредственно в отпрепарированной полости зуба

2) на модели в окклюдаторе

3) на компьютере

4) на модели в артикуляторе

23. ПОСЛЕДНИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ

1) фиксация

2) проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба

3) коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами

4) коррекция контактных пунктов

1. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

1) на разборной гипсовой модели

2) на оттиске

3) на бумаге

4) в полости рта

1. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА НА

ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ ПРИМЕНЯЮТ ВОСК

1) моделировочный для мостовидных протезов

2) базисный

3) липкий

4) лавакс

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ОПТИМАЛЬ-НАЯ ДЛИНА ШТИФТА ОТНОСИТЕЛЬНО ДЛИНЫ КОРНЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) 2/3

2) 1/3

3) ½

4) всю длину корня

27. ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

1) должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм

2) не должен доходить до линии «А» на 5 мм

3) должен заканчиваться на линии «А»

4) должен перекрывать линию «А» на 3-4 мм

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ

РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

1) третьему

2) первому

3) второму

4) четвертому

1. НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1) задняя треть твердого неба

2) альвеолярный отросток

3) область поперечных складок

4) область сагиттального шва

1. СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 3-4 года

2) 10 лет

3) не более 2-х лет

4) не менее 5 лет

31. ГАЗОВАЯ ПОРИСТОСТЬ БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

1) быстрого нагрева кюветы

2) недостаточного сжатия пластмассы

3) быстрого охлаждения кюветы

4) нарушения пропорций полимера и мономера

1. ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) диагональное

2) сагиттальное

3) поперечное

4) вестибуло-оральное

1. ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) поперечное

2) диагональное

3) сагиттальное

4) вестибуло-оральное

1. ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ

К СЪЕМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (В ЧАСАХ)

1) 24

2) 12

3) 48

4) 72

35. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЕМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА

ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБО3)

1) от 1 до 16

2) от 3 до 5

3) от 5 до 10

4) от 6 до 14

1. ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ

1) тестообразной

2) песочной

3) тянущихся нитей

4) резиноподобной

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ

ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ И ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ

1) проверки конструкции съемного протеза

2) припасовки индивидуальной ложки

3) определения центрального соотношения челюстей

4) определения центральной окклюзии

1. ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СНИМАЮТ ОТТИСК С

1) нижней челюсти с протезом

2) нижней челюсти без протеза

3) верхней челюсти без протеза

4) верхней челюсти с протезом

39. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА

1) пластиночного при частичном отсутствии зубов

2) консольного при частичном отсутствии зубов

3) несъемного мостовидного протеза

4) пластиночного при полном отсутствии зубов

1. СЬЕМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ

ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

1) нефизиологичным

2) физиологичным

3) полуфизиологичным

4) анатомо-физиологичным

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

1) линии эстетического центра лица

2) носо-губных складок

3) фильтрума верхней губы

4) крыльев носа

1. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ

1) врачом в полости рта

2) зубным техником на модели

3) врачом на модели

4) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

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

1) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков

2) проходит в пришеечной области (до зубных бугорко3)

3) доходит до экватора сохранившихся зубов

4) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

1. ПРИ НАНЕСЕНИИ ОРИЕНТИРОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ

ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ЛИНИЯ, ОПУЩЕННАЯ ОТ КРЫЛА НОСА, СООТВЕТСТВУЕТ

1) середине клыка

2) медиальной поверхности клыка

3) дистальной поверхности клыка

4) середине первого премоляра

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНУ СОЗДАЮТ УСТУП

1) круговой под углом 90°

2) круговой под углом 135°

3) под углом 135° только с вестибулярной стороны

4) под углом 90° только с вестибулярной стороны

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

1) цилиндра с параллельными стенками

2) с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба

3) в виде конуса

4) в виде обратного конуса

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

1) легкоплавкого сплава

2) нержавеющей стали

3) хромо-кабальтового сплава

4) серебряно-паладиевого сплава

1. СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТИ ЗУБА ПРИ

ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРИВОДИТ К

1) ослаблению фиксации коронки

2) травме пародонта

3) затрудненному положению коронки

4) эстетическому дефекту в области шейки зуба

1. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНЫМ

КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

1) штамповано-паяного

2) любого

3) цельнолитого

4) металлокерамического

1. ПЕРЕД СНЯТИЕМ ДВУХСЛОЙНОГО ОТТИСКА РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ НЕОБХОДИМА, ЧТОБЫ

1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба

2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба

3) остановить кровотечение

4) обезболить десневой край

51. ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

1) выбора пути введения бюгельного протеза

2) определения центральной окклюзии

3) определения методики дублирования модели

4) выбора модели

1. ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

1) до оперативного вмешательства

2) через 3 дня после удаления зубов

3) через 5-7 дней после удаления зубов

4) через 2 недели после удаления зубов

1. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ

1) касательная

2) седловидная

3) промывная

4) диаторическая

1. ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

1) в первые 2-4 часа после удаления зуба

2) в первые 24 часа после удаления зуба

3) на 2-12 сутки

4) через 1-2 месяца

55. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ

КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов

2) повышенному стиранию зубов-антагонистов

3) множественному кариесу

4) флюорозу эмали

1. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА

1) соединение всех элементов кламмера и стабилизирующая функция

2) соединение кламмера с металлическим каркасом

3) фиксирующая функция

4) опорная и удерживающая функции

1. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ

1) передача жевательного давления на пародонт опорных зубов

2) фиксация протеза

3) ретенция протеза

4) опорная и удерживающая функции

1. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

1) ложечкообразную

2) плоскую

3) ласточкина хвоста

4) квадрата

1. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

1) опорную

2) стабилизирующую

3) ретенционную

4) соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

60. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

1) на межбугорковой бороздке премоляров и моляров

2) в области шейки зуба

3) на режущем крае зуба

4) на дентальном бугре клыков

1. ЗОНА РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА

1) гингивальная зона

2) жевательная поверхность

3) экватор

4) окклюзионная зона

1. ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА

1) фиксация протеза

2) шинирование зуба

3) перераспределение жевательной нагрузки

4) опорная

1. ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА,

ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

1) ретенционной

2) поднутрения

3) окклюзионной

4) безопасности

1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ

1) установка модели верхней челюсти в артикулятор

2) запись суставных углов

3) запись движений нижней челюсти

4) запись резцового пути

65. ЗУБНОЙ ПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА

1) искусственная коронка

2) каркас металлопластмассовой коронки

3) культевая вкладка

4) каркас металлокерамической коронки

1. МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ

ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА(ММ)

1) 0,3

2) 0,5 – 1,0

3) 1,0 – 1,5

4) 1,5 – 2,0

1. К КОРОНКАМ ЖАКЕТА ОТНОСЯТСЯ

1) фарфоровая

2) металлокерамическая

3) литая

4) штампованная

1. К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ

1) штампованная, литая

2) металлокерамическая

3) металлоакриловая

4) пластмассовая

1. К КОМБИНИРОВАННОЙ КОРОНКЕ ОТНОСИТСЯ

1) металлокерамическая

2) фарфоровая

3) пластмассовая

4) литая

70. К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

1) фарфоровые, пластмассовые

2) металлокерамические

3) металлоакриловые

4) цельнолитые

1. ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ

1) металлические, неметаллические, комбинированные

2) литые, штампованные

3) штампованные

4) полимеризованные

1. ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

1) опорные, шинирующие, восстановительные

2) металлокерамические, металлопластмассовые

3) литые, полимеризованные

4) пластмассовые, композитные

1. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ

1) штампованные, полимеризованные, литые,

2) пластмассовые, фарфоровые

3) восстановительные, опорные

4) опорные, металлокерамические

1. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ

ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1) искусственной коронкой

2) вкладкой

3) штифтовой конструкцией

4) пломбой

75. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ

ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

1) штифтовой конструкцией

2) пломбой

3) вкладкой

4) искусственной коронкой

1. ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ

1) акриловых пластмасс

2) термопластических масс

3) силиконовых масс

4) альгинатных масс

1. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА – ЭТО

1) металлический колпачок, сверху покрывающийся металлической коронкой

2) фарфоровый колпачок, сверху покрывающийся фарфоровой коронкой

3) пластмассовый колпачок, сверху покрывающийся пластмассовой коронкой

4) пластмассовый колпачок, сверху покрыващийся металлической коронкой

1. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ

ЗУБ ВОССТАНАВЛИВАЮТ

1) штифтовой конструкцией

2) экваторной коронкой

3) полукоронкой

4) съемным протезом

1. ПОЛУКОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЗУБОВ

1) фронтальные зубы и премоляры

2) моляры нижней челюсти

3) моляры верхней челюсти

4) только премоляры

80. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬ-НОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА

1) основывается на пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица

2) является описательным и основан на восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента

3) основывается на определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межокклюзионного промежутка

4) основывается на наличии свободного межокклюзионного промежутка

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С

ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей

2) высоты нижнего отдела лица

3) высоты относительного физиологического покоя

4) жевательной эффективности

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ

ОДНОПОЛОСТНОЙ МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) 6-8°

2) 10-15°

3) 15-20°

4) 20-25º

1. ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА (ММ)

1) 0,2-0,3

2) 0,5-0,6

3) 0,7-0,8

4) 0,9-1,0

84. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬ-НУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП

1) по всему периметру зуба

2) только на небной поверхности зуба

3) на вестибулярной и апроксимальных сторонах

4) только с апроксимальных сторон

1. ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД

ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) 6-8°

2) 10-15°

3) 15-20°

4) 20 - 25º

1. УСТУП ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ

1) 90°

2) 120°

3) 130º

4) 135°

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

1) 1,0-1,5

2) 0,3-0,5

3) 0,5-0,9

4) 0,1-0,2

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

1) 0,3

2) 0,1

3) 0,2

4) 0,8

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

1) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

2) лучшей фиксации коронки

3) уменьшения риска расцементировки коронки

4) повышения устойчивости зуба

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ

1) параллельность

2) конусность 6-8°

3) конусность 15-20°

4) конусность 10-15°

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ

ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ

1) силиконовые

2) альгинатные

3) термопластические

4) твердокристаллические

1. ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

1) силиконовой

2) альгинатной

3) термопластической

4) гипсом

93. ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИИ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) воду комнатной температуры

2) воду с добавлением соли

3) катализатор

4) воду с добавлением соды

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ

1) при значительной конвергенции зубов

2) при отсутствии конвергенции

3) по желанию пациента

4) у пожилых пациентов

1. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ

1) стандартные металлические перфорированные

2) пластмассовые индивидуальные

3) восковые индивидуальные

4) стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

1. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) необходимость значительного укорочения при препарировании

2) при изготовлении штампованных коронок

3) интактные зубы

4) старческий возраст пациентов

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

1) 1,0-1,5

2) 0,5-0,7

3) 2,8-3,0

4) 3,5-3,8

1. АЛЬГИНАТНАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНОК

1) штампованной

2) литой

3) металлопластмассовой

4) металлокерамической

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ С БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СОШЛИФОВКУ

1) соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр

2) на толщину материала коронки

3) только экватор

4) формируя конус 9-10º

1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ

1) конвергировать под углом 6-8◦

2) слегка дивергировать

3) быть строго параллельны

4) конвергировать под углом 10-15◦

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

1) 1,8-2,0

2) 0,5-0,9

3) 1,0-1,2

4) 0,2-0,4

102. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ГИПСА ПРИ ЕГО ЗАМЕШИВАНИИ ДОБАВЛЯЕТСЯ

1) поваренная соль

2) сахар

3) спирт

4) тетрабонат натрия (бура)

1. АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА

1) воде

2) воде с добавлением соли

3) теплой воде

4) прилагаемому к материалу катализаторе

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

1) металлопластмассовой

2) штампованной с облицовкой

3) штампованной стальной

4) штампованной золотой

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

1) силиконовую

2) альгинатную

3) цинкооксиэвгеноловую

4) гипс

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

1) силиконовую

2) альгинатную

3) цинкоксиэвгеноловую

4) стенс

107. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ ИЛИ

МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК РАБОЧИЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ

1) силиконовыми массами

2) альгинатными массами

3) гипсом

4) стенсом

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

2) полировка коронки

3) изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

4) моделирование литой коронки

1. ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ

МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) моделирование литой коронки

2) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

3) припасовка литой коронки в полости рта

4) препарирование зуба под литую металлическую коронку

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАС-СОВОЙ КОРОНКИ

1) припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта

2) изготовление разборной комбинированной модели

3) полировка металлопластмассовой коронки

4) моделирование каркаса металлопластмассовой коронки

111. КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИ-ЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) припасовка металлокерамической коронки в полости рта

2) моделирование каркаса металлокерамической коронки

3) глазурование металлокерамической коронки

4) изготовление разборной комбинированной модели

1. ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛО-ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ

1) полировка металлопластмассовой коронки

2) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

3) препарирование зуба под металлопластмассовую коронку

4) припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта.

1. ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИ-ЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) глазурование металлокерамической коронки

2) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

3) припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта

4) припасовка металлокерамической коронки в полости рта

1. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТУПА-СКОСА ПОД УГЛОМ 135º

ГРАДУСОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ КОРОНКИ С ОБЛИЦОВКОЙ НЕОБХОДИМЫ БОРЫ ФОРМЫ

1) торпедовидные

2) шаровидные

3) пикообразные

4) цилиндрические

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

1) концентрированным раствором поваренной соли

2) тѐплой водой

3) содовым раствором

4) раствором перманганата калия

1. ЭТАП ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ВКЛЮЧАЕТ

1) подбор стандартной оттискной ложки

2) изготовление индивидуальной ложки

3) подбор оттискной ложки, при помощи функциональных проб

4) перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня

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

1) лейкопластыря и адгезива

2) обработки краѐв ложки изоколом

3) обработки краев ложки спиртом

4) обработки краѐв ложки перекисью водорода

1. У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

1) давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска

2) замешиваться на воде

3) не растворяться в дезинфицирующем растворе

4) сохранять целостность при выведении из полости рта

1. РАБОЧАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ПО ОТТИСКУ ИЗ АЛЬГИНАТ-НОГО МАТЕРИАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ ОТЛИТА НЕ ПОЗДНЕЕ

1) 15 мин

2) 45 мин

3) 60 мин

4) 24 час

120. НАЗОВИТЕ УСЛОВИЕ, ПРИ КОТОРОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ

1) наличие зубов антагонистов в 3-х функционально-ориентированных группах зубов

2) наличие зубов антагонистов в 2-х функционально-ориентированных группах зубов

3) наличие зубов антагонистов в одной функционально-ориентированной группе зубов

4) патологическая генерализованная горизонтальная стертость, со снижением высоты нижнего отдела лица

1. КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

1) базисного

2) моделировочного

3) липкого

4) бюгельного

1. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ КАРКАСА

МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД НАНЕСЕНИЕМ И ОБЖИГОМ КЕРАМИКИ

1) пескоструйная обработка, обезжиривание каркаса; формирование окисной пленки (обжиг)

2) обезжиривание каркаса; пескоструйная обработка; формирование окисной пленки (обжиг)

3) формирование окисной пленки (обжиг); пескоструйная обработка, обезжиривание

4) пескоструйная обработка; формирование окисной пленки (обжиг); обезжиривание

1. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ

1) силиконовым

2) термопластическим

3) альгинатным

4) твердокристаллическим

124. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИ-ЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ

1) спидексом

2) репином

3) упином

4) гипсом

1. СВЯЗЬ КЕРАМИКИ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) химическая

2) гальваническая

3) механическая

4) биологическая

1. СВЯЗЬ ПЛАСТМАССЫ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОПЛАСТМАС-СОВОЙ КОРОНКИ

1) механическая

2) химическая

3) гальваническая

4) биологическая

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

ПРИМЕНЯЮТСЯ КЕРАМИЧЕСКИЕ МАССЫ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ОБЖИГА (Сº)

1) 850 - 900

2) 560 – 775

3) 775 – 865

4) 350 – 560

128. ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС,

ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) хрупкость

2) раздражающее действие на слизистую оболочку

3) изменение цвета

4) повышенная стираемость

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ ВЫСОКОПРОЧНЫЕ ПЛАСТМАССЫ - ЭТО

1) пиропласт

2) стенс

3) дентафоль

4) дентол

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОБЛИЦОВКИ ПЕРВЫМ СЛОЕМ

КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) грунтовый (опаковый)

2) эмалевый

3) дентинный

4) глазурь

1. ДЛЯ СНЯТИЯ С ЗУБА ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ БОРЫ

1) твердосплавный турбинный

2) карборундовый

3) односторонний алмазный диск

4) колесовидный

132. ТОЛЩИНУ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1) микрометром

2) эстезиометром

3) электромиографом

4) гнатодинаметром

1. СОЗДАНИЕ БОЛЬШОЙ КОНУСНОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПРИВЕДЕТ К

1) расцементировке коронки

2) повреждению десневого края опорного зуба

3) повреждению пародонта опорного зуба

4) отколу керамической массы

1. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

1) парафункция жевательных мышц (бруксизм)

2) бипрогнатический прикус

3) прогенический прикус

4) ортогнатический прикус

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

1) компенсационный лак

2) золотая фольга

3) платиновая фольга

4) легкоплавкий сплав

136. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ С

МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ НАНОСИТСЯ

1) окисная пленка

2) зацепные петли

3) компенсационный лак

4) перлы

1. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ПЛАСТМАСЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ НАНОСИТСЯ

1) перлы

2) компенсационный лак

3) окисная пленка

4) адаптовый колпачок

1. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

1) недостаточная высота коронок естественных зубов

2) плоская форма естественных зубов

3) чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов

4) депульпированные зубы

1. НА ЭТАПЕ ПРИПАСОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ

КОРОНКИ ОБНАРУЖЕНО НЕПЛОТНОЕ ПРИЛЕГАНИЕ КРАЯ КОРОНКИ К ШЕЙКЕ ЗУБА, НЕОБХОДИМО

1) вернуть в лабораторию для переделки коронки

2) провести коррекцию края коронки крампонными щипцами

3) укоротить каркас коронки

4) провести коррекцию края коронки с помощью молоточка и наковальни

140. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) разрушение твѐрдых тканей зуба на уровне десны

2) атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени

3) подвижность корня II – III степени

4) разрушение твѐрдых тканей зуба ниже уровня десневого края до 1/2 длины корня

1. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОМУ МОСТОВИДНОМУ ПРОТЕЗУ

1) восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов, соответствие цвета керамической облицовки цвету естественных зубов

2) погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну

3) плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки

4) исправления аномалий развития зубочелюстной системы

1. НА ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ ЛАБОРАТОРИИ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ

1) гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками

2) гипсовые модели, загипсованные в артикулятор

3) металлический каркас консольного протеза

4) консольный протез с облицовкой

1. КОНСТРУКЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

НЕСЪЕМНОГО МОСТОВИДНОГО МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) керамические массы

2) воск

3) слепочные массы

4) гипс

144. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

1) большая протяженность дефекта зубного ряда

2) прогенический прикус

3) перекрестный прикус

4) прямой прикус

1. ОККЛЮДАТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ

1) только вертикальные движения нижней челюсти

2) сагиттальные и боковые движения нижней челюсти

3) сагиттальные, боковые и вертикальные движения нижней челюсти

4) только сагиттальные движения нижней челюсти

1. АРТИКУЛЯТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ

1) сагиттальные, боковые и вертикальные движения нижней челюсти

2) только боковые движения нижней челюсти

3) только вертикальные движения нижней челюсти

4) сагиттальные и вертикальные движения нижней челюсти

1. К ТВЁРДОКРИСТАЛИЗУЮЩИМСЯ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

1) гипсы

2) С – силиконы

3) А – силиконы

4) тиоколовые

1. К ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИМ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

1) стенс

2) спидекс

3) репин

4) гипс

149. К АЛЬГИНАТНЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСЯТСЯ

1) репин

2) сиэласт

3) спидекс

4) тиодент

1. К СИЛИКОНОВЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСЯТСЯ

1) спидекс

2) масса Керра

3) стомальгин

4) гипс

1. К ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЕМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ

1) постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу

2) коррекция протеза

3) получение оттисков

4) проверка конструкции протеза

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЕМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

1) проверка конструкции протеза, коррекция протеза

2) замена воска на пластмассу,

3) постановка искусственных зубов

4) шлифовка и полировка готового протеза

153. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРОВЕРКИ

КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

1) замена воска на пластмассу

2) постановка искусственных зубов

3) изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

4) определение центральной окклюзии

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

1) постановка искусственных зубов

2) замена воска на пластмассу

3) отделка протеза

4) изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

1. ПОСЛЕ ЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ПОТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП

1) проверка конструкции протеза

2) коррекция протеза

3) определение центральной окклюзии

4) получение оттисков

1. ОТРОСТОК УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ

1) по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами

2) между экватором и окклюзионной поверхностью

3) на вестибулярной поверхности зуба

4) между экватором и десной

157. УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР СОСТОИТ ИЗ

1) плеча, тела, отростка

2) отростка, окклюзионной накладки

3) окклюзионной накладки, ответвления

4) ответвления, тела, окклюзионной накладки

1. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩИЙСЯ В КОНТАКТЕ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) плечо

2) тело

3) отросток

4) окклюзионная накладка

1. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

1) отросток

2) плечо

3) тело

4) дуга

1. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ УДЕРЖИВАЕТСЯ НА ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ

1) кламмеров

2) пластмассовых зубов

3) базиса

4) фарфоровых зубов

1. С ПОМОЩЬЮ КРАМПОНОВ, В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА УДЕРЖИВАЮТСЯ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ

1) фарфоровые

2) пластмассовые

3) литые

4) композитные

162. ПРОТЕЗНЫМ ЛОЖЕМ ДЛЯ БАЗИСА ПРОТЕЗА НА В/Ч ЯВЛЯЮТСЯ

1) слизистая оболочка альвеолярного отростка, твѐрдого нѐба, частично небная поверхность сохранившихся зубов

2) слизистая оболочка альвеолярного отростка

3) слизистая оболочка альвеолярного отростка и мягкого нѐба

4) слизистая оболочка альвеолярного отростка, твердого и мягкого нѐба

1. НАРУЖНЫЙ КРАЙ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ

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

2) с небной стороны перекрывая боковые зубы на 2/3

3) с небной стороны перекрывая передние зубы на 1/3

4) альвеолярные бугры верхней челюсти

1. ГРАНИЦЫ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ

ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕКРЫВАЮТ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗУБЫ С НЕБНОЙ СТОРОНЫ НА

1) 1/3

2) 1/2

3) 2/3

4) 3/4

1. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ

1) перекрывая коронки зубов на 2/3

2) не касаясь зубов

3) по середине коронки зубов

4) перекрывая коронки зубов на 1/3

166. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НЕБНОЙ СТОРОНЫ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ

1) перекрывая коронковую часть зубов на 2/3

2) не касаясь зубов

3) в пришеечной области зубов

4) перекрывая коронковую часть зубов на 1/3

1. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

1) химическим соединением с жестким акриловым базисом протеза

2) повышенной степенью твердости

3) длительным сохранением эластичности

4) незначительной степенью усадки

1. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

1) потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора

2) длительны сохранением эластичности

3) незначительной степенью усадки

4) повышенной степенью твердости

1. ПРОМЫШЛЕННЫЙ ВЫПУСК АКРИЛОВЫХ ПОДКЛАДОЧНЫХ

МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

В ВИДЕ

1) полимера, мономера

2) пасты, катализатора и подслоя (праймер1)

3) основной и катализаторной масс

4) пластин, армированных металлическими сетками

170. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ МАТЕРИАЛОМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) термопластические массы

2) пластмассы

3) керамические массы

4) металлические сплавы неблагородных металлов

1. ПАРАЛЛЕЛОМЕТР – АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели

2) податливости слизистой оболочки

3) подвижности слизистой оболочки

4) болевой чувствительности

1. СРОКИ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ПОЗДНЕМ

(ОТСРОЧЕННОМ) ПРОТЕЗИРОВАНИИ

1) через 4 и более недель после удаления зубов

2) через 1-5 дней после удаления зубов

3) до удаления зубов

4) в день удаления зубов, сразу после операции

1. СРОКИ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

1) до удаления зубов

2) через 1-5 дней после удаления зубов

3) через 4 и более недель после удаления зубов

4) в день удаления зубов

1. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАССТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ В/Ч, ЯВЛЯЕТСЯ

1) центр лица

2) уздечка языка

3) уздечка верхней губы

4) уздечка нижней губы

175. ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА ВО

ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО

СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ

1) зрачковой

2) носовой

3) ушной

4) зубной

1. ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА В

БОКОВОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО

1) носо-ушной линии

2) линии смыкания губ

3) линии волосистой части головы

4) линии нижних зубов

1. ЛИНИЯ УЛЫБКИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ В/Ч, ПРОВОДИТСЯ ПО ВОСКОВОМУ ВАЛИКУ НА УРОВНЕ

1) красной каймы верхней губы при улыбке

2) середины альвеолярного отростка верхней челюсти

3) красной каймы нижней губы при улыбке

4) по линии смыкания губ

1. ЛИНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СООТВЕТСТВУЕТ

1) линии между центральными резцами

2) носо-ушной линии

3) строго середине кончика носа

4) уздечке верхней губы

179. ЛИНИЯ КЛЫКОВ НА ВОСКОВОМ БАЗИСЕ С ОККЛЮЗИОННЫМ ВАЛИКОМ ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ ПЕРПЕНДИКУЛЯРА, ОПУЩЕННОГО ОТ

1) наружного края крыла носа

2) зрачка глаза

3) наружного угла глаза

4) внутреннего угла глаза

1. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ЛИНИЕЙ «УЛЫБКИ» И КРАЕМ ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ОПРЕДЕЛЯЕТ

1) высоту центральных резцов верхней челюсти

2) ширину центральных резцов верхней челюсти

3) положение верхней губы

4) высоту нижнего отдела лица

1. ОККЛЮЗИОННЫЙ ВАЛИК ВОСКОВОГО БАЗИСА ДОЛЖЕН БЫТЬ В ММ

1) шире естественных зубов на 1-2

2) равный ширине естественных зубов

3) шире естественных зубов на 5-6

4) уже естественных зубов

1. ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ВОСКОВОГО БАЗИСАПО

ОТНОШЕНИЮ К ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ СОХРАНИВШИХСЯ ЗУБОВ МОЖЕТ

1) быть выше уровня на 1-2 мм

2) находиться на уровне

3) быть ниже уровняна 1-2 мм

4) быть ниже уровня на 3-4 мм.

183. ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ

ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ

ЭТАПА

1) определения центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей

2) постановки зубов

3) проверки конструкции протеза

4) припасовки и наложения протеза

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В КЛИНИКУ ПОСТУПАЮТ ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ

1) с восковыми базисами и окклюзионными валиками

2) зафиксированные в артикуляторе

3) зафиксированные в окклюдаторе

4) с восковыми базисами и искусственными зубами

1. ВОСКОВОЙ БАЗИС С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ, ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ, ДОЛЖЕН

1) плотно прилегать к протезному ложу, соответствовать границам базиса протеза, с учетом высоты и ширины зубов

2) плотно прилегать к протезному ложу, с расположением окклюзионного валика ниже естественных зубов

3) соответствовать границам базиса протеза, с расположением окклюзионного валика на уровне естественных зубов

4) иметь окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов

1. ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБОВ В ДВУХ

ФУНКЦИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ ГРУППАХ, ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

1) восковых базисов с окклюзионными валиками

2) периодонтометра

3) окклюзиометра

4) лицевой дуги

187. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ АНТОГОНИСТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1) центральное соотношение челюстей

2) центральную окклюзию

3) переднюю окклюзию

4) боковую окклюзию правую

1. ОРИЕНТИРОМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИШЕЕЧНОЙ ЧАСТИ

ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЕМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) линия улыбки

2) перегородка носа

3) уздечка верхней губы

4) фильтрум верхней губы

1. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ОРИЕНТИР ДЛЯ ПОДБОРА

ФРОНТАЛЬНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ШИРИНЕ В СЪЕМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ

1) центральная линия и линия, проходящая через наружный край крыла носа

2) углы рта

3) уздечка верхней губы

4) линия улыбки

1. БОЛЬШАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ

1) диагонально

2) трансверзально

3) сагиттально

4) парасагиттально

191. ПРИ ФИКСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ОККЛЮЗИОННЫЕ ВАЛИКИ ВОСКОВЫХ БАЗИСОВ НАНОСЯТ

1) размягченный воск и насечки

2) гипс

3) копировальную бумагу

4) альгинатную массу

1. КЛАММЕРНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ЭТО – РАЗНОВИДНОСТЬ

1) механической фиксации

2) анатомической ретенции

3) биологической фиксации

4) биофизической фиксации

1. МЕХАНИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

1) телескопическими коронками

2) когезией

3) анатомической ретенцией

4) адгезией

1. К АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕТЕНЦИИ ОТНОСЯТСЯ

1) выраженность альвеолярных бугорков, свода нѐба, высота альвеолярного отростка

2) когезия

3) адгезия

4) телескопическая фиксация

1. ПО ФУНКЦИИ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

1) удерживающие, опорно-удерживающие

2) круглые, полукруглые

3) гнутые, литые

4) зубо-десневые, надесневые, назубные

196. ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА ЗУБА КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

1) одноплечие, двуплечие

2) гнутые, литые

3) удерживающие, опорно-удерживающие,

4) круглые, полукруглые

1. ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

1) зубо-десневые, надесневые, назубные

2) гнутые, литые

3) круглые, полукруглые

4) удерживающие, опорно-удерживающие

1. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

1) гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные

2) круглые, полукруглые

3) назубные, надесневые, зубо-десневые

4) удерживающие, опорно-удерживающие

1. ПО ПРОФИЛЮ СЕЧЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

1) круглые, полукруглые, ленточные

2) гнутые, литые

3) назубные, надесневые

4) удерживающие, опорно-удерживающие

1. ДИАМЕТР УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (ММ)

1) 0,8 - 1,2

2) 0,1 - 0,5

3) 1,4 - 1,9

4) 2 - 2,5

201. ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА РАВНОМЕРНО КАСАЕТСЯ ЗУБА И РАСПОЛАГАЕТСЯ

1) между экватором и пришеечной частью зуба

2) на окклюзионной поверхности зуба

3) между окклюзионной поверхностью зуба и экватором

4) на экваторе

1. ДИАГОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

1) на верхней челюсти

2) на нижней челюсти

3) на верхней и нижней челюстях

4) при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)

1. ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

1) на нижней челюсти

2) на верхней челюсти

3) на верхней и нижней челюстях

4) при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди) на верхнейчелюсти

1. САГИТТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

1) на верхней и нижней челюстях

2) только на верхней челюсти

3) только на нижней челюсти

4) при «болтающемся гребне» на верхней челюсти

205. ТОЧЕЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

1) одном

2) двух

3) трех

4) четырех

1. ЛИНЕЙНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

1) двух

2) одного

3) трех

4) четырех

1. КЛАММЕРНАЯ ЛИНИЯ ЭТО – ВООБРАЖАЕМАЯ ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ

1) между зубами, на которых расположены кламмера протеза

2) по средней линии лица

3) между резцовой точкой и вершиной дистального щѐчного бугра 7 зуба на нижней челюсти

4) по альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти

1. СДВОЕННЫЙ КЛАММЕР АККЕРА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) Бонвиля

2) Роуча

3) круговой

4) обратного действия

1. ИЗГОТОВЛЕНИЕ УДЕРЖИВАЮЩИХ КЛАММЕРОВ СЪЁМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

1) моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов

2) отливки гипсовых моделей

3) замены воска на пластмассу

4) шлифовки и полировки

210. ЗАМКОВОЕ КРЕПЛЕНИЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА, ЭТО – РАЗНОВИДНОСТЬ

1) механической фиксации

2) анатомической ретенции

3) биофизическая фиксация

4) биомеханической фиксации

1. БАЛОЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА, ЭТО – РАЗНОВИДНОСТЬ

1) механической фиксации

2) анатомической ретенции

3) биофизической фиксации

4) биомеханическая фиксации

1. ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ

1) повысить эстетику

2) уменьшить рвотный рефлекс

3) улучшить дикцию

4) улучшить гигиену полости рта

1. ДЛЯ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ НА ОПОРНЫЙ ЗУБ ПРИ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА, ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СО СТОРОНЫ

1) медиальной

2) вестибулярной

3) оральной

4) дистальной

214. ПЛЕЧИ ЛИТОГО КЛАММЕРА АККЕРА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

1) удерживающую, опорную и стабилизирующую

2) опорную

3) направляющую

4) удерживающую

1. ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ИЗ

1) свинца

2) меди

3) олова

4) платины

1. ИЗОЛЯЦИЯ ЭКЗОСТОЗОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1) свинцовой пластины

2) пластмассы

3) гипса

4) воска

1. ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

1) моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов

2) отливки гипсовых моделей

3) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

4) отделки, шлифовки и полировки

218. ИЗОЛЯЦИЯ КОСТНЫХ ВЫСТУПОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

1) изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов

2) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

3) отливки гипсовых моделей

4) отделки, шлифовки и полировки

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА

«ПРИТОЧКЕ» В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) «короткая» верхняя губа

2) чрезмерная выраженность альвеолярной части нижней челюсти

3) чрезмерная выраженность торуса

4) выраженная уздечка нижней губы

1. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В АРТИКУЛЯТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ

1) центральная, передние, боковые

2) только передние, центральная

3) только боковые левые, боковые правые

4) только центральная

1. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В ОККЛЮДАТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ

1) центральная

2) боковые правые

3) передние, центральная

4) боковые левые

222. ПРИ ВНЕРОТОВОМ ЭТАПЕ ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ

ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ (ИЛИ ТОЧНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ)

1) соответствия цвета зубов

2) границ протезов

3) постановки искусственных зубов

4) положения кламмеров

1. ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В ПРЯМОМ

КОНТАКТЕ ЩЕЧНЫХ БУГОРКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) прикусыванию щек

2) повышенному рвотному рефлексу

3) ощущению инородного тела

4) нарушению дикции

1. ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ТОРУСА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) балансу протеза

2) прикусыванию щек

3) чрезмерному выделению слюны

4) нарушению эстетики

1. ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ЭКЗОСТОЗОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) травматическому повреждению слизистой оболочки

2) прикусыванию щек

3) нарушению эстетики

4) нарушению дикции

226. УДЛИНЕНИЕ ГРАНИЦЫ БАЗИСА ПРОТЕЗА ПО ЛИНИИ «А» МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) рвотному рефлексу и ощущению инородного тела

2) нарушению эстетики

3) прикусыванию щек

4) нарушению дикции

1. БЫСТРОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ КЮВЕТЫ НА ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАМЕНЫ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

1) внутреннего напряжения

2) пористости сжатия

3) гранулярной пористости

4) газовой пористости

1. БЫСТРЫЙ ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ

БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

1) газовой пористости

2) гранулярной пористости

3) внутреннего напряжения

4) пористости сжатия

1. ПРИ ПОЧИНКЕ ПЕРЕЛОМА БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД ГИПСОВКИ В КЮВЕТУ

1) прямой

2) обратный

3) косвенный

4) индивидуальный

230. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ГРАНУЛЯРНОЙ ПОРИСТОСТИ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) недостаток мономера

2) избыток мономера

3) быстрое охлаждение кюветы

4) быстрый нагрев кюветы

1. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВНУТРЕННЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) быстрое охлаждение кюветы

2) недостаток мономера

3) избыток мономера

4) быстрый нагрев кюветы

1. К БАЗИСНЫМ ПЛАСТМАССАМ ОТНОСИТСЯ

1) фторакс

2) ортосил

3) карбодент

4) редонт

1. МОДЕЛЬ С БЮГЕЛЬНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ЗАМЕНЕ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ ГИПСУЮТ В КЮВЕТУ МЕТОДОМ

1) обратным

2) прямым

3) косвенным

4) комбинированным

234. ИЗЛИШКИ ПЛАСТМАССЫ В ОБЛАСТИ ПРИЛЕГАНИЯ К

ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ ПРИ ПРИПАСОВКЕ ПРОТЕЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

1) копировальной бумаги

2) воска

3) химического карандаша

4) изокола

1. СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ НУЖДАЕТСЯ В ПРИПАСОВКЕ В ПОЛОСТИ РТА ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ

1) поднутрений у естественных зубов и их наклона

2) нарушения технологии

3) врачебных ошибок

4) некачественной полировки протеза

1. ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ НА БАЗИСЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО

ПРОТЕЗА ОБЛАСТИ ТРАВМИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) водный дентин или корректор

2) копировальная бумага

3) спирт

4) воск

1. ФАЗЫ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ

(ПО В. Ю. КУРЛЯНДСКОМУ)

1) раздражения, частичного торможения, полного торможения

2) ближайшая, быстрая, отделенная

3) успокоение, привыкание, адаптация

4) медленная, быстрая, очень быстрая

238. ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ К СЪЕМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В. Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ ДНЕЙ

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

1. ФАЗА ЧАСТИЧНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЕМНОМУ

ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В. Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ ДНЕЙ

1) 2 - 4

2) 7 - 10

3) 10 - 20

4) 20 - 30

1. ФАЗА ПОЛНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЕМНОМУ

ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В. Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ ДНЕЙ

1) с 5 по 33

2) 2

3) 3

4) 4

1. КОРРЕКЦИЮ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВРАЧ ПРОВОДИТ С ПОМОЩЬЮ

1) фрез

2) твердосплавных турбинных боров

3) алмазных турбинных боров

4) вулканитовых дисков

242. ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ЗУБА ПРИ ПОЧИНКЕ ПРОТЕЗА ПОЛУЧАЮТ ОТТИСК

1) альгинатной массой

2) термопластический

3) гидроколлоидный

4) цинкоксиэвгеноловый

1. ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С

1) нижней челюсти с протезом

2) нижней челюсти без протеза

3) двух челюстей без протеза

4) с нижней челюсти без протеза, верхней челюсти с протезом

1. ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В

СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С

1) нижней челюсти с протезом и верхней челюсти

2) нижней челюсти с протезом

3) верхней челюсти и нижней челюсти без протеза

4) нижней челюсти без протеза

1. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТЬ РТА ПАЦИЕНТА НАЗНАЧАЮТ НА КОРРЕКЦИЮ

1) на следующий день после наложения протеза

2) через неделю

3) через 3 дня

4) при появлении неприятных ощущений

246. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ (ЛЕТ)

1) 3

2) 6

3) 7

4) более 10

1. ПОЛНАЯ АДАПТАЦИЯ ПО (В. Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) К СЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ ДНЕЙ

1) 33

2) 10

3) 15

4) 19

1. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БОЛИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕД ВИЗИТОМ К ВРАЧУ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ

1) снять протез и надеть его за 3 часа перед коррекцией

2) не снимать протез на ночь

3) не снимать протез в течении недели

4) снять протез

1. ПОСЛЕ ПРИПАСОВКИ И НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО

ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБИЛЬНОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ФАЗЫ АДАПТАЦИИ

1) раздражения

2) полного раздражения

3) частичного торможения

4) быстрого торможения

250. ПРИ НАЛИЧИИ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ

1) снять и надеть за 2-4 часа перед посещением врача

2) не снимать до посещения врача

3) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

4) снять и после исчезновения болевых ощущения прийти к врачу

1. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНОГО

ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЯВИТЬСЯ В КЛИНИКУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА

1) один раз в полгода

2) один раз в месяц

3) один раз в год

4) по желанию пациента

1. ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, СВЯЗАННЫХ С ТЕХНИЧЕСКИМИ ОШИБКАМИ

1) нарушение правил изоляции экзостозов, нарушение режима полимеризации, нарушение правил постановки зубов

2) неправильное изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

3) неправильный выбор цвета и формы зубов

4) неправильный выбор цвета базисной пластмассы

1. ПРИЧИНА ПОЛОМКИ БАЗИСА СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО

ПРОТЕЗА, СВЯЗАННАЯ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ ПАЦИЕНТА К СВОЕМУ ПРОТЕЗУ

1) плохой уход, плохое хранение, откусывание твердой пищи

2) неправильный выбор зубной щетки для чистки протезов

3) неправильный выбор зубной пасты для чистки протезов

4) на ночь снимал протезы и хранил их в дистиллированной воде

254. ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛОМКЕ БАЗИСА СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

1) быстрое охлаждение кюветы после полимеризации

2) оттиск получен силиконовой массой

3) оттиск получен альгинатной массой

4) толстый базис протеза

1. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЛЬЗОВАНИЮ БЮГЕЛЬНЫМИ

ПРОТЕЗАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ

1) припасовки и наложения бюгельного протеза

2) припасовки каркаса бюгельного протеза

3) консультации и выбора конструкции протеза

4) проверки конструкции протеза

1. КОРРЕКЦИЮ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ

1) с выявления жалоб пациента и осмотра слизистой оболочки полости рта

2) с выявления окклюзионных взаимоотношений артикуляционной бумагой

3) осмотра слизистой оболочки

4) с выявления причин травмы

1. ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗРУШЕНИЮ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ

1) невыверенные окклюзионные контакты

2) чрезмерная конусность культи зуба

3) чрезмерное укорочение зуба

4) слишком большая толщина коронки

258. К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ

РАЗВИТИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ, ОТНОСЯТ

1) коррозионные процессы сплавов

2) тепловой эффект

3) олигодинамическое действие

4) кариозные процессы

1. МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ В

СРАВНЕНИИ С МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

1) ниже стираемость, выше цветостойкость

2) выше стираемость, выше цветостойкость

3) выше стираемость, ниже цветостойкость

4) ниже стираемость, ниже цветостойкость

1. МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО

СРАВНЕНИЮ С ПАЯННЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ПЛАСТМАССОВОЙ ОБЛИЦОВКОЙ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

1) выше эстетика, выше прочность

2) выше эстетика, ниже прочность

3) ниже эстетика, ниже прочность

4) ниже эстетика, но выше прочность

1. ПРИЧИНАМИ ГИНГИВИТА В ОБЛАСТИ ИСКУССТВЕННЫХ

КОРОНОК НА ОПОРНЫХ ЗУБАХ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ

1) отсутствие экватора

2) хорошо выраженный экватор

3) плотный охват в области шейки зуба

4) наличие контактного пункта

262. СПЛАВЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ЛУЧШЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СОВМЕСТИМОСТЬЮ С ТКАНЯМИ ПОЛОСТИ РТА - ЭТО

1) содержащие золото

2) нержавеющая сталь

3) хромо-кобальтовые

4) хромо-никелевые

1. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ

МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫМИ ЛИТЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

1) быстрое истирание облицовки протеза

2) повышенное истирание зубов-антагонистов

3) появление подвижности зубов-антагонистов

4) неприятный запах изо рта

1. ПРИЧИНАМИ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ С

МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) невыверенные окклюзионные контакты

2) выраженная конусность культи зуба

3) неудовлетворительная гигиена полости рта

4) обширные пломбы на зубах - антагонистах

1. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ

МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ - ЭТО

1) повышенное истирание зубов-антагонистов

2) быстрое истирание облицовки

3) возникновение микро токов в полости рта

4) изменение цвета облицовки

266. К ВОЗМОЖНЫМ НЕДОСТАТКАМ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ СТАЛИ ОТНОСЯТСЯ

1) привкус металла в полости рта

2) быстрое стирание зубов-антагонистов

3) низкая жевательная эффективность

4) появление подвижности зубов-антагонистов

1. ПРИЧИНОЙ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ

МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ БЫТЬ

1) ошибки при обжиге и охлаждении керамической облицовки

2) выраженная конусность культи зуба

3) неудовлетворительная гигиена полости рта

4) наличие искусственных коронок на зубах-антагонистах

1. К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

1) прикусывание слизистой оболочки щеки в области боковых зубов

2) увеличение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

3) повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке

4) появление клиновидного дефекта у рядом стоящих зубов

1. К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

1) травма слизистой оболочки в области тела мостовидного протеза

2) уменьшение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

3) повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке

4) конвергенция рядом стоящих зубов

270. ПРИЧИНОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ МОГУТ БЫТЬ

1) чрезмерная конусность культей зубов

2) некачественное литье

3) чрезмерное количество обжигов

4) наличие съемного протеза в полости рта

1. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА – КРИВАЯ ПРОХОДЯЩАЯ ПО

1) проекции верхушек корней зубов

2) гребню альвеолярных отростков

3) жевательной поверхности зубов

4) режущему краю фронтальных зубов

1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) клинический

2) рентгенологический

3) биометрический

4) реографический

273. В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СУСТАВНОМУ БУГОРКУ

1) у основания ската

2) на середине ската

3) на вершине ската

4) на любом участке ската

1. ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА СУСТАВНЫЕ

ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА

1) у вершины

2) у основания

3) в нижней трети

4) на середине

1. ВИД СООТНОШЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) прикус

2) артикуляция

3) окклюзия

4) межальвеолярная высота

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

1) четыре

2) два

3) шесть

4) три

277. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ В НОРМЕ

1) разобщены на 2–4 мм

2) сомкнуты

3) разобщены на 0,5–1 мм

4) разобщены на 5–7 мм

1. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

1) анатомо-физиологический

2) анатомический

3) антропометрический

4) гнатологический

1. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

1) зубным, суставным, мышечным

2) язычным, мышечным, глотательным

3) лицевым, глотательным, зубным

4) лицевым, суставным, мышечным

1. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ВОСКОВОГО БАЗИСА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ЕГО УКРЕПЛЯЮТ

1) металлической проволокой

2) быстродействующей пластмассой

3) гипсовым блоком

4) увеличением толщины базиса

1. ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

1) базисного

2) липкого

3) моделировочного

4) бюгельного

282. ПРИ НАЛИЧИИ ТРЕХ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ В КАЖДОЙ

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГРУППЕ (ПРИ ОТСУТСТВИИ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦ) ОПРЕДЕЛЯЮТ

1) центральную окклюзию

2) центральное соотношение челюстей

3) межальвеолярное расстояние

4) высоту нижнего отдела лица

1. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ

ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

1) измерить разницу между верхним и нижним отделом лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии

2) изготовить диагностические модели

3) провести рентгенологическое исследование зубов

4) провести реопарадонтографию

1. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ КОНТАКТ

1) щечных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков

2) резцов и щечных бугров премоляров

3) резцов

4) дистальных бугров вторых моляров

1. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТТА) В СРЕДНЕМ РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

1) 17

2) 26

3) 33

4) 60

286. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН В ГРАДУСАХ

1) 100-110

2) 17-33

3) 40-60

4) 80-90

1. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ

ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЕТ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) ортопантомография

2) дентальная рентгенография

3) панорамная рентгенография

4) телерентгенография

1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА

ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дентальная рентгенография

2) панорамная рентгенография

3) ортопантомография

4) телерентгенография

1. ОККЛЮЗИОГРАММА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) окклюзионных контактов

2) окклюзионной высоты

3) выносливости тканей пародонта

4) степени подвижности зубов

290. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

1) четыре

2) два

3) три

4) пять

1. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО

КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

1) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

2) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшены размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофична в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

1. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО

КЛАССИФИКАЦИИ КЕЛЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

1) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

2) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

4) полная атрофия альвеолярной части

1. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) укороченная уздечка верхней губы

2) гингивит

3) кариес в стадии пятна

4) скученность зубов

294. КЛАССИФИКАЦИЯ СУППЛИ ПРЕДЛОЖЕНА ДЛЯ

1) типов слизистой оболочки

2) функциональных оттисков

3) слепочных материалов

4) форм скатов альвеолярных гребней

1. ОККЛЮЗИЯ – ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ АРТИКУЛЯЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

1) смыканием зубов

2) всеми перемещениями нижней челюсти

3) разобщением зубных рядов

4) широким открыванием рта

1. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С

ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТЕРТОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) углубление носогубных складок, старческое выражение лица

2) асимметрия лица

3) «птичье» лицо

4) гиперемия кожных покровов

1. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ

1) дистально

2) в правую боковую окклюзию

3) в левую боковую окклюзию

4) в переднюю окклюзию

298. ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ

КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО

1) гипертрофией альвеолярного отростка челюстей

2) смещением нижней челюсти

3) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава

4) выдвижением зубов

1. ПРИ ПРЯМОМ ВИДЕ ПРИКУСА ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

1) горизонтальная

2) вертикальная

3) смешанная

4) компенсированная

1. ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ

ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И/ИЛИ ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

1) вертикальная

2) декомпенсированная

3) компенсированная

4) горизонтальная

1. ФОРМА ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ

ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) компенсированная

2) чрезмерная

3) горизонтальная

4) вертикальная

302. В.А. ПОНОМАРЕВА ВЫДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО ФОРМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

1) две

2) три

3) четыре

4) пять

1. ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ ПРИ ФОРМЕ

1) I феномена Попова

2) II , 2-я группа феномена Попова

3) II , 1-я группа феномена Попова

4) III феномена Попова

1. НАЛИЧИЕ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) гальванизма

2) пародонтита

3) пародонтоза

4) артрита ВНЧС

1. ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК

1) IV класс по классификации Кеннеди

2) III тип по классификации Шредера

3) III класс по классификации Кеннеди

4) I класс по классификации Келлера

306. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОТОКОВ ПОЛОСТИ РТА

(мкА)

1) 1–3

2) 2–6

3) 2–5

4) 3–7

1. ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОЧАГОВАЯ ГИПЕРЕМИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ГЕНЕЗЕ

1) механическом

2) аллергическом

3) токсическом

4) соматическом

1. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ФОРМОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО СКАТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) отвесная

2) отлогая

3) грибовидная

4) умеренно выраженная

1. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУ ВЫСОТОЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И В ПОЛОЖЕНИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ (ММ)

1) 2–4

2) 5–6

3) 1

4) 10

310. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВИСОЧНО-

НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ

1) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

2) атрофия суставного бугорка

3) уплощение суставной ямки

4) истончение внутрисуставного диска

1. МЕТОД РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

1) телерентгенография

2) дентальная рентгенография

3) панорамная рентгенография

4) ортопантомография

1. МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

1) гнатодинамометрия

2) реопародонтография

3) миотонометрия

4) электромиография

1. ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ – ЭТО

1) миотонометрия

2) реопародонтография

3) гнатодинамометрия

4) электромиография

314. ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) мастикациография

2) миотонометрия

3) одонтопародонтограмма

4) реопародонтография

1. ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ

1) до 60

2) 90–100

3) 110–120

4) 130–150

1. ГНАТОДИНАМОМЕТРИЯ ИССЛЕДУЕТ

1) силу жевательного давления и выносливость пародонта к нагрузке

2) движения нижней челюсти

3) биопотенциалы жевательных мышц

4) выносливость пародонта к нагрузке

1. КОЭФФИЦИЕНТЫ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ,

ПРЕДЛОЖЕННЫЕ В.Ю. КУРЛЯНДСКИМ, ПОЛУЧЕНЫ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1) гнатодинамометрии

2) анатомических особенностей строения зубов

3) подвижности зубов

4) жевательных проб

318. АППАРАТ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЙ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ - ЭТО

1) артикулятор

2) миограф

3) гнатодинамометр

4) параллелометр

1. ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЛАВОВ

1) разнородных

2) серебряно-палладиевых

3) кобальт-хромовых

4) на основе золота

1. ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О

1) состоянии костной ткани пародонта

2) состоянии капилляров десны

3) состоянии слизистой оболочки полости рта

4) состоянии жевательных мышц

1. ОДНОСТОРОННИЙ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ

(КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

1) второму

2) первому

3) третьему

4) четвертому

322. ТОПОГРАФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФИБРОЗНОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ ПО ЛЮНДУ

1) альвеолярный отросток

2) срединная часть твердого неба

3) дистальная треть твердого неба

4) переходная складка

1. ПРИ ПОТЕРЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ

1) отраженный травматический узел

2) атрофический блок

3) прямой травматический узел

4) отсутствие всяких изменений

1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

1) перенесенные и сопутствующие заболевания

2) в жалобах больного

3) развитие настоящего заболевания

4) внешний осмотр

1. ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЕТСЯ В ГРАФЕ

1) развитие настоящего заболевания

2) жалобы больного

3) перенесенные и сопутствующие заболевания

4) внешний осмотр

326. ЛОКАЛИЗАЦИЮ АССИМЕТРИИ ЛИЦА В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

1) внешний осмотр

2) жалобы больного

3) перенесенные и сопутствующие заболевания

4) развитие настоящего заболевания

1. К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ВИДУ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ

1) глубокий

2) прямой

3) бипрогнатический

4) ортогнатический

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) рентгенография

2) осмотр

3) пальпация

4) опрос

1. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЩЕЧНОЙ МЫШЦЫ

1) buccalis

2) masseter

3) temporalis

4) orbicularis oris

1. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА

1) orbicularis oris

2) buccalis

3) temporalis

4) masseter

331. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ

1) masseter

2) buccalis

3) temporalis

4) orbicularis oris

1. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ

1) temporalis

2) buccalis

3) masseter

4) orbicularis oris

1. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ НАРУЖНОЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

1) pterygoideus lateralis

2) pterygoideus medialis

3) temporalis

4) masseter

1. СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЫШЦЕЙ

1) латеральной крыловидной

2) подбородочно-подъязычной

3) челюстно-подъязычной

4) височной

1. В ПОДНЯТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

1) собственно жевательная

2) челюстно-подъязычная

3) подбородочно-подъязычная

4) латеральная крыловидная

336. В ОПУСКАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

1) подбородочно-подъязычная

2) латеральная крыловидная

3) височная

4) медиальная крыловидная

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.7 ОБОЗНАЧАЕТ

1) второй моляр нижней челюсти слева

2) центральный резец нижней челюсти слева

3) клык нижней челюсти справа

4) первый моляр верхней челюсти справа

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.1 ОБОЗНАЧАЕТ

1) центральный резец верхней челюсти справа

2) первый моляр верхней челюсти справа

3) центральный резец нижней челюсти слева

4) первый премоляр нижней челюсти справа

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.3 ОБОЗНАЧАЕТ

1) клык верхней челюсти слева

2) первый премоляр нижней челюсти слева

3) центральный резец верхней челюсти слева

4) клык нижней челюсти справа

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 4.3 ОБОЗНАЧАЕТ

1) клык нижней челюсти справа

2) первый моляр нижней челюсти справа

3) второй моляр нижней челюсти слева

4) клык нижней челюсти слева

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.1 ОБОЗНАЧАЕТ

1) центральный резец верхней челюсти слева

2) центральный резец верхней челюсти справа

3) центральный резец нижней челюсти слева

4) центральный резец нижней челюсти справа

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.6 ОБОЗНАЧАЕТ

1) первый моляр верхней челюсти справа

2) центральный резец верхней челюсти слева

3) первый премоляр нижней челюсти справа

4) второй моляр нижней челюсти слева

1. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.5 ОБОЗНАЧАЕТ

1) второй премоляр нижней челюсти слева

2) первый премоляр нижней челюсти справа

3) центральный резец верхней челюсти справа

4) второй моляр нижней челюсти слева

1. ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ (В ГРАММАХ) НАЗЫВАЕТСЯ

1) миотонометрия

2) реопародонтография

3) электромиография

4) мастикациография

1. МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ

СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ

1) электромиография

2) реопародонтография

3) миотонометрия

4) мастикациография

346. ЗАПИСЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЖЕВЫВАНИИ ЛЕСНОГО ОРЕХА МАССОЙ 0,8 ГР.

1) мастикациография

2) реопародонтография

3) миотонометрия

4) электромиография

1. ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗУЧАЮТ С ПОМОЩЬЮ

1) рентгенокинематографии

2) томограммы ВНЧС

3) реоартографии

4) реопародонтографии

1. ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СУСТАВНУЮ ЩЕЛЬ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) артрография

2) реопародонтографии

3) рентгенокинематографии

4) реодонтографии

349. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПОЛОСТИ

РТА НАЗЫВАЕТСЯ

1) гальванометрия

2) электроодонтометрия

3) артография

4) реодентография

1. СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) частичное разрушение коронки зуба

2) флюороз

3) клиновидный дефект

4) гипоплазия эмали

351. СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полное разрушение коронки зуба

2) эрозия твердых тканей зуба

3) гиперплазия эмали

4) аномалия развития и прорезывания зубов

1. ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ

ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

1) компенсированной

2) декомпенсированной

3) горизонтальной

4) вертикальной

1. В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ

1) у основания ската суставного бугорка

2) на вершине суставного бугорка

3) на середине ската суставного бугорка

4) в центре суставной ямки

1. КЛЮЧОМ ОККЛЮЗИИ (ПО ЭНГЛЮ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПРИЗНАК ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ

1) первых моляров

2) центральных резцов

3) клыков

4) первых премоляров

355. РАЗНИЦА ВЕЛИЧИН ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В

СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)

1) 2–4

2) 5–7

3) 7–9

4) 10–12

1. МЕТОД СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ

1) опрос

2) пальпацию

3) осмотр

4) зондирование

1. КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) перкуссия

2) мастикациография

3) электроодонтодиагностика

4) томография

1. КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация

2) электромиография

3) электроодонтодиагностика

4) прицельная рентгенография

359. ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ЭНТИН ПОДРАЗДЕЛЯЛ НА СТЕПЕНИ

1) 3

2) 2

3) 4

4) 5

1. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА I СТЕПЕНИ ПО ЭНТИНУ – ЭТО

1) перемещение зуба в вестибулооральном направлении

2) зуб вращается в лунке во всех направлениях вокруг своей оси

3) перемещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении

4) перемещение зуба в вестибулооральном, медиодистальном, вертикальном направлениях

1. К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ

1) зондирование

2) электроодонтодиагностика

3) томография

4) мастикациография

1. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) податливость слизистой оболочки рта

2) глубину кариозной полости

3) глубину зубодесневого кармана

4) глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

1. ГРАНИЦА МЕЖДУ ЭМАЛЬЮ КОРОНКИ И ЦЕМЕНТОМ КОРНЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

1) анатомической шейкой зуба

2) клинической шейкой зуба

3) экватор зуба

4) границей над- и поддесневой частей зуба

364. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ВРАЧЕБНОГО

ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) история болезни

2) бланк направления

3) заказ-наряд

4) талон назначения больного к врачу

1. ТЕРМИН «ОРТОПЕДИЯ» ОЗНАЧАЕТ

1) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций

2) введение в науку

3) изучение научных данных в области лица и шеи

4) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи

1. ТЕРМИН «СЕМИОТИКА» ОЗНАЧАЕТ

1) учение о признаках болезни и патологических состояниях

2) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций

3) изучение научных данных в области лица и шеи

4) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи

1. ДИАГНОЗ – ЭТО

1) краткое медицинское заключение об имеющихся заболеваниях

2) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций

3) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи

4) учение о признаках болезни и патологических состояниях

1. ДИАГНОСТИКА – ЭТО

1) учение о методах распознавания болезней

2) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций

3) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи

4) учение о признаках болезни и патологических состояниях

369. ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО

1) наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а так же с пациентом

2) изучение научных данных в области лица и шеи

3) учение о методах распознавания болезней

4) учение о признаках болезни и патологических состояниях

1. ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА ПРЕДЛОЖЕНА

1) Курляндским В.Ю.

2) Гельманом С.Е.

3) Рубиновым С.И.

4) Агаповым Н.И.

1. СТЕПЕНЬ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ ПИЩИ В ЕДИНИЦУ ВРЕМЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

1) жевательную эффективность

2) выносливость пародонта

3) выносливость зубочелюстной системы

4) абсолютную силу жевательных мышц

1. ¼ СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

1) половине высоты анатомической коронки зуба

2) двум размерам высоты анатомической коронки зуба

3) 1,5 высоты анатомической коронки зуба

4) одной высоте анатомической коронки зуба

1. ½ СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

1) одной высоте анатомической коронки зуба

2) двум размерам высоты анатомической коронки зуба

3) 1,5 высоты анатомической коронки зуба

4) половине высоты анатомической коронки зуба

374. ¾ СТЕПЕНИ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

1) 1,5 высоте анатомической коронки зуба

2) двум размерам высоты анатомической коронки зуба

3) одной высоты анатомической коронки зуба

4) половине высоты анатомической коронки зуба

1. В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ КОРОНКИ И КОРНЯ ЗУБА ОДИН К

1) двум

2) одному

3) трем

4) четырем

1. АРТИКУЛЯЦИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) всевозможные движения и положения нижней челюсти относительно верхней

2) смещение нижней челюсти дистально

3) выдвижение нижней челюсти только вперед

4) движение нижней челюсти только вправо и влево

1. ПРИКУСОМ НАЗЫВАЕТСЯ

1) вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии

2) вид окклюзии зубов

3) любое смыкание зубных рядов

4) смыкание зубных рядов при выдвижении нижней челюсти вперед

1. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ «КРИВАЯ…»

1) Уилсона

2) Шпее

3) Беннетта

4) Хантера

379. ПРИ ПРЯМОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) режущие края верхних резцов контактируют с режущими краями нижних резцов встык

2) верхние резцы перекрывают нижние на 2–4 мм

3) нижние резцы перекрывают верхние на 2–4 мм

4) верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

1. ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) при плотном режуще-бугорковом контакте верхние резцы перекрывают нижние не более 1/3 высоты коронки

2) режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык

3) нижние резцы перекрывают верхние на 2–4 мм

4) центральные резцы обеих челюстей наклонены вперед, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

1. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО

ПОКОЯ

1) напряжение мышц, опускающих и поднимающих нижнюю челюсть равнозначно, окклюзионные поверхности зубов разобщены в среднем на 2–4 мм

2) жевательные мышцы находятся в состоянии слабого напряжения

3) жевательные мышцы напряжены умеренно

4) жевательные мышцы напряжены максимально

1. ЦИКЛ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

1) возвращением в положение центральной окклюзии

2) смещением в сторону

3) опусканием и выдвижением вперед из положения центральной окклюзии

4) возвращением в переднюю окклюзию

383. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БИПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ

1) центральные резцы обеих челюстей наклонены вперед, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

2) верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

3) режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык

4) нижние резцы перекрывают верхние на 2–4 мм

1. ДЕСНЕВОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖЕЛОБОК ИМЕЕТ ГЛУБИНУ НЕ БОЛЕЕ (ММ)

1) 0,5–1,0

2) 2–3

3) 4–5

4) 6–7

1. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ

1) двусторонний концевой дефект

2) односторонний концевой дефект

3) включенный дефект в боковом отделе

4) включѐнный дефект в переднем отделе

1. ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ОДНОСТОРОННИМИ КОНЦЕВЫМИ

ДЕФЕКТАМИ, ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1) второму

2) первому

3) третьему

4) четвертому

387. ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО

ЛОЖА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСУДИСТЫМИ ПОЛЯМИ, ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) буферной

2) фиброзной

3) железистой

4) клапанной

1. СПОСОБНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЖИМАТЬСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) податливостью

2) ретенцией

3) когезией

4) адгезией

1. СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

(АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К

1) переходной складке

2) шейкам естественных зубов

3) окклюзионной поверхности естественных зубов

4) зубам-антагонистам

1. ЭСТЕЗИОМЕТР – АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) болевой чувствительности слизистой оболочки

2) податливости слизистой оболочки

3) подвижности естественных зубов

4) выносливости пародонта к нагрузке

1. ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ (ПО ЛЮНДУ) НАЗЫВАЕТСЯ

1) центральной фиброзной

2) жировой

3) железистой

4) переходной складкой

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФИБРОЗНОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ

1) срединный костный шов твердого неба

2) альвеолярный отросток

3) дистальная треть твердого неба

4) область небных складок

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ ЖИРОВОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ

1) передняя треть твердого неба

2) дистальная треть твердого неба

3) альвеолярный отросток

4) срединная часть твердого неба

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ

1) дистальная треть твердого неба

2) срединная часть твердого неба

3) область небных складок

4) альвеолярный отросток

395. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) эстезиометром

2) гнатодинамометром

3) электронно-вакуумным аппаратом

4) реографом

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФИБРОЗНОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ

1) альвеолярный отросток

2) срединная часть твердого неба

3) дистальная треть твердого неба

4) область небных складок

1. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБА В НАПРАВЛЕНИИ

1) вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном

2) медио-дистальном

3) вестибуло-оральном и медио-дистальном

4) вестибуло-оральном

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВОГО КЛАССА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

ПО СУППЛИ

1) бледно-розового цвета, умеренно-увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)

2) избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

3) тонкая, малоподатлива, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции

4) складчатая, с «болтающимся» гребнем

399. ХАРАКТЕРИСТИКА ВТОРОГО КЛАССА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛИ

1) тонкая, малоподатлива, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции

2) бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)

3) избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

4) складчатая, с «болтающимся» гребнем

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕТЬЕГО КЛАССА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛИ

1) избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

2) бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)

3) складчатая, с «болтающимся» гребнем

4) тонкая, малоподатливая, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции складчатая, с «болтающимся» гребнем

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕТВЕРТОГО КЛАССА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛИ

1) складчатая, с «болтающимся» гребнем

2) бледно-розового цвета, умеренно увлажнена и податлива (с нормальным порогом болевой чувствительности)

3) тонкая, малоподатливая, болезненна при пальпации, слюна жидкой консистенции

4) избыточно податлива, разрыхлена, слюна густой консистенции

1. ПРИКУС – ЭТО ВИД СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ОККЛЮЗИИ

1) центральной

2) боковой правой

3) боковой левой

4) передней

403. СУСТАВНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) суставная головка находится у основания ската суставного бугорка

2) суставная головка находится на скате суставного бугорка

3) суставная головка находится на вершине ската суставного бугорка

4) суставная головка находится впереди суставного бугорка

1. ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ТОЛЬКО ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТИ

1) окклюдатор

2) параллелометр

3) гнатодинамометр

4) артикулятор

1. ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ВСЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) артикулятор

2) аппарат «T-scan»

3) эстезиометр

4) окклюдатор

1. МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

1) m. masseter

2) m. digastricus

3) m. pterygoideuslateralise

4) m. platysma

1. МЫШЦА, ОПУСКАЮЩАЯ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

1) m. digastricus

2) m. pterygoideus medialise

3) m. pterygoideus lateralise

4) m. masseter

408. К МАЛЫМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ

1) отсутствие не более 3 зубов

2) отсутствие от 4 до 6 зубов

3) отсутствие более 6 зубов

4) отсутствие более 8 зубов

1. К СРЕДНИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ

1) отсутствие от 4 до 6 зубов

2) отсутствие не более 3 зубов

3) отсутствие более 6 зубов

4) отсутствие более 8 зубов

1. К БОЛЬШИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ

1) отсутствие более 6 зубов

2) отсутствие не более 3 зубов

3) отсутствие от 4 до 6 зубов

4) отсутствие от 1 до 2 зубов

1. ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДЕЛЯТСЯ НА КЛАССЫ

1) четыре

2) три

3) два

4) пять

1. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО

Е.И. ГАВРИЛОВУ ВСЕ ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ДЕФЕКТАМИ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

1) четыре

2) три

3) две

4) пять

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ПЕРВОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

1) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

2) зубные ряды с односторонними концевыми дефектам

3) зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

4) включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

1) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

2) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

3) зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

4) включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

1) зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

2) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

3) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

4) включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

1) включенные дефекты переднего отдела зубного ряда

2) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

3) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

4) зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

417. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ Е.И. ГАВРИЛОВА Е.И. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

1) концевые односторонние и двусторонние дефекты

2) комбинированные дефекты

3) включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты

4) дефекты коронок всех зубов

1. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

ГАВРИЛОВА Е.И. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ

1) комбинированные дефекты

2) концевые односторонние и двусторонние дефекты

3) включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты

4) одиночно сохранившийся зуб на одной челюсти

1. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

ГАВРИЛОВА Е.И. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТСЯ

1) включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты

2) концевые односторонние и двусторонние дефекты

3) комбинированные дефекты

4) одиночно сохранившиеся зубы на челюстях

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВНЧС

1) гипермобильность суставных головок

2) боль при жевании в области ВНЧС

3) спазм жевательных мышц

4) атрофия суставного диска

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ

В СЕБЯ

1) удаление над- и поддесневых зубных отложений

2) лечение кариеса

3) открытый кюретаж

4) герметизацию фиссур

1. ПРОФИЛАКТИКОЙ ГАЛЬВАНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление протезов и пломб из однородного металла

2) изготовление протезов и пломб из разных материалов

3) изготовление съемных протезов с металлическими элементами

4) применение амальгам и золотых вкладок

1. ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОДНОСТОРОННИЙ ВКЛЮЧЁННЫЙ ДЕФЕКТ ОТНОСИТСЯ

1) к третьему классу

2) к первому классу

3) ко второму классу

4) к четвертому классу

1. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВОГО ЗУБА

1) устойчивые корни с частично сохранившейся культей

2) глубокое разрушение корня под десной

3) искривлѐнные корни с тонкими стенками

4) заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни

1. ДУГОВОЙ ПРОТЕЗ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) дугу, сѐдла, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы

2) искусственные зубы, базис, ответвления, опорно-удерживающие элементы

3) дугу, ответвления, искусственные зубы, опорно-удерживающие элементы

4) дугу, сѐдла, искусственные зубы

426. ВЫСОКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ

1) круговой (по дуге)

2) передней и боковой

3) переднебоковой

4) поперечной

1. ПЕРЕСТРОЙКА МИОСТАТИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА ПРИ

РАЗОБЩЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ

1) 3-6 недель

2) 1 месяца

3) 1-3 месяцев

4) 6-12 месяцев

1. НЕСЪЁМНЫЕ ПРОТЕЗЫ, ПОСТУПАЮЩИЕ ИЗ

ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВО ВРАЧЕБНОМ КАБИНЕТЕ ПОДВЕРГАЮТ

1) погружают в раствор глутаральдегида

2) обработке 3% перекисью водорода

3) протирают спиртовым раствором

4) обрабатывают раствором хлорамина

429. УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

ПРОВОДЯТ ВЛАЖНЫМ СПОСОБОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ НЕ РЕЖЕ

1) 1 раз в день

2) 2 раза в день

3) 2 раза в неделю

4) 1 раз в неделю

1. ОЦЕНКУ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОВОДЯТ

1) в полости рта и на диагностических моделях челюстей

2) при внешнем осмотре

3) при помощи реопародонтографии

4) при помощи электромиографии

1. КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕС-КОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) относительным противопоказанием

2) местным противопоказанием

3) не влияет на выбор метода лечения

4) абсолютным противопоказанием

432. КРАТНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ: «ИЗМЕРЕНИЕ

ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА (УГЛОМЕТРИЯ)» В ДИАГНОСТИКЕ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

1) однократно

2) согласно алгоритму

3) несколько раз (2 и более)

4) на усмотрение лечащего врача (по потребности)

1. ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ

1) недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку

2) отсутствия 3-х зубов на одной стороне челюсти без потери дистальной опоры

3) использования для фиксации съѐмного протеза

4) отсутствия 4-х резцов без потери жевательной функции

1. ПОКАЗАНИЕМ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ УБЫЛЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИРОПЗ

1) 0,6-0,8

2) 0,8 и более

3) 0,2-0,4

4) 0,4-0,6

1. ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТЕЗОМ ПОЛНОГО ЗУБНОГО РЯДА ФИКСАЦИЯ ОБЫЧНО УЛУЧШАЕТСЯ К

1) 7 дню

2) 3-4 годам

3) 1,5 месяцам

4) 1 году

436. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРОВОДЯТ

1) 1 раз в 6 месяцев

2) 1 раз в 4 месяца

3) 1 раз в 2 года

4) 1 раз в 2 месяца

1. ЗАМЕНА СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРОВОДИТСЯ

1) по потребности или раз в 3-4 года

2) через 1-1,5 месяца после окончания протезирования

3) по требованию пациента

4) на любом сроке после протезирования

1. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В РОССИИ

1) от 40 до 75 % в разных возрастных группах

2) 98—99% старше 35 лет

3) 28-30% от 35 до 44 лет

4) 86% в группе 35-44 лет

1. АРТИКУЛЯТОР СО СВОБОДНОПОДВИЖНОЙ ОСЬЮ, В КОТОРОМ

ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАПРАВЛЯЮТСЯ ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ ТИПУ

1) «скользящий»

2) «суставной»

3) полурегулируемый

4) средне-анатомический

440. ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЧЕТКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА ТОМОГРАММЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕЗ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ

1) через середину головки нижней челюсти

2) через основание ската суставного бугорка

3) через середину суставного бугорка

4) через передний полюс головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава

1. ШИНЫ, УСТРАНЯЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ

НАРУШЕНИЙ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ И СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАССЛАБЛЕНИЮ ПОСЛЕДНИХ, ОТНОСЯТСЯ К

1) релаксирующим

2) репозиционным

3) центрирующим

4) разобщающим

1. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ИММЕДИАТПРОТЕЗ

1) сразу после удаления или не позднее 24 часов

2) через 24 часа после удаления, но не позднее 72 часов

3) в течение первой недели после удаления

4) через 10 дней после удаления

1. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, СЛУЖАЩИЕ ОПОРОЙ ДЛЯ

МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ, А ТАКЖЕ ДЛЯ

ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЮТСЯ

1) формирующими

2) репонирующими

3) удерживающими

4) замещающими

444. БЕЗ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНЫ КОРОНКИ

1) ортодонтические штампованные

2) комбинированные

3) керамические

4) пластмассовые

1. ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ПАЦИЕНТАМ С ЯВЛЕНИЯМИ ГАЛЬВАНИЗМА НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ

1) снятие ортопедических конструкций

2) санация полости рта

3) изготовление временных гипоаллергенных ортопедических конструкций

4) консультация гастроэнтеролога

1. ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ

ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДЯТСЯ

1) не реже 1 раза в год

2) ежемесячно

3) не реже 1 раза в 3 мес.

4) не реже 1 раза в 6 мес.

1. ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНАЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ

(КОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА)» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ С ПОМОЩЬЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

1) изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата т-scan

2) изучение диагностических моделей

3) внутириротовой осмотр пациента

4) электроодонтометрия

448. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата т-scan

2) изучение диагностических моделей

3) окклюзиограмма

4) внутириротовой осмотр пациента

1. ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА Р., 49 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ГИПЕРЕМИЯ И КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН. ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ. ПОДВИЖНОСТЬ ВСЕХ ЗУБОВ 1-2 СТЕПЕНИ. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО 5 ММ И РЕЗОРБЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ НА 1/3-1/2 ВЫСОТЫ МЕЖЗУБНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. ВЫБЕРЕТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ.

1) хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести

2) хронический локализованный пародонтит тяжелой степени тяжести

3) пародонтоз средней степени тяжести

4) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВИСОЧНО-

НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) нечѐткий контур суставной головки, сужение суставной щели

2) уплощение суставной головки и значительная атрофия суставного бугорка

3) расширение суставной щели

4) деформация костных элементов сустава

451. ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА С. 56 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНО ИСТИРАНИЕ ВСЕХ ЗУБОВ ОТ 1/3 ДО 2/3 ДЛИНЫ КОРОНОК.

ВЫСОТА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА НЕ СНИЖЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) генерализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов 2 степени, компенсированная форма

2) генерализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов 2 степени, декомпенсированная форма

3) локализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов 3 степени

4) генерализованная повышенная стираемость твердых тканей зубов 3 степени, декомпенсированная форма

1. В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ ПРОИЗОШЕЛ ОТЛОМ КОРОНКИ ЗУБА

21 НА 2/3 ЕЕ ДЛИНЫ. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление культевой штифтовой вкладки с последующим изготовлением металлокерамической или безметалловой коронки

2) изготовление металлокерамической или безметалловой коронки

3) изготовление керамического винира

4) изготовление керамической вкладки

1. ПРИ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО 2

КЛАССУ ПО КЕННЕДИ, НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ортопедическое лечение с использованием дентальных имплантатов

2) изготовление консольного протеза

3) изготовление съемного пластиночного протеза дефекта зубного ряда

4) изготовление мостовидного протеза

454. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АТРОФИИ БЕЗЗУБОГО

АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ИСТОНЧЁННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖИТ

1) изготовление полного съѐмного пластиночного протеза с мягкой подкладкой

2) изготовление полного съѐмного протеза с металлическим базисом

3) изготовление полного съѐмного протеза из безмономерного термопластического материала

4) изготовление полного съѐмного протеза с двойным зубным рядом

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГАЛЬВАНОЗА В ПОЛОСТИ РТА СЛУЖИТ

1) наличие в полости рта протезов разнородных металлических сплавов

2) заболевания пародонта

3) несоответствие границ съѐмных зубных протезов протезному ложу

4) наличие полных съѐмных пластиночных протезов из акриловых базисных материалов

1. ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ

1) два раза в год

2) один раз в три года

3) один раз в два года

4) после ортопедического лечения профилактические осмотры не требуются

1. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) нормализации функциональной окклюзии

2) устранения острых краев зубов

3) снижения окклюзионной высоты

4) достижения плавности движений нижней челюсти

1. НОРМАЛИЗАЦИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ

1) дисфункциональных заболеваниях ВНЧС

2) вторичного деформирующего остеоартроза

3) анкилоза

4) неоартроза

1. МЕТОД МОДЕЛИРОВКИ ЛИТОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ

1) погружение гипсового штампика в разогретый воск с последующей моделировкой

2) нанесение базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов

3) изготовление трех колпачков из полимерной пленки различной толщины

4) изготовление платинового колпачка и нанесение на него воска

1. КАЧЕСТВО ОККЛЮЗИОННОГО КОНТАКТА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВЕРЯЕТСЯ

1) с помощью тонкой артикуляционной бумаги

2) визуально

3) с помощью плотной копировальной бумаги

4) через 6 месяцев при наличии жалоб

461. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ДИАГНОСТИКЕ

ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) компьютерная томография

2) магнито-резонансная томография

3) ортопантомография

4) панорамная рентгенография

1. ОДНОЙ ИЗ ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ ЗАДАЧ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ЕЕ РЕШЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С

1) сплинт-терапии

2) внутримышечной инфильтрации болезненных участков жевательных мышц 0,25% раствором лидокаина

3) микроволновой терапии на область височно-нижнечелюстного сустава и флюктуоризация – импульсные токи на область жевательных мышц

4) миогимнастики – комплекс упражнений, направленных на нормализацию движений нижней челюсти

1. ПЕРВУЮ КОРРЕКЦИЮ СЪЕМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ЕГО НАЛОЖЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

1) на следующий день

2) через день

3) на третий день

4) через неделю

1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ УХОДУ ЗА СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕОБХОДИМО ДАТЬ ПАЦИЕНТУ

1) на этапе наложения готового протеза

2) на этапе первой коррекции съемного протеза

3) на этапе получения оттисков

4) через неделю после наложения готового протеза

1. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВИДАМ ПРИКУСА ОТНОСЯТСЯ

1) глубокий

2) бипрогнатический

3) ортогнатический

4) прямой

1. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С

ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) углубление носогубных складок

2) асимметрия лица

3) "птичье" лицо

4) увеличение нижней трети лица

467. ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ

ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ ПРИ ФОРМЕ ФЕНОМЕНА ПОПОВА

1) I

2) II, 2-я группа

3) II, 1-я группа

4) III

1. ПЕРКУССИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ

1) выявления болевой реакции пародонта

2) определения глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок

3) определения тонуса мышц, выявления скрытых костных выступов

4) определения глубины патологического кармана

1. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЮТ

1) пальпация

2) опрос

3) анамнез

4) рентгенография

1. ПЕРВИЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) установить диагноз

2) выбрать метод лечения

3) провести методы обследования

4) составить план лечения

1. НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ

ЗУБОВ

1) резко выражены

2) не изменены

3) асимметричны

4) сглажены

472. ФОРМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНАЯ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

1) отвесная

2) отлогая

3) с резко выраженными буграми

4) с неравномерной атрофией

1. АВТОР КЛАССИФИКАЦИИ ЗОН ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ

1) Люнд

2) Келлер

3) Шредер

4) Кеннеди

1. ФУНКЦИЯ СВЯЗОК СУСТАВА

1) препятствуют растяжению суставной капсулы

2) участвуют в движении сустава

3) растягивают суставную капсулу

4) осуществляют питание сустава

1. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И

ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВНЧС МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ

1) мышечно-суставная дисфункция

2) артрит

3) артроз

4) остеома суставного отростка нижней челюсти

476. ПРИ БОКОВОМ ДВИЖЕНИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ СДВИГА СМЕЩАЕТСЯ

1) вокруг собственной оси

2) вперед и в сторону

3) вниз и вперед

4) назад и внутрь

1. К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

1) артикулятор

2) функциограф

3) гнатодинамометр

4) параллелометр

1. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С.Е. ГЕЛЬМАНА ПОКАЗЫВАЕТ

1) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 с

2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений

3) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений

4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса

1. МЕТОД АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО

СУСТАВА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ В НИХ СТЕПЕНИ И ХАРАКТЕРА ХРУСТА, ЩЕЛКАНЬЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1) артрофонография

2) осциллография

3) миоартрография

4) мастикациография

480. ВНЕРОТОВАЯ ЗАПИСЬ СУСТАВНОГО ПУТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1) аксиографа

2) цефалостата

3) гнатостата

4) параллелометра

1. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГАЛЬВАНИЗМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

1) гальванометрия

2) электроодонтометрия

3) рентгенография

4) компьютерная томограмма

1. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) изменений гемодинамики

2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

3) движения головок нижней челюсти

4) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

483. СИСТЕМА T-SCAN ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И АНАЛИЗА

1) окклюзионных контактов

2) работы жевательных мышц

3) податливости слизистой оболочки

4) функции ВНЧС

1. МЕТОД ПАЛАТОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) уточнения ширины и формы зубных дуг и постановки передних зубов в их пришеечной части

2) уточнения ширины и формы зубных дуг и выявления дефектов речи, связанных с расположением зубов в вертикальной плоскости

3) постановки передней группы зубов

4) постановки боковой группы зубов

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ИХ СООТНОШЕНИЙ, ИЗУЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ПРОВОДЯТСЯ НА МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

1) диагностических

2) анатомических

3) дополнительных

4) рабочих

1. МАСТИКАЦИОГРАММА СОСТОИТ ИЗ ВОЛНООБРАЗНЫХ КРИВЫХ

1) жевательных волн

2) электроволн

3) миоволн

4) потенциаловолн

487. УСТРАНЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ, ПРИ

ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ РАЗРАБОТАН МЕТОД

1) избирательного пришлифовывания

2) временного шинирования

3) постоянного шинирования

4) непосредственного протезирования

1. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ВРЕМЕННЫЕ ШИНЫ ПРИМЕНЯЮТ В ТЕЧЕНИЕ

1) всего периода комплексного лечения до момента наложения постоянного шинирующего аппарата

2) одного месяца

3) периода реабилитации после травмы

4) до удаления опорных зубов

1. ПРОЦЕСС ПРИДАНИЯ ОСОБЫХ СВОЙСТВ МЕТАЛЛАМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ДРУГИХ МЕТАЛЛОВ (ЭЛЕМЕНТО3) НАЗЫВАЕТСЯ

1) легированием

2) закалкой

3) аффинажем

4) фрезерованием

1. КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) хромо-кобальтовый сплав

2) альгинатная масса

3) гипс

4) воск

491. СЪЕМНЫЙ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ВРЕМЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИЗ

1) пластмассы

2) титанового сплава

3) альгината

4) керамической массы

1. ВРЕМЕННЫЙ ПОЛНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА

1) полная вторичная адентия

2) частичная вторичная адентия

3) частичная первичная адентия

4) кандидоз полости рта

1. ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ШИРИНА УСТУПА СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

1) 1,3-1,4

2) 2-3

3) 0,5-0,7

4) 3,5

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КУЛЬТЕВОЙ

ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) короткий искривленный корень зуба

2) многокорневые зубы с непараллельными каналами

3) гиперплазированная десна, закрывающая корень

4) наличие искусственной коронки на зубе-антагонисте

495. В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ ПРОМЫВНОЕ ПРОСТРАНСТВО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (ММ)

1) 1-2

2) 4-5

3) 3-4

4) 6-8

1. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ КОСВЕННЫМ МЕТОДОМ

ПРОВОДИТСЯ

1) на модели

2) на оттиске

3) на бумаге

4) в полости рта

1. СЕПАРАЦИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЭТАП СНЯТИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

1) апроксимальной

2) вестибулярной

3) оральной

4) окклюзионной

1. АБРАЗИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОДНОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ

1) алмазные боры

2) стальные боры

3) твѐрдосплавные боры

4) твѐрдосплавные фрезы

499. РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ

ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ СМЫКАНИИ

ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (В ММ)

1) 2-4

2) 0,5-1

3) 5-6

4) 7-8

1. ПРОТЕТИЧЕСКАЯ ПЛОСКОСТЬ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ПАРАЛЛЕЛЬНА ЛИНИИ

1) Камперовской

2) Франкфуртской

3) альвеолярного гребня

4) зрачковой

1. ПОВЕРХНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА,

СОХРАНЯЮЩАЯ НАИМЕНЬШУЮ ТОЛЩИНУ "ЗОНЫ БЕЗОПАСНОСТИ"

1) пришеечная часть

2) окклюзионная

3) мезио-дистальная

4) вестибуло-оральная

1. ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ КОРОНКУ НА

1) гипсовом столбике

2) гипсовой модели

3) металическом штампике

4) разборной гипсовой модели

503. ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ

1) водный дентин

2) эластичные пластмассы

3) стеклоиономерный цемент

4) акриловые пластмассы

1. АППАРАТ ПАРКЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) наружного метода окончательной штамповки

2) внутреннего метода окончательной штамповки

3) комбинированного метода окончательной штамповки

4) предварительной штамповки

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ШТАМПОВАННОЙ

КОРОНКИ СОЕДИНЕНИЕ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

1) создания ретенционных пунктов «перлов»

2) химического соединения

3) образования окисной пленки

4) взаимной диффузии материалов

1. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ РАЗБОРНУЮ МОДЕЛЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ДЛЯ

1) удобства моделирования и припасовки коронки

2) предотвращения усадки сплава

3) точности литья коронки

4) дублирования модели из огнеупорного материала

507. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ СЛЕПОК СНИМАЮТ С

1) обеих челюстей

2) челюсти, на которой будет припасована коронка

3) препарированного зуба и с противоположной челюсти

4) фрагмента челюсти с препарированным зубом

1. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ

ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) полировка

2) глазурование

3) припасовка на модели

4) заключительный обжиг

1. ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФОРМИРУЮТ ФАЛЬЦ С ЦЕЛЬЮ

1) исключения сколов эмали

2) предупреждения смещения вкладки

3) исключения опрокидывающего момента

4) улучшения эстетики

1. СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ С УДЕРЖИВАЮЩИМИ КЛАММЕРАМИ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА

1) слизистую оболочку полости рта

2) естественные зубы

3) жевательные мышцы

4) слизистую оболочку и естественные зубы

511. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА, ДАВШИЙ НАЗВАНИЕ ЭТИМ КОНСТРУКЦИЯМ

1) дуга

2) седло с искусственными зубами

3) опорно-удерживающий кламмер

4) многозвеньевой кламмер

1. НА ОДИНОЧНОСТОЯЩИЙ КЛЫК ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

1) Свенсена

2) Аккера

3) Роуча

4) Бонвиля

1. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПЛЕЧА КЛАММЕРА

1) обеспечивает фиксацию и стабилизацию протеза

2) передает жевательное давление на периодонт опорных зубов

3) соединяет все элементы кламмера

4) предупреждает опрокидывание протеза

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ КАРКАСА СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА

1) вершине альвеолярного гребня

2) оральном скате альвеолярного гребня

3) вестибулярном скате альвеолярного гребня

4) оральном скате и вершине альвеолярного гребня

1. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО

1) дублировать рабочую модель

2) сделать параллелографию рабочей модели

3) изолировать зоны поднутрения рабочей модели

4) пропитать водой рабочую модель

516. ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ

МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЮТ

1) окклюзионной зоной

2) зоной поднутрения

3) ретенционной зоной

4) кламмерной зоной

1. НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

1) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти

2) по носоушной и зрачковой горизонтали

3) по методу Паунда

4) с помощью аппарата Ларина

1. ПРИ ГАЛЬВНОЗАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) протезы из безметалловой керамики

2) протезы из металлокерамики

3) металлические протезы с NiTi покрытием

4) штампованно-паяные протезы

1. ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ПОСЛЕ

ФИКСАЦИИ ШТАМПОВАННОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА

1) глубокого погружения края коронки в десневую бороздку

2) недостаточного количества фиксирующего цемента

3) неправильного формирования уступа

4) отсутствия контакта с зубами-антагонистами

520. ГРАНУЛЯРНАЯ ПОРИСТОСТЬ В ПЛАСТМАССЕ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

1) нарушения пропорций полимера и мономера

2) быстрого нагрева кюветы

3) недостаточного сжатия пластмассы

4) нарушения температуры нагрева кюветы

1. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА СНИМАЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ

ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ (ММ)

1) 1,5-2,0

2) 0,25-0,3

3) 0,3-0,5

4) 2,5-3,0

1. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

1) касательная

2) промывная

3) седловидная

4) диаторическая

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА УТРАТЫ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА

1) воспалительные осложнения

2) остеомиелит челюсти

3) аллергическая реакция

4) гальванизм

524. ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫХ

ОККЛЮЗИОННЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ СЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дисфункция ВНЧС

2) гальванизм

3) «парниковый эффект»

4) клиновидный дефект

1. КИСЛОТА, КОТОРОЙ ПРОТРАВЛИВАЮТ СФОРМИРОВАННУЮ ПОЛОСТЬ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ

1) фосфорная

2) плавиковая

3) азотная

4) соляная

1. ВКЛАДКА, ГРАНИЦЫ КОТОРОЙ НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ БУГРОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) инлей

2) онлей

3) оверлей

4) пинлей

1. ПРИЧИНА РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

1) чрезмерная конусность культи зуба

2) чрезмерная толщина литого каркаса

3) усадка металла при литье

4) некачественное литье

528. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП РАСПОЛАГАЕТСЯ

1) по всему периметру шейки зуба

2) на вестибулярной поверхности

3) с оральной и апроксимальных сторон

4) на апроксимальных поверхностях

1. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПОД ЛИТЫЕ КОРОНКИ ПРОИЗВОДЯТ

1) алмазными головками

2) металлическими фрезами

3) карборундовыми фрезами

4) карборундовыми дисками

1. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ И КОСТНЫХ СТРУКТУР ВНЧС ДАЕТ

1) магнитно-резонансная томография

2) телерентгенография

3) ортопантомография

4) визиография

1. ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТСЯ ТЕРМИН

1) синдром Костена

2) синдром Робена

3) артроз

4) анкилоз

1. ПРОФИЛЬ ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ

1) прямой

2) плоский

3) круглый

4) овальный

1. ФОРМА ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ

1) овальная

2) грушевидная

3) конусовидная

4) трапециевидная

1. ПЕРВИЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

1) стандартный набор обследования

2) биохимический анализ крови

3) общий клинический анализ крови

4) периотестометрию

535. ВЫРАЖЕННОСТЬ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

1) снижения высоты нижнего отдела лица

2) хронических заболеваний слизистой оболочки

3) хронического пульпо-периодонтита

4) кариеса зуба

1. ДЛЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНО

1) убыль твѐрдых тканей зубов, образование заместительного дентина

2) полость зуба увеличивается в объѐме

3) образование в области шейки дефекта клиновидной формы

4) дистальное перемещение зубов

537. СНИЖЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОЙ ВЫСОТЫ И ВЫСОТЫ

НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ

СТИРАНИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) парафункцией жевательных мышц

2) сухостью в полости рта

3) атрофией слюнных желѐз

4) непереносимостью зубных протезов

1. СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С УМЕНЬШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЗУБОВ

1) на верхней челюсти и нижней челюсти возрастает

2) на верхней челюсти и нижней челюсти замедляется

3) на верхней челюсти возрастает, а на нижней челюсти не изменяется

4) на верхней челюсти не изменяется, а на нижней челюсти возрастает

1. ТОЛЩИНА НАДКОСТНИЦЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С ВОЗРАСТОМ

1) уменьшается

2) не изменяется

3) увеличивается

4) перерождается в фиброзную ткань

1. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ С ВОЗРАСТОМ

1) расширяется

2) суживается

3) не изменяется

4) исчезает

541. КАЖДЫЙ ЗУБ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ

ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ ИМЕЕТ ДВА АНТАГОНИСТА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ 31, 41 ЗУБОВ И

1) 18 и 28

2) 38 и 48

3) 36 и 46

4) 11 и 21

1. ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ КРАЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ

1) на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости

2) касаются этой плоскости

3) на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости

4) на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости

1. ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ БУГОРКИ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ

1) на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости

2) касаются окклюзионной плоскости

3) на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости

4) на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости

1. ДВУСТОРОННИЙ, ДИСТАЛЬНО НЕ ОГРАНИЧЕННЫЙ

(КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА, ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ К КЛАССУ

1) первому

2) третьему

3) второму

4) четвертому

545. МЫШЕЧНЫЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: МЫШЦЫ,

ПОДНИМАЮЩИЕ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, СПРАВА И СЛЕВА НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ

1) равномерного одновременного напряжения

2) равномерного одновременного расслабления

3) относительного физиологического покоя

4) максимального мышечного напряжения

1. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

1) зубными, суставными, мышечными

2) лицевыми, глотательными, зубными

3) язычными, мышечными, суставными

4) зубными, глотательными, лицевыми

1. АНАТОМИЧЕСКАЯ ШЕЙКА ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над – и поддесневой частей зуба

3) экватору зуба

4) десневому краю

1. ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ

ЗНАЧИТЕЛЬНО БЫСТРЕЕ ПРОТЕКАЕТ ПРИ

1) прямом прикусе

2) открытом прикусе

3) глубоком блокирующем прикусе

4) перекрестном прикусе

1. КРАТЕРООБРАЗНАЯ ФОРМА СТИРАНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ОБУСЛОВЛЕНА

1) разницей микротвердости эмали и дентина

2) наличием вредных привычек

3) изменением химического состава ротовой жидкости

4) перестройкой миотатического рефлекса

550. НЕАКТИВНЫЕ ОРГАНЫ РЕЧИ

1) зубы верхней и нижней челюстей

2) глотка

3) язык

4) губы

1. ПРИ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОЛОСТЬ ЗУБА

1) уменьшается в размере

2) увеличивается в размере

3) не изменяется

4) может уменьшаться, может увеличиваться

1. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

1) аномалия прикуса

2) гингивит

3) профессиональная гигиена полости рта

4) заболевания сердечнососудистой системы

1. К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКЕ ЗУБОВ ПРИВОДИТ

1) частичная потеря зубов

2) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

3) кислотный некроз

4) острый гингивит

554. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пародонтит

2) остеохондроз позвоночника

3) пульпит

4) гингивит

555. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление формирующего протеза

2) первая врачебная помощь

3) изготовление постоянного протеза

4) изготовление иммедиат-протеза

1. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изготовление иммедиат-протеза

2) первая врачебная помощь

3) изготовление формирующего протеза

4) изготовление постоянного протеза

1. ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

1) 6-8 месяцев

2) 1 месяц

3) 1-2 дня

4) 12-14 дней

1. ТАМПОНИРОВАНИЕ ПРОНИКАЮЩЕГО ДЕФЕКТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СНЯТИИ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ПРОВОДЯТ

1) марлевым тампоном

2) воском

3) ватным тампоном

4) силиконовым материалом высокой плотности

559. ПАКОВКУ ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДЯТ В СТАДИИ

1) тестообразной

2) песочной

3) тянущихся нитей

4) набухания

560. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

1) своевременное зубное протезирование

2) ежедневную чистку зубов жесткой зубной щѐткой

3) использование отбеливающих капп

4) проведение аллергических проб перед протезированием

**Примечание:** правильный ответ во всех тестовых заданиях располагается первым.

**ОРТОДОНТИЯ**

1. ПРОВЕДЕНИЕ МИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ

1) 4 – 7 лет

2) 1 – 2 лет

3) 10 – 12 лет

4) 6 мес – 1 года

2. УСТРАНИТЬ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ЩЕК МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

1) миофункциональных аппаратов

2) миогимнастики

3) головной шапочки с подбородочной пращой

4) несъемных ортодонтических аппаратов

1. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

1) Брюкля

2) Дерихсвайлера

3) микроимплант

4) брекет система

1. ПРИ СКВОЗНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ,

АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА В ВОЗРАСТЕ ДО 3 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

1) пластинка с винтом

2) аппарат Брюкля

3) пластинка с накусочной площадкой

4) аппарат Френкеля I типа

1. ФАРИНГОПЛАСТИКА – ЭТО

1) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки

2) пластика мягкого и твердого отдела неба

3) пластика в пределах мягкого неба

4) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

6. УРАНОСТАФИЛОФАРИНГОПЛАСТИКА – ЭТО

1) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

2) пластика мягкого и твердого отдела неба

3) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки

4) пластика в пределах мягкого неба

1. ВЕЛОПЛАСТИКА – ЭТО

1) пластика в пределах мягкого неба

2) пластика мягкого и твердого отдела неба

3) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки

4) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

1. КОМПАКТОСТЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) ускорения ортодонтического лечения

2) улучшения фиксации ортодонтического аппарата

3) продолжения ортодонтического лечения

4) сохранения результатов ортодонтического лечения

1. ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К

1) внутриротовым, одночелюстным

2) внеротовым

3) комбинированным

4) двучелюстным

1. АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ

1) расширение и уплощение верхнего зубного ряда

2) уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда

3) устранение вредных привычек

4) устранение дизoокклюзии

11. КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 16 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

1) сохранения места для 15

2) мезиализации 16

3) дистализации 16

4) ротации 16

1. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1) равномерного расширения верхнего зубного ряда

2) удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда

3) oдностороннего расширения верхнего зубного ряда

4) раскрытия срединного небного шва

1. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ C ЦЕЛЬЮ

1) удлинения верхнего зубного ряда

2) равномерного расширения верхнего зубного ряда

3) одностороннего расширения верхнего зубного ряда

4) раскрытия срединного небного шва

1. АППАРАТ PENDULUM ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

1) дистализации моляров верхней челюсти

2) смещения нижней челюсти вперед

3) смещения верхнего зубного ряда вперед

4) стабилизации положения верхней челюсти

1. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ

1) перемещать вперед верхний зубной ряд

2) cдерживать рост верхней челюсти

3) cтимулировать рост нижней челюсти

4) сдерживать рост обеих челюстей

16. ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ

1) сдерживать рост верхней челюсти

2) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть

3) стимулировать рост нижней челюсти

4) сдерживать рост обеих челюстей

1. ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ

1) cдерживать рост нижней челюсти

2) перемещать вперед верхний зубной ряд и верхнюю челюсть

3) cтимулировать рост нижней челюсти

4) сдерживать рост обеих челюстей

1. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ НОРДА

1) лечебный

2) профилактический

3) ретенционный

4) комбинированный

1. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ

1) лечебный

2) профилактический

3) ретенционный

4) комбинированный

1. ГУБНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

1) мезиального смещения нижнего зубного ряда

2) дистального смещения первых нижних моляров

3) удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда

4) удлинения переднего нижнего зубного ряда

21. ГУБНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

1) удлинения зубных рядов

2) мезиального смещения первых моляров

3) уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда

4) сужения зубных рядов

1. АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) раскрытия небного шва

2) удлинения верхнего зубного ряда

3) ротации первых верхних моляров

4) расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

1. АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

1) стабилизации положения моляров

2) вестибулярного перемещения резцов

3) выдвижения нижней челюсти

4) стабилизации положения резцов

1. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) двучелюстным, комбинированным

2) одночелюстным, механическим

3) одночелюстным, функциональным

4) двучелюстным, функциональным

1. АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ

1) резцов

2) клыков

3) моляров

4) премоляров

26. ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ СПОСОБСТВУЮТ

1) росту апикального базиса челюсти

2) сдерживанию роста апикального базиса челюсти

3) устранению протрузии резцов

4) фиксации аппарата в полости рта

1. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) межчелюстная по III классу

2) одночелюстная

3) межчелюстная по II классу

4) вертикальная

1. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ

1) перекрестная

2) одночелюстная

3) межчелюстная по III классу

4) межчелюстная по II классу

1. ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В АППАРАТЕ КЛАММТА ЯВЛЯЮТСЯ

1) вестибулярная дуга, кламмера Адамса

2) рукообразные пружины

3) винт

4) только вестибулярная дуга

1. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

1) нормализации окклюзии

2) расширения нижнего зубного ряда

3) дистального перемещения боковой группы зубов справа

4) удлинения зубных рядов

31. ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

1) расширения зубного ряда

2) коррекции положения первого постоянного моляра

3) удлинения зубного ряда

4) сохранения места

1. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1) винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца

2) накусочной площадки

3) наклонной плоскости

4) щита

1. ВНУТРИРОТОВАЯ ЭЛАСТИЧНАЯ ТЯГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1) нормализации положения зубов, зубных рядов

2) введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща

3) нормализации дыхания

4) устранения вредных привычек

1. БРЕКЕТ-СИСТЕМА ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

1) механического действия

2) комбинированного действия

3) функционального действия

4) внеротовым

1. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА

1) верхней челюсти

2) нижней челюсти

3) обеих челюстей

4) не влияет на рост

36. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РОСТА

1) нижней челюсти

2) верхней челюсти

3) обеих челюстей

4) не влияет на рост

1. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ ГУБЫ

1) нижней

2) верхней

3) верхней и нижней

4) нет губных пелотов

1. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ РАСШИРИТЬ

1) верхний и нижний зубные ряды

2) только нижний зубной ряд

3) не расширяет

4) верхний зубной ряд в переднем отделе

1. В РЕГУЛЯТОРЕ ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ОККЛЮЗИОННЫЕ НАКЛАДКИ ИМЕЮТ ОТПЕЧАТКИ

1) нижних зубов

2) верхних зубов

3) верхних и нижних зубов

4) нет окклюзионных накладок

1. АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ

1) несъемный

2) съемный

3) внеротовой

4) вестибулярный

41. АППАРАТ НАНСА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ

1) несъемный

2) съемный

3) внеротовой

4) вестибулярный

1. РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ

1) медиально, латерально

2) вестибулярно

3) вертикально

4) дистально

1. ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

1) нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения

2) устранения вредных привычек

3) нормализации носового дыхания

4) ретенции результатов ортодонтического лечения

1. К ВНУТРИРОТОВЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

1) пластинки для верхней челюсти с винтом

2) лицевая дуга

3) подбородочная праща с головной шапочкой

4) маска Диляра

1. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

1) комбинированным

2) механическим

3) функциональным

4) капповым

46. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) мезиальной окклюзии

2) аномалии зубных рядов

3) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

4) перекрестной окклюзии

1. БАМПЕР КОРНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

1) нормализации и cтабилизации положения первых моляров

2) экструзии зубов

3) внедрения передней группы зубов

4) внедрения резцов нижнего зубного ряда

1. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

1) зеркало, зонд

2) зеркало, гладилка

3) зеркало, пинцет

4) пинцет, штопфер

1. ЛИНИЯ КЛЕЙНА РАЗДЕЛЯЕТ

1) красную кайму и слизистую оболочку

2) красную кайму и периоральную кожу

3) периоральную кожу и слизистую оболочку

4) слизистую оболочку и прикрепленную десну

1. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) осмотр

2) рентгенография

3) ЭОД

4) перкуссия

51. ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С

1) внешнего осмотра

2) заполнения зубной формулы

3) определения прикуса

4) осмотра зубных рядов

1. С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО

1) устранение вредных привычек

2) ретенция результатов после ортодонтического лечения

3) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов

4) углубление преддверия полости рта

1. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ

1) вестибулярную пластинку

2) моноблок Андрезена – Гойпля

3) пластинку Рейхенбаха – Брюкля

4) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

1) устранить вредные привычки

2) переместить боковые зубы дистально

3) изменить наклон моляров

4) предупредить смещение моляров дистально

55. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

1) предупредить прокладывание языка между зубами

2) переместить боковые зубы дистально

3) изменить наклон моляров

4) предупредить смещение моляров мезиально

1. УСТРАНИТЬ ВРЕДНУЮ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

1) вестибуляной пластинки Хинца

2) пластинки с протрагирующими пружинами

3) аппарата Брюкля

4) регулятора функции Френкеля

1. ПРЕДУПРЕДИТЬ ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

1) вестибуляной пластинки Хинца

2) пластинки с протрагирующими пружинами

3) аппарата Брюкля

4) регулятора функции Френкеля

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

1) лечебно-профилактическим

2) ретенционным

3) профилактическим

4) капповым

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

1) лечебно-профилактическим

2) профилактическим

3) ретенционным

4) капповым

60. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) устранение вредных привычек, нормализация функции дыхания и глотания

2) расширение зубных рядов

3) смещение нижней челюсти вперед

4) устранение диастемы

1. ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) сужения верхнего зубного ряда

2) адентии

3) ретенции зубов

4) лингвооклюзии

1. ИНФАНТИЛЬНОЕ ГЛОТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) макроглоссии

3) множественного кариеса

4) дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

1. ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

1) нормализации положения 11 и 21

2) нормализации роста апикального базиса нижней челюсти

3) устранения инфантильного глотания

4) нормализации артикуляции языка

1. ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 3–6

2) до 1

3) 12–14

4) 14–18

65. ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУГРОВ МОЛОЧНЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ

1) профилактики аномалий окклюзии

2) эстетического эффекта

3) стимуляции прорезывания постоянных зубов

4) профилактики ретенции зубов

1. УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) уплощения переднего участка нижнего зубного ряда

2) задержки прорезывания постоянных зубов

3) сужения верхнего зубного ряда

4) лингвоокклюзии

1. УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) нарушения глотания

2) задержки прорезывания постоянных зубов

3) сужения верхнего зубного ряда

4) лингвоокклюзии

1. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

1) 5–7

2) 10–18

3) 18–25

4) 0–3

1. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ

1) функциональные нарушения

2) адентия

3) макродентия

4) задержка прорезывания зубов

70. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба

2) мезиальной окклюзии

3) вертикальной резцовой дизокклюзии

4) дистальной окклюзии

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

1) протрузии верхних резцов

2) ретрузии резцов верхнего зубного ряда

3) мезиальной окклюзии

4) ретрузии нижних и верхних резцов

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА С УПОРОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) дистальной

3) мезиальной

4) трансверсальной резцовой

1. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПРЕДУПРЕЖДАЕТ

1) прокладывание языка между зубными рядами

2) смещение нижней челюсти вперед

3) смещение нижней челюсти назад

4) адентию

1. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

1) преортодонтического миотрейнера

2) капп

3) небного бюгеля

4) квадхеликса

75. СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО

1) года

2) 3 лет

3) 4 лет

4) 5 лет

76. ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧКИ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА

МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ

1) преортодонтического миотрейнера

2) небного бюгеля

3) аппарата Pendulum

4) пластинки с накусочной площадкой

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО

1) 5 лет

2) 3 лет

3) 4 лет

4) 12 мес.

1. С ПОМОЩЬЮ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО ТРЕЙНЕРА ВОЗМОЖНО

1) устранение вредных привычек и расширение зубных рядов

2) ретенция результатов после ортодонтического лечения

3) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов

4) углубление преддверия полости рта

1. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) преортодонтический миотрейнер

2) моноблок Андрезена – Гойпля

3) пластинку Рейхенбаха – Брюкля

4) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

80. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НУЖДАЮТСЯ В

1) профилактических и лечебных мероприятиях

2) лечебных мероприятиях

3) хирургическом лечении

4) наблюдении

1. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С УПОРОМ ДЛЯ ЯЗЫКА

ПОКАЗАНА ДЛЯ

1) предупреждения прокладывания языка между зубами

2) перемещения боковых зубов дистально

3) изменения наклона моляров

4) предупреждения смещения моляров мезиально

1. УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СМЕСТИТЬ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

1) вестибуляной пластинки Хинца с наклонной плоскостью

2) пластинки с протрагирующими пружинами

3) аппарата Брюкля

4) регулятора функции Френкеля

1. ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ПОКАЗАН ПРИ

1) протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти

2) недоразвитии верхней челюсти

3) мезиальной окклюзии

4) ретрузии резцов верхней челюсти

1. ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

1) лечебно-профилактическим

2) ретенционным

3) профилактическим

4) капповым

85. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

1) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба

2) мезиальной окклюзии

3) вертикальной резцовой дизокклюзии

4) дистальной окклюзии

1. С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ

РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами

2) мостовидный протез

3) регулятор функций Френкеля

4) аппарат Персина

1. ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ И НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) пластинка Хинца с бусиной

2) аппарат Андрезена – Гойпля

3) пластинка с накусочной площадкой

4) расширяющая пластинка

1. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

1) консультации невролога

2) лечебных мероприятиях

3) хирургическом лечении

4) наблюдении

1. ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В

1) профилактических мероприятиях

2) лечебных мероприятиях

3) хирургическом лечении

4) наблюдении

90. ПРИВЫЧКА ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В

1) профилактических мероприятиях

2) лечебных мероприятиях

3) хирургическом лечении

4) наблюдении

1. ФУНКЦИЮ ГЛОТАНИЯ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

1) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания

2) пластикой уздечки верхней губы

3) удалением зубов по методу Хотца

4) пластикой уздечки нижней губы

1. ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ

1) устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания

2) гигиену полости рта

3) рациональное питание

4) только санацию полости рта

1. НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

1) палатоокклюзии

2) дистальной окклюзии

3) глубокой резцовой окклюзии

4) трансверсальной резцовой окклюзии

1. ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

1) щечное

2) небное

3) лингвальное

4) язычное

95. ЛИНГВООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

1) язычное

2) небное

3) щечное

4) вестибулярное

1. ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

1) небное

2) лингвальное

3) щечное

4) вестибулярное

1. ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

1) транспозиция

2) супраположение

3) вестибулярное

4) инфраположение

1. В НОРМЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ

1) по 2 антагониста

2) по 1 антагонисту

3) смыкание с клыками

4) смыкание с боковыми резцами

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО

1) язычное

2) инфраположение

3) оральное

4) вестибулярное

100. ЩЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

1) вестибулярное

2) инфраположение

3) вестибулярное и супраположение

4) оральное

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

1) супра-, инфра-

2) медиальное

3) латеральное

4) мезиальное

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЕБНО

1) оральное

2) мезиальное

3) супраположение

4) дистальное

1. ПОЛОЖЕНИЕ 43 И 33 ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

1) супраположение

2) дистальное положение

3) ретенция

4) адентия

1. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ РЕЗЦЫ НА

1) 1/3 высоты коронки

2) 1/2 высоты коронки резцов

3) 2/3 высоты коронки резцов

4) всю высоту

105. СМЫКАНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ

1) I

2) II 1 подклассу

3) III

4) II 2 подклассу

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальная резцовая дизокклюзия

2) лингвоокклюзия

3) палатиноокклюзия

4) трансверзальная резцовая окклюзия

1. МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА – ЭТО АНОМАЛИЯ

1) положения

2) формы

3) количества

4) структуры твердых тканей

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

1) физиологической

2) мезиальной

3) дистальной

4) перекрестной

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ

1) вертикальная резцовая дизокклюзия

2) дистальная

3) мезиальная

4) трансверсальная

110. ПАРНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ С СУСТАВНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЯМОК ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) ВНЧС

2) челюстным соединением

3) мандибулярным суставом

4) ложным суставом

1. ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

1) на 1/3 высоты коронки нижнего резца

2) на 1/2 высоты коронки нижнего резца

3) на 2/3 высоты коронки нижнего резца

4) на величину коронки резца

1. ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ

1) мезиальной окклюзии

2) вертикальной резцовой дизокклюзии

3) перекрестной окклюзии

4) глубокой резцовой окклюзии

1. С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КОРНЕЙ ВЕРХНИХ

БОКОВЫХ ЗУБОВ С ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВИТЬ НА

1) компьютерную томографию

2) ТРГ в прямой проекции

3) ортопантомограмму

4) панорамную рентгенографию

114. СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) телерентгенографии в прямой проекции

2) панорамной рентгенографии

3) телерентгенографии в боковой проекции

4) прицельной рентгенографии

1. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕТ

1) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области

2) движение нижней челюсти

3) движение ВНЧС

4) гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

1. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ

СТРУКТУР ВНЧС ДАЕТ

1) магнитно-резонансная томография

2) телерентгенография

3) ортопантомография

4) компьютерная томография

1. ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ

ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПУТЕМ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) электромиографией

2) мастикациографией

3) кинезиографией

4) сиалографией

118. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ

1) электромиографии

2) реопародонтографии

3) артофонографии

4) аксиографии

1. РЕОГРАФИЯ В ОБЛАСТИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС

2) сократительную способность мышц челюстно-лицевой области

3) движение суставных головок нижней челюсти

4) выносливость тканей пародонта

1. АНОМАЛИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) ТРГ в боковой проекции

2) томографии

3) ортопантомографии

4) панорамной рентгенографии

1. ФОРМУ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

1) Изара

2) Тонна

3) Эшлера – Биттнера

4) Коркхауза

1. «ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) ретроположении нижней челюсти

2) нормальном развитии

3) перекрестном прикусе

4) формировании диастемы

123. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ С

1) одноименным зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом

2) одноименным зубом нижней челюсти

3) одноименным зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом

4) одноименным зубом верхней челюсти

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ

ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ

1) Хаулея – Гербера – Гербста

2) Коркхауза

3) Пона

4) Долгополовой

1. ШИРИНУ ГОЛОВЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

1) eu – eu

2) zy – zy

3) go – go

4) op – gl

1. ДЛИНУ ГОЛОВЫ ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

1) оp- gl

2) eu – eu

3) zy - zy

4) go – go

1. МЕТОД КОРКХАУЗА ОСНОВАН НА

1) зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда

2) зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов

3) зависимости ширины и длины зубных рядов

4) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

128. ИНДЕКС ТОННА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) пропорциональности верхних и нижних резцов

2) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубных рядов

3) ширины зубного ряда

4) длины зубного ряда

1. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЕ УГЛА АNB=10 ГРАДУСОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) скелетном классе II

2) скелетном классе I

3) скелетном классе III

4) протрузии верхних резцов

1. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SNA СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) верхнечелюстной прогнатии

2) скелетном классе I

3) нижнечелюстной макрогнатии

4) верхнечелюстной микрогнатии

1. ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ КОРОНОК ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) индекс Тона

2) методика Пона

3) методика Коркхауза

4) индекс Нансе

1. РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТСЯ В

1) трансверсальном направлении

2) сагиттальном и вертикальном направлениях

3) сагиттальном направлении

4) вертикальном направлении

133. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА НА НИЖНИХ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРАХ

1) дистальная точка ската щечного бугорка

2) середина межбугорковой фиссуры

3) вершина небного бугорка

4) скат небного бугорка

134. ДЛИНУ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ЗУБНОГО РЯДА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА

1) Коркхауза

2) Нансе

3) Пона

4) Хауса – Снагиной

1. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-MP СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) вертикальном типе роста лицевого скелета

2) вращении нижней челюсти по часовой стрелке

3) горизонтальном направлении роста лицевого скелета

4) ретрогнатическом типе профиля

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ранняя потеря молочных зубов

2) аномалии формы временных зубов

3) нарушение окклюзии

4) нарушение формы зубных рядов

1. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ

УМЕНЬШЕНИЕ УГЛА SNB СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) нижнечелюстной микрогнатии

2) скелетном классе I

3) нижнечелюстной макрогнатии

4) верхнечелюстной микрогнатии

138. ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОКАЗАНА ПРИ

1) ретракции десны

2) сужении зубных рядов

3) диастеме

4) нижней ретрогнатии

1. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА 14 И 24 НАХОДЯТСЯ В

1) середине межбугорковой фиссуры

2) вершине щечного бугорка

3) дистальной точке ската щечного бугорка

4) мезиальной точке ската щечного бугорка

1. УГОЛ SNA В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 82

2) 80

3) 85

4) 74

1. УГОЛ SNB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 80

2) 82

3) 85

4) 74

1. УГОЛ ANB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 2

2) 6

3) 12

4) 8

143. УГОЛ SPP\MP В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 25

2) 32

3) 15

4) 7

1. УГОЛ SPP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 7

2) 25

3) 32

4) 15

1. УГОЛ MP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

1) 32

2) 25

3) 15

4) 7

1. ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ

1) 1,33

2) 1,22

3) 1,5

4) 1,14

1. ПЕРЕДНИЙ ОТДЕЛ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НА ТРГ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) N-Se

2) MT1

3) MT2

4) Mp

148. РОТОВОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

1) сужению верхнего зубного ряда

2) формированию диастемы

3) формированию вредной привычки

4) дистализации моляров верхней челюсти

1. ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ

1) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей

2) измерения размеров зубов нижней челюсти

3) измерения ширины зубного ряда

4) измерения длины зубного ряда

1. МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОАРТРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ

1) сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти

2) состояние жевательных мышц в покое

3) тонус жевательных мышц

4) выносливость собственно жевательных мышц

1. ПРОБА ЭШЛЕРА – БИТНЕРА

1) выдвижение нижней челюсти с целью определения еѐ ретроположения

2) смещение нижней челюсти кзади

3) определение асимметрии лица во время улыбки

4) глотание слюны

1. ПРИКУСЫВАНИЕ И ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ ДИЗОККЛЮЗИИ

1) вертикальной

2) глубокой резцовой

3) дистальной

4) мезиальной

153. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ

ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/3 ВЫСОТЫ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) глубокой резцовой окклюзией

2) вертикальной резцовой дизокклюзией

3) сагиттальной резцовой дизокклюзией

4) трансверзальной резцовой окклюзией

1. ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В ПЛОСКОСТИ

1) сагиттальной

2) вертикальной

3) трансверзальной

4) окклюзионной

1. ПАТОЛОГИЯ ВНЧС, ПРИ КОТОРОЙ НАРУШАЕТСЯ

КООРДИНАЦИЯ ФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ВЗАИМНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) мышечно-суставной дисфункцией

2) мышечной дисфункцией

3) суставной дисфункцией

4) анкилозом

1. НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

1) ранней потерей второго временного моляра

2) патологической стираемостью

3) снижением окклюзионной высоты

4) физиологической стираемостью

157. К АНОМАЛИИЯМ ОККЛЮЗИИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОТНОСИТСЯ

1) дистальная окклюзия

2) дизокклюзия

3) вестибулоокллюзия

4) глубокое резцовое перекрытие

1. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ

1) ретрогения

2) прогения

3) протрузия

4) ретрузия

1. ПРИ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ

1) «готическое» небо

2) симптом «наперстка»

3) сагиттальная щель

4) диастема

1. СОСАНИЕ СОСКИ ПОСЛЕ 1 ГОДА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОККЛЮЗИИ

1) дистальной

2) глубокой

3) перекрестной

4) мезиальной

1. МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

1) 64

2) 85

3) 80

4) 65

162. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 12 И 22 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 7–8 лет

2) 5 лет

3) 3 года

4) 11 лет

1. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 14 И 24 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 8–9 лет

2) 5 лет

3) 3 года

4) 11 лет

1. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 13 И 23 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 11–12 лет

2) 5 лет

3) 8 лет

4) 3 года

1. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 16 И 26 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 5–6 лет

2) 11 лет

3) 8 лет

4) 3 года

1. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 32 И 42 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 6–7 лет

2) 4 года

3) 8 лет

4) 11 лет

167. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 33 И 43 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 10–11 лет

2) 3 года

3) 5 лет

4) 12 лет

1. СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 11–12 лет

2) 5–6 лет

3) 3 года

4) 8 лет

1. К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

1) меньше верхней

2) равна верхней

3) больше верхней на 3 мм

4) больше верхней на 5 мм

1. ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

1) полукруга

2) полуэллипса

3) параболы

4) трапеции

1. ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ОТ

1) 4 до 6 лет

2) 3 до 4 лет

3) 5 до 8 лет

4) 3 до 9 лет

172. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1) 6-1-2-4-3-5-7

2) 1-2-4-5-3-6-7

3) 6-1-2-5-3-4-7

4) 6-2-4-3-5-7

1. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ В НОРМЕ С

1) одноименным и позадистоящим зубами н/ч

2) одноименным и впередистоящим зубами н/ч

3) только одноименным зубом

4) только позадистоящим

1. РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) режущим краем

2) язычной поверхностью

3) вестибулярной поверхностью

4) апроксимальной поверхностью

1. ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1) наличии сверхкомплектных зубов

2) отсутствии зачатков зубов

3) ретенции зубов

4) увеличении размеров зубов

1. ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО

1) поворот зуба вокруг вертикальной оси

2) супраположение зуба

3) вестибулярный наклон зуба

4) оральное положение зуба

177. ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

1) назад по зубному ряду

2) вперед по зубному ряду

3) в сторону неба

4) в сторону щеки

1. СУПРАПОЛОЖЕНИЕ – ЭТО ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

1) выше окклюзионной плоскости

2) поворот зуба вокруг вертикальной оси

3) вестибулярное

4) оральное

1. II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

1) нижней челюсти дистально

2) верхней челюсти дистально

3) нижней челюсти мезиально

4) нижней челюсти латерально

1. ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ

1) нижней челюсти дистально

2) нижней челюсти мезиально

3) верхней челюсти дистально

4) верхней челюсти латерально

1. ЛИНГВОККЛЮЗИЯ – ЭТО СМЕЩЕНИЕ

1) нижних боковых зубов язычно

2) верхних боковых зубов орально

3) верхних боковых зубов щечно

4) нижних передних зубов вестибулярно

182. ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

1) трансверсальном

2) вертикальном

3) сагиттальном

4) сагиттальном и вертикальном

1. В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

1) по 1 антагонисту

2) по 2 антагониста

3) контакт с клыками верхней челюсти

4) контакт с боковыми резцами верхней челюсти

1. ЩЕЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С

1) продольными фиссурами верхних

2) щечными бугорками верхних

3) небными бугорками верхних

4) вестибулярными поверхностями верхних

1. РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) небной поверхностью

2) режущим краем

3) вестибулярной поверхностью

4) апроксимальной поверхностью

1. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) больше альвеолярной дуги

2) меньше альвеолярной дуги на 5 мм

3) равна альвеолярной дуге

4) меньше альвеолярной дуги на 3 мм

187. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

1) I – II – IV – III – V

2) I – II – III – IV – V

3) II – I – III – IV – V

4) I – II – V – IV – III

1. ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ – ЭТО СМЕЩЕНИЕ

1) нижних или верхних боковых зубов в щечную сторону

2) нижних или верхних боковых зубов в оральную сторону

3) только верхних боковых зубов в оральную сторону

4) нижних передних зубов в оральную сторону

1. НЕБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3-Х ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

1) в продольной фиссуре нижних моляров

2) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров

3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

4) на одном уровне с щечными бугорками нижних моляров

1. ЗАДЕРЖКА СМЕНЫ ЗУБОВ

1) персистенция

2) гиперодонтия

3) скученное положение

4) гиподонтия

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

1) супраположение

2) оральное

3) инфраположение

4) вестибулярное

193. АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

1) количества

2) размера

3) структуры твердых тканей

4) формы

1. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

1) количества

2) размера зубных рядов

3) положения

4) смыкания зубных рядов

1. НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

1) количества

2) размера

3) формы

4) положения

1. РЕТЕНЦИЯ – ЭТО АНОМАЛИЯ

1) сроков прорезывания

2) количества

3) формы

4) размера

1. СУЖЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА – ЭТО АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

1) трансверсальном

2) вертикальном

3) сагиттальном

4) вертикальном и сагиттальном

198. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

1) переднего и заднего

2) заднего

3) переднего

4) мозгового и лицевого

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ

1) мозговой и лицевой

2) челюстной и лобный

3) верхний и нижний

4) затылочный, лобный, челюстной

1. НЕБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

1) оральное

2) мезиальное

3) супраположение

4) вестибулярное

1. ЛИНГВАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА – ЭТО

1) оральное

2) дистальное

3) инфраположение

4) вестибулярное

1. ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ

РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

1) обратную резцовую

2) вертикальную резцовую дизокклюзию

3) глубокую резцовую дизокклюзию

4) дистальную

203. РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ

РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

1) сагиттальную резцовую

2) глубокую резцовую

3) обратную резцовую

4) трансверсальную резцовую

1. ТРАНСВЕРСАЛЬНУЮ РЕЗЦОВУЮ ОККЛЮЗИЮ ОТНОСЯТ К АНОМАЛИЯМ В ОТДЕЛЕ

1) переднем

2) боковом

3) нижнем боковом

4) верхнем боковом

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) дистальная

2) сагиттальная резцовая

3) обратная резцовая

4) трансверсальная резцовая

1. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА – СМЕЩЕНИЕ КЗАДИ

1) дистальное

2) вестибулярное

3) тортаномалия

4) супраположение

207. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) вертикальная резцовая дизокклюзия

2) сагиттальная резцовая дизокклюзия

3) обратная резцовая дизокклюзия

4) дистальная окклюзия

1. УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ

1) микродентия

2) гиподентия

3) гиперодентия

4) транспозиция

1. БИПРОТРУЗИЯ

1) протрузия резцов верхнего и нижнего зубных рядов

2) ретрузия резцов

3) обратная резцовая окклюзия

4) обратная резцовая дизокклюзия

1. УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ – АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальном

2) вертикальном

3) трансверсальном

4) сочетанном

1. ПРОТРУЗИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ – ПОЛОЖЕНИЕ

1) вестибулярное

2) оральное

3) тортоположение

4) транспозиция

212. БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

1) дистальной

2) дизокклюзии

3) перекрестной

4) мезиальной

1. МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ – АНОМАЛИЯ В НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальном

2) вертикальном и трансверсальном

3) трансверсальном

4) сагиттальном и трансверсальном

1. СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ – ЭТО

1) мезиальная окклюзия

2) вертикальная резцовая дизокклюзия

3) дистальная окклюзия

4) глубокая резцовая окклюзия

1. СООТНОШЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛО-ГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ ЭНГЛЯ

1) I

2) II 1 подклассу

3) III

4) II 2 подклассу

1. ПРОТРУЗИЯ - АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В

НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальном

2) вертикальном

3) трансверсальном

4) сочетанном

217. ОТСУТСТВИЕ ЗАЧАТКА ЗУБА

1) адентия

2) латеральное положение резцов, диастема

3) скученное положение

4) трема

1. ПАЛАТООККЛЮЗИЯ – АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

1) трансверсальном

2) вертикальном

3) сагиттальном

4) сагиттальном и трансверсальном

1. ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКОРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ

ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) глубокой резцовой окклюзии

3) обратной резцовой дизокклюзии

4) трансверсальной резцовой окклюзии

1. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ

ПРИВОДИТ К

1) диастеме

2) тремам

3) тортоаномалии

4) транспозиции

1. ПОВОРОТ ПО ОСИ

1) тортоаномалия

2) транспозиция

3) вестибулярное положение

4) оральное положение

222. ГИПОПЛАЗИЯ – АНОМАЛИЯ

1) структуры твердых тканей

2) положения

3) формы

4) количества

1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ ФОРМИРУЕТСЯ

1) к моменту рождения

2) до образования нѐба

3) к моменту прорезывания первых зубов

4) не формируется

1. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ

С ОТДЕЛАМИ

1) мозговым, лицевым, шейным

2) мозговым

3) лицевым

4) шейным

1. ЗОНОЙ РОСТА ШВА ЯВЛЯЕТСЯ

1) камбиальный слой

2) капсулярный слой

3) наружный и внутренний слои перепончатой ткани

4) средняя зона шва

1. ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

1) 2

2) 3

3) 1

4) 4

227. В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

1) 4

2) 2

3) 6

4) 8

1. В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ

1) 2 антагониста

2) 1 антагонист

3) контакт с резцами

4) контакт с вторыми премолярами

1. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 1.1 И 2.1 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) диастемы

2) тремы

3) диастемы и тремы

4) макродентии

1. АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

1) количества

2) формы

3) размера

4) структуры твердых тканей

1. ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

1) количества зубов

2) смыкания зубных рядов

3) размера зубных рядов

4) положения зуба

232. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЯЗЫЧНО

1) лингвальное

2) тортоаномалия

3) супраположение

4) вестибулярное

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В

ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) трансверсальная резцовая окклюзия

2) глубокая резцовая окклюзия

3) обратная резцовая окклюзия

4) сагиттальная резцовая окклюзия

1. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ И

ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЯХ

1) вестибулярное и супраположение

2) инфра- и супраположение

3) оральное и вестибулярное

4) дистальное и мезиальное

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) глубокая резцовая окклюзия

2) сагиттальная резцовая дизокклюзия

3) обратная резцовая окклюзия

4) трансверсальная резцовая окклюзия

1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) ортопантомографию

2) ТРГ – прямую проекцию

3) томографию ВНЧС

4) ТРГ – боковую проекцию

237. АНОМАЛИИ РАЗМЕРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

1) ТРГ в боковой проекции

2) ортопантомографии

3) панорамной рентгенографии

4) ТРГ прямой проекции

1. ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

1) задержке роста нижней челюсти

2) выдвижению нижней челюсти

3) нарушению прорезывания зубов

4) нарушению положения зубов

1. ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1) наличия зачатков постоянных зубов

2) длины нижней челюсти

3) длины верхней челюсти

4) ширины зубных рядов

1. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

ПРИВОДИТ К

1) диастеме

2) ограничению подвижности нижней губы

3) увеличению подвижности зубов

4) тремам

1. ПРИЧИНА ДИАСТЕМЫ

1) адентия боковых резцов

2) неправильное вскармливание

3) рахит

4) сужение зубных рядов

242. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 6.3 ПРИВОДИТ К

1) мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних

2) травме зачатка постоянного зуба

3) дистальному смещению боковых зубов

4) деминерализации одноименного зачатка

1. ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА

1) горизонтальный

2) вертикальный

3) горизонтальный и вертикальный

4) нейтральный

1. НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ ЗУБА

1) положения

2) размера

3) формы

4) структуры

1. ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 1.6

1) преждевременное удаление 5.5

2) макродентия нижних зубов

3) сверхкомплектный зуб в области 4.5

4) давление зачатка 4.7

1. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) мезиальной окклюзии

3) протрузии нижних резцов

4) глубокой резцовой дизокклюзии

247. К МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ

1) верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия

2) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия

3) верхняя прогнатия

4) нижняя ретрогнатия

1. ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) сужение и укорочение зубного ряда

2) макроглоссия

3) микродентия

4) макрогнатия

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ

ПРОВОДИТ К

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) мезиальной окклюзии

3) глубокой резцовой окклюзии

4) дистальной окклюзии

1. СОСАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

1) протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти

2) травме языка

3) выдвижению нижней челюсти

4) прикусыванию щек

1. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) ретрузии нижних резцов

2) формирования трансверсальной аномалии окклюзии

3) смещения средней линии

4) смещения нижней челюсти латерально

252. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) сагиттальной резцовой дизокклюзии

2) прямой резцовой окклюзии

3) глубокой резцовой окклюзии

4) глубокой резцовой дизокклюзии

1. УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ

1) создает дефицит места

2) создает избыток места

3) не влияет

4) нормализует окклюзию

1. ПРИЧИНОЙ БИАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

1) макроглоссия

2) микроглоссия

3) микродентия

4) гипертонус круговой мышцы рта

1. К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

1) микродентия

2) микрогнатия

3) макроглоссия

4) глоссоптоз

1. НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ

1) экзогенным общим

2) эндогенным общим

3) экзогенным местным

4) эндогенным местным

1. К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

1) макродентия

2) микрогнатия

3) макроглоссия

4) макрогнатия

1. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

1) низко прикрепленная уздечка верхней губы

2) макродентия

3) укороченная уздечка языка

4) мелкое преддверие полости рта

1. РАННЯЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) наклону соседних зубов в сторону дефекта

2) удлинению зубной дуги

3) диастеме

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ

1) протрузия передней группы зубов верхней челюсти

2) дизокклюзия в боковых отделах

3) носовое дыхание

4) чрезмерное развитие нижней челюсти

1. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЙ

1) неврологических

2) эстетических

3) травматических

4) социальных

262. ПРИЧИНА ТРЕМ

1) микродентия

2) широкая уздечка языка

3) сужение зубных рядов

4) нарушения окклюзии

1. ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы

2) тортоаномалии зубов

3) нарушения развития твердых тканей

4) наличия сверхкомплектных

1. РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 53 ПРИВОДИТ К

1) мезиальному смещению боковых зубов

2) травме зачатка постоянного зуба 23

3) травме зачатка постоянного зуба 13

4) деминерализации одноимѐнного зачатка

1. РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

1) положение языка

2) размеры зубов

3) положение уздечки верхней губы

4) форму зубов

1. ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И АДЕНОИДЫ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

1) палатиноокклюзии

2) мезиальной окклюзии

3) глубокой резцовой окклюзии

4) обратной резцовой окклюзии

267. К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ КРУЗОНА (CROUZON) ОТНОСЯТ

1) резкое недоразвитие среднего отдела лица

2) чрезмерное развитие нижней челюсти

3) чрезмерное развитие верхней челюсти

4) резкое недоразвитие верхнего участка лица

1. РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1) синдроме Крузона (Crouzon)

2) ключично-черепном дизостозе

3) синдроме Франческетти

4) гипогидротической эктодермальной дисплазии

1. УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО – СЛЕДСТВИЕ

1) чрезмерного вертикального роста челюстей

2) чрезмерного горизонтального роста челюстей

3) нейтрального роста

4) недоразвития верхней челюсти

1. ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

1) вертикального

2) горизонтального

3) вышеперечисленных

4) нейтрального

1. ПРИЧИНА МИКРОДЕНТИИ

1) генетически детерминированный фактор

2) низкое прикрепление уздечки верхней губы

3) свехкомплектный зуб

4) нарушение функции глотания

272. АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) палатиноокклюзия

2) мезиальная окклюзия

3) глубокая резцовая окклюзия

4) биальвеолярная протрузия

1. АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА

1) мезиальным смещением боковых зубов

2) нарушением функции языка

3) укороченной уздечкой языка

4) микродентией клыка

1. УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У

ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

1) зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов

2) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов

3) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов

4) протрузией резцов

1. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

1) нижняя морфологическая высота лица

2) ширина лица

3) средняя морфологическая высота лица

4) глубина лица

1. К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТСЯ

1) токсикозы 1-го триместра беременности

2) вредные привычки ребенка

3) родовая травма

4) искусственное вскармливание

277. ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ

1) дистальной окклюзии

2) перекрѐстной окклюзии

3) мезиальной окклюзии

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) сужение верхнего зубного ряда

2) дистопия

3) ретенция

4) бипротрузия

1. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ФОРМЫ ЗУБНОГО РЯДА

1) верхнего и нижнего в переднем отделе

2) нижнего в транверсальном направлении

3) верхнего в боковом

4) укорочению верхнего

1. ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

1) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания

2) пластикой уздечки верхней губы

3) удалением зубов по методу Хотца

4) пластикой уздечки нижней губы

281. СИПТОМОМ ГИПЕРТОНУСА КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) симптом напѐрстка в области подбородка при глотании

2) надподбородочная складка

3) выступание верхней губы

4) выступание нижней губы

1. ПРИЧИНОЙ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЕ

1) одностороннее сужение зубного ряда

2) функции глотания

3) функции дыхания

4) гипотонус круговой мышцы рта

1. ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

1) вертикальном

2) сагиттальном

3) трансверсальном

4) трансверсальном, сагиттальном

1. ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В

НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальном

2) вертикальном, сагиттальном, трансверсальном

3) вертикальном

4) трансверсальном

285. МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В

НАПРАВЛЕНИИ

1) сагиттальном

2) вертикальном, сагиттальном, трансверсальном

3) вертикальном

4) трансверсальном

1. ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) микродентия зубов верхней челюсти

2) мелкое преддверие полости рта

3) укороченная уздечка языка

4) ротовое дыхание

1. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) нарушенная функция языка

2) низкое прикрепление уздечки верхней губы

3) мелкое преддверие

4) адентия

1. ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

1) зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе

2) миодинамического равновесия

3) функции глотания

4) функции дыхания

1. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1) зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов

2) симптом наперстка

3) интрузия резцов

4) экструзия моляров

290. ПРИЧИНА ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА 13

1) персистентный 53

2) нарушение функции глотания

3) нарушение функции дыхания

4) адентия временных моляров

1. ПРИЧИНА МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ

1) ранняя потеря временных клыков

2) сверхкомплектные зубы

3) дистальная окклюзия

4) глубокая резцовая окклюзия

1. ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

В НАПРАВЛЕНИИ

1) вертикальном

2) вертикальном, трансверсальном

3) сагиттальном

4) трансверсальном

1. СИМПТОМ «НАПЕРСТКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия

2) низком прикреплении уздечки верхней губы

3) диастеме

4) тремах

1. ВЯЛЫЙ ТИП ЖЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К

1) скученному положению зубов

2) тремам

3) диастеме

4) адентии зубов

295. ОДНА ИЗ ПРИЧИН ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ

1) нестираемость бугров временных клыков

2) укорочение уздечки языка

3) инфантильный тип глотания

4) вялое жевание

1. ДЛЯ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО

1) гиподентия

2) макродентия

3) гипердентия

4) наличие всех зачатков постоянных зубов

1. ДИАСТЕМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АНОМАЛИИ

1) положения зубов

2) макродентии

3) микрогнатии

4) палатиноокклюзии

1. САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

1) протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти

2) протрузией резцов верхней и нижней челюсти

3) протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти

4) ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

1. СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

ПРОВОДИТ К

1) скученному положению резцов

2) персистенции

3) гиперодонтии

4) гиподонтии

300. ПРИЧИНА УКОРОЧЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА – СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

1) мезиально

2) вестибулярно

3) латерально

4) транспозиция

1. ОБРАТНАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

1) ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти

2) протрузией резцов верхней и нижней челюсти

3) протрузией резцов нижней челюсти

4) протрузией резцов верхней челюсти, ретрузией резцов нижней челюсти

1. МАКРОДЕНТИЯ – АНОМАЛИЯ

1) размера

2) формы

3) положения

4) все вышеперечисленное

1. ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) NL

2) ML

3) NSL

4) FH

1. ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ

1) Or-Po

2) N-S

3) Ar-Go

4) Go-Pg

305. ГОНИАЛЬНЫЙ УГОЛ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) Go

2) Ar

3) Co

4) Po

1. ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ПОДБОРОДКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) Pg

2) Me

3) Ar

4) Go

1. НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) A

2) B

3) Me

4) Pg

1. НАИБОЛЕЕ УГЛУБЛЕННАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) B

2) Pg

3) Me

4) A

1. ЛИНИЯ NS СООТВЕТСТВУЕТ ПЛОСКОСТИ

1) переднего отдела основания черепа

2) основания нижней челюсти

3) основания верхней челюсти

4) эстетической по Rikets

310. ТОЧКА AR РАСПОЛОЖЕНА НА

1) заднем контуре суставной головки нижней челюсти

2) переднем контуре апикального базиса нижней челюсти

3) переднем контуре апикального базиса верхней челюсти

4) вершине суставной головки нижней челюсти

1. ТОЧКА ME СООТВЕТСТВУЕТ

1) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

2) вершине суставной головки

3) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

4) передней точке подбородочного выступа

1. ТОЧКА PT ЯВЛЯЕТСЯ

1) верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели

2) серединой турецкого седла

3) нижней точкой края орбиты

4) верхней точкой наружного слухового прохода

1. ТОЧКА ЦЕНТРА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

1) S

2) Po

3) Pt

4) Ba

1. ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) Snа

2) Snp

3) Go

4) Co

315. ЗАДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) Snp

2) Co

3) Go

4) Snа

1. ТОЧКА А ЯВЛЯЕТСЯ

1) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти

2) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти

3) передней точкой носолобного шва

4) центром турецкого седла

1. ТОЧКА GO ЯВЛЯЕТСЯ

1) точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

2) передней точкой апикального базиса нижней челюсти

3) вершиной суставной головки

4) передней точкой подбородочного выступа

1. ТОЧКА PG СООТВЕТСТВУЕТ

1) передней точке подбородочного выступа

2) нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

3) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти

4) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

1. ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПАРАМЕТР

1) U1 – NL

2) U6 – NL

3) L1 – ML

4) L1 – ML

320. С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) ТРГ – боковая проекция

2) ТРГ – прямая проекция

3) ортопантомограмму

4) томографию ВНЧС

1. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

1) инфраположение

2) оральное

3) дистальное

4) вестибулярное

1. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

1) вестибулокклюзия

2) глубокая резцовая окклюзия

3) обратная резцовая окклюзия

4) обратная резцовая дизокклюзия

1. ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

1) вестибуло-оральный

2) мезио-дистальный

3) лабио-лингвальный

4) лабио-латеральный

1. РОТИРОВАННЫЙ МОЛЯР ИЛИ ПРЕМОЛЯР ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ

1) больше места

2) меньше места

3) ротация не имеет значения

4) положение зависит от расположения передних зубов

325. РОТИРОВАННЫЙ РЕЗЕЦ ЗАНИМАЕТ В ЗУБНОМ РЯДУ

1) меньше места

2) больше места

3) ротация не имеет значения

4) зависит от направления ротации

1. ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) ротация

2) торк

3) ангуляция

4) инклинация

1. ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

1) медио-латеральный

2) вестибуло-оральный

3) межрезцовый угол

4) лабио-латеральный

1. ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА

1) ТРГ головы в прямой проекции

2) ортопантомограмме

3) ТРГ головы в боковой проекции

4) панорамной рентгенограмме

1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) клиническое обследование

2) анализ моделей челюстей

3) рентгенологический метод

4) графический метод

330. ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ ЛИЦА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) измерением третей лица

2) относительно средней линии лица

3) определением типа профиля по Риккетс

4) определением индекса Изара

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА ЭШЛЕРА-БИТНЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

1) дистальном прикусе

2) мезиальном прикусе

3) перекрестном прикусе

4) глубоком прикусе

1. РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1) в 2 раза дольше периода активного ортодонтического лечения

2) длительность периода активного ортодонтического лечения

3) до 18 лет

4) в 3 раза дольше периода ортодонтического лечения

1. ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА У ДЕТЕЙ – СОН НА ОДНОМ БОКУ – ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

1) перекрестной окклюзии

2) мезиальной окклюзии

3) дистальной окклюзии

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. АНАЛИЗ ПО БОЛТОНУ

1) показывает пропорциональность размеров верхних и нижних зубов

2) показывает нарушение размера зубного ряда в трансверсальном направлении

3) показывает нарушение размера зубного ряда в сагиттальном направлении

4) показывает нарушение размера апикального базиса

335. ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ ДОСЛОВНО – ЭТО

1) рентгенография на расстоянии

2) рентгенография с применением tv-антенны

3) рентгенография, где вместо пленки используют tv-экран

4) рентгенография с максимальным приближением рентгеновской трубки к объекту

1. ЛИЦЕВАЯ МАСКА – ЭТО

1) съемный аппарат ортопедического действия для коррекции мезиальной окклюзии

2) несъемный ортодонтический аппарат, используемый для коррекции роста нижней челюсти

3) несъемный ортодонтический аппарат, используемый для коррекции дистальной окклюзии

4) функциональный ортодонтический аппарат, направленный на устранение вредных привычек

1. РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ - ЭТО

1) ортодонтический аппарат , используемый для стабилизации ортодонтического результата лечения

2) ортодонтический аппарат для расширения верхней челюсти

3) ортодонтический аппарат комбинированного типа действия

4) ортодонтический аппарат для коррекции ретенции отдельных зубов

1. ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС – ЭТО

1) аномалии прикуса в трансверсальном направлении

2) аномалии формы зубных рядов

3) аномалии размера зубного ряда

4) избыточный наклон группы зубов в вестибулярном направлении

1. ТОРТОАНОМАЛИЯ – ЭТО

1) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб развернут вокруг своей оси

2) затрудненное прорезывание

3) аномалия положения отдельных зубов, при которой соседние зубы меняются местами

4) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб имеет выраженное небное положение

340. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕМЫ И ДИАСТЕМА В ПРИКУСЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

1) трансверсальном росте челюстных костей

2) смещении нижней челюсти вперед

3) рассасывании корней молочных зубов

4) формировании корней постоянных зубов

1. ГУБНОЙ ПЕЛОТ В АППАРАТЕ ПЕРСИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

1) стимулирует рост апикального базиса нижней челюсти

2) сдерживает рост апикального базиса нижней челюсти

3) стимулирует рост апикального базиса верхней челюсти

4) расширяет нижний зубной ряд

1. ЩЕЧНЫЕ ЩИТЫ В АППАРАТЕ ФРЕНКЕЛЯ

1) отводят щеки от зубных рядов

2) фиксируют аппарат

3) являются опорой аппарата

4) пассивны

1. НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

1) латерального положения центральных резцов (диастемы)

2) ретенции центральных резцов верхней челюсти

3) транспозиции резцов

4) дистальной окклюзии, мезиальной окклюзии

1. УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ

1) недоразвитии нижней челюсти

2) сужении зубных рядов

3) мезиальной окклюзии

4) расширении зубного ряда

345. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) индивидуальная гигиена полости рта

2) санация полости рта

3) снижение потребления углеводов

4) устранение хронических очагов инфекции

1. МЕТОД ПОНА ОСНОВАН НА

1) зависимости ширины зубной дуги от суммы поперечных размеров резцов

2) пропорциональности размеров 4 резцов верхней челюсти и 4 резцов нижней челюсти

3) соотношении длины и ширины зубной дуги

4) соотношении ширины зубной дуги в области премоляров и в области моляров

1. НАКЛОН ОСЕЙ РЕЗЦОВ НА БОКОВОЙ ТРГ ЧЕРЕПА ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

1) плоскостей SpP и MP

2) плоскости МТ-1

3) туберальной плоскости

4) окклюзионной плоскости

1. ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

1) графической репродукции зубной дуги

2) основания черепа

3) срединно-сагиттальной и туберальной плоскостей

4) основания верхней челюсти

1. ЭДЖУАЙС ТЕХНИКА ПО БИОФИЗИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

1) механическим

2) дуговым

3) функционально-направляющим

4) функционально действующим

350. МЕТОД ХОТЦА ИЗВЕСТЕН В ОРТОДОНТИИ КАК МЕТОД

1) профилактического удаления зубов с целью устранения дефицита места в зубном ряду

2) диагностики аномалий формы зубных рядов

3) диагностики параметров апикального базиса челюстей

4) удаления постоянных зубов при сформированных челюстно-лицевых аномалиях

1. НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРИОДА РЕТЕНЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) принципом действия лечебного ортодонтического аппарата

2) наличием неустраненных отклонений от морфологической нормы

3) величиной ортодонтических сил, применявшихся в ходе аппаратурного лечения

4) конструкцией ортодонтического аппарата, использованного в ходе активного лечения

1. ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВСЛЕДСТВИЕ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО

1) не позднее 1 месяца после удаления

2) не ранее 1 месяца после удаления

3) не ранее чем через 6 месяцев после удаления

4) не позднее чем через 6 месяцев после удаления

1. ПОЛНЫЙ ОТКАЗ ОТ ПУСТЫШКИ И СОСКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА

1) 10 месяцев

2) 1 года

3) 1,5 года

4) 2,5 года

354. ДЕТИ БЕЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ, НО С

ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ, ПО А.Д. ОСАДЧЕМУ ОТНОСЯТСЯ К

1) второй диспансерной группе

2) первой диспансерной группе

3) третьей диспансерной группе

4) четвертой диспансерной группе

1. ТОЛЩИНА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА СУСТАВНОГО ДИСКА (ММ)

1) 3–4

2) 0–1

3) 1,5–2

4) 1,5

1. ТОЛЩИНА МЕДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА СУСТАВНОГО ДИСКА (ММ)

1) 1–1,5

2) 0–1

3) 1,5–2

4) 3–4

357. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-NSL СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) вращении верхней челюсти по часовой стрелке

2) горизонтальном направлении роста лицевого скелета

3) ретрогнатическом типе профиля

4) вертикальном типе роста лицевого скелета

1. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SarGo СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) вращении нижней челюсти по часовой стрелке

2) горизонтальном направлении роста лицевого скелета

3) ретрогнатическом типе профиля

4) вертикальном типе роста лицевого скелета

1. ПРИ МАЛЕНЬКОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕЖДУ ДНОМ ПОЛОСТИ РТА И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

1) лингвальную пластинку

2) лингвальную дугу

3) губные пелоты

4) щечные пелоты

360. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ ЭШЛЕРА–

БИТНЕРА ПРОФИЛЬ ЛИЦА УЛУЧШАЕТСЯ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

1) ретрогнатия нижней челюсти

2) прогнатия верхней челюсти

3) зубоальвеолярная форма дистальной окклюзии

4) макрогнатия верхней челюсти

1. ПАЛАТОККЛЮЗИЯ – ЭТО СМЕЩЕНИЕ

1) верхних боковых зубов орально

2) нижних боковых зубов орально

3) верхних боковых зубов щечно

4) нижних боковых зубов щечно

1. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) задержка роста нижней челюсти в сагиттальной плоскости

2) макроглоссия и ротовое дыхание

3) сужение нижней челюсти

4) увеличение нижней челюсти в сагиттальной плоскости

1. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С ПЕРЕЛОМОМ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО

1) 16-18 летнего возраста

2) 1 год после травмы

3) 2 года после травмы

4) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома

1. ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

1) восстановления функции жевания и профилактики

2) сужения зубных рядов

3) увеличения силы действующего аппарата

4) расслабления жевательной мускулатуры

365. «СИМПТОМ НАПЕРСТКА» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

1) инфантильного способа глотания

2) темпорального типа жевания

3) привычного ротового дыхания

4) снижения высоты прикуса

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНГЛЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

1) смыкание первых моляров

2) смыкание зубных рядов в сагиттальной, вертикальной, трансверсальной плоскостях

3) функциональное состояние мышц

4) сроки, размеры и количество зубов, развитие челюстных костей

1. ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗЗОКЛЮЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) сглаженность носогубных и подбородочной складок

2) резкая выраженность носогубной и подбородочной складок

3) снижение нижней трети лица

4) смещение подбородка в сторону

368. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

1) выраженность носогубных и подбородочных складок

2) сглаженность носогубных и подбородочной складок

3) увеличение нижней трети лица

4) смещение подбородка в сторону

1. ИЗМЕРЕНИЕ КДМ ПО КОРКХАУЗУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

1) длину переднего отрезка

2) пропорциональность верхних и нижних резцов

3) вертикальные размеры зубных рядов

4) трансверзальные размеры зубных рядов

1. ШИРИНА ЛИЦА ИЗМЕРЯЕТСЯ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

1) zy-zy

2) go-go

3) oph-gn

4) gl-gn

1. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) патология ЛОР-органов

2) вредная привычка закусывания верхней губы

3) неправильное положение во время сна с подкладыванием кулака под щеку

4) макроглоссия

1. ОТСУТСТВИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕМ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕННОМУ ПРИКУСУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

1) скученности постоянных зубов

2) дистальной окклюзии

3) мезиальной окклюзии

4) открытому прикусу

373. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 2 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

2) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

3) мезиальной окклюзии

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. АППАРАТ PENDULUM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) дистализации первых верхних постоянных моляров

2) дистализации первых нижних постоянных моляров

3) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

4) медленного расширения верхнего зубного ряда

1. АППАРАТ QUARDHELIX ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) расширения верхнего зубного ряда

2) расширения нижнего зубного ряда

3) удлинения верхнего зубного ряда

4) удлинения нижнего зубного ряда

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) верхнечелюстную пластинку с накусочной площадкой

2) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

3) аппарат Брюкля

4) верхнечелюстную пластинку с наклонной плоскостью

1. ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

1) глубокой резцовой дизокклюзии

2) вертикальной резцовой дизокклюзии

3) сагиттальной резцовой дизокклюзии

4) мезиальной окклюзии

378. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) пластика короткой широкой уздечки верхней губы

2) миогимнастика для нормализации положения языка в покое

3) использование вестибулярной пластинки

4) использование преортодонтического трейнера

379. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ИСПОЛЬЗУЮТ

1) вестибулярные пластинки

2) аппарат Брюкля

3) наложение гипсовой лангеты на локтевой сустав ребенка

4) аппарат с «шипами»

380. ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРОФИЛЬ

1) выпуклый

2) вогнутый

3) прямой

4) тип профиля не зависит от вида аномалий

1. ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПЕРВЫЕ ПОСТОЯННЫЕ

МОЛЯРЫ СМЫКАЮТСЯ

1) по второму классу Энгля

2) по третьему классу Энгля

3) по первому классу Энгля

4) дистальная окклюзия не зависит от смыкания первых моляров

1. ПРИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРОФИЛЬ

1) вогнутый или прямой

2) выпуклый

3) прямой

4) тип профиля не зависит от вида аномалии

1. ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА

1) увеличивается

2) уменьшается

3) не изменяется

4) становится асимметричной

384. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА ЧАЩЕ

1) снижена

2) увеличена

3) не изменена

4) становится асимметричной

1. ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ ЕРНО

1) носогубные и подбородочная складка резко выражены

2) сглаженность носогубных и подбородочной складок

3) увеличение нижней трети лица

4) смещение подбородка в сторону

1. ПРИ ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

1) асимметрия лица

2) синдром «длинного лица»

3) снижение нижней трети лица

4) выпуклый профиль

1. МЛАДЕНЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ – ЭТО

1) дистальное положение нижней челюсти во время рождения и в первые месяцы жизни

2) дистальное положение нижней челюсти от 6 месяцев до 1 года

3) несмыкание зубных валиков по вертикали

4) дистальное положение верхней челюсти при рождении и в первые месяцы жизни

388. МЕЗИАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ – ЭТО

1) расстояние сагиттальной плоскости между дистальными поверхностями 2 временных моляров

2) расстояние сагиттальной плоскости между дистальными поверхностями 1 постоянных моляров

3) когда дистальные поверхности 2 временных моляров находятся в одной вертикальной плоскости

4) когда 55 и 65 зубы смещаются мезиально относительно 75 и 85 зубов соответственно

1. ДЛЯ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

1) уменьшение базального угла

2) увеличение гониального угла

3) увеличение базального угла

4) увеличение угла ANB

1. ДЛЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

1) увеличение базального угла

2) уменьшение гониального угла

3) уменьшение базального угла

4) уменьшение угла ANB

1. ПРИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УГОЛ ANB

1) уменьшается

2) увеличивается

3) не изменяется

4) становится резко положительным

392. ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УГОЛ ANB

1) увеличен

2) уменьшен

3) не изменяется

4) становится отрицательным

1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛО-ГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННЫХ И СВЕРХКОМПЛЕКИТНЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1) компьютерная томография

2) ортопантомография

3) прицельная рентгенография

4) ТРГ в боковой проекции

1. ИНДЕКС ТОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) пропорциональность верхних и нижних резцов

2) трансверзальные размеры зубных рядов

3) сагиттальные размеры зубных рядов

4) вертикальные размеры зубных рядов

1. ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ РАВЕН

1) 1.33

2) 1.42

3) 1.23

4) 0.33

1. ИЗМЕРЕНИЕ ПО ТОНУ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОЦЕНКИ

1) трансверзальных размеров зубных рядов

2) сагиттальных размеров зубных рядов

3) вертикальных размеров зубных рядов

4) пропорциональности верхних и нижних резцов

397. ИЗМЕРЕНИЕ КДМ ПО КОРКХАУЗУ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

1) длину переднего отрезка

2) пропорциональность верхних и нижних резцов

3) вертикальные размеры зубных рядов

4) трансверзальные размеры зубных рядов

1. УГОЛ SNA НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) положение верхней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости

2) положение нижней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости

3) положение верхней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости

4) положение нижней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости

1. БАЗАЛЬНЫЙ УГОЛ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) взаимоотношение верхней и нижней челюсти в вертикальной плоскости

2) взаимоотношение верхней и нижней челюсти в сагиттальной плоскости

3) положение нижней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости

4) положение верхней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости

1. УВЕЛИЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОГО УГЛА ОБЫЧНО БЫВАЕТ ПРИ

1) вертикальной резцовой дизокклюзии

2) глубокой резцовой окклюзии

3) глубокой резцовой дизокклюзии

4) трансверзальных аномалиях

401. ТРГ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ

1) трансверзальных аномалиях

2) сагиттальных аномалиях

3) вертикальных аномалиях

4) зубоальвеолярной форме мезиальной окклюзии

1. ШИРИНА ЛИЦА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

1) zy-zy

2) go-go

3) oph-gn

4) gl-gn

1. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

1) оценить функциональное состояние мышц с помощью регистрации биоэлектрических потенциалов

2) оценить тонус жевательных мышц

3) исследовать состояние гемодинамики в мышцах

4) оценить состояние мышц только в покое

1. [ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) заболевания ЛОР-органов

2) вредная привычка закусывания верхней губы

3) неправильное положение во время сна с подкладыванием кулака под щеку

4) макроглоссия

1. ОТСУТСТВИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕМ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕННОМУ ПРИКУСУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) скученности постоянных зубов

2) дистальной окклюзии

3) мезиальной окклюзии

4) открытому прикусу

406. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 1 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

2) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

3) мезиальной окклюзии

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 3 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

1) мезиальной окклюзии

2) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

3) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

4) вертикальной резцовой дизокклюзии

1. АППАРАТ HAAS ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) форсированного расширения верхнего зубного ряда в раннем сменном прикусе

2) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

3) медленного расширения верхнего зубного ряда

4) дистализации первых верхних моляров

1. АППАРАТ «ЛЯГУШКА» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) дистализации первых верхних постоянных моляров

2) дистализации первых нижних постоянных моляров

3) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

4) медленного расширения верхнего зубного ряда

1. ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ШЕЙНОЙ ИЛИ ГОЛОВНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) дистализации первых верхних постоянных моляров

2) дистализации первых нижних постоянных моляров

3) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

4) медленного расширения верхнего зубного ряда

411. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) выдвижения верхней челюсти и верхнего зубного ряда кпереди

2) выдвижения нижней челюсти и нижнего зубного ряда кпереди

3) задержки роста верхней челюсти

4) для задержки роста нижней челюсти

1. АППАРАТ ДЕРИХСВАЙЛЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) форсированного расширения верхнего зубного ряда

2) медленного расширения верхнего зубного ряда

3) дистализации верхних первых моляров

4) деротации верхних первых моляров

1. ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ФОРМЕ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И

РЕТРУЗИИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ ВО ВРЕМЕННОМ ИЛИ РАННЕМ СМЕННОМ ПРИКУСЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АППАРАТ

1) Брюкля

2) Френкеля 1 типа

3) Гербста

4) Haas

1. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА В ПОКОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) аппарат с «шипами»

2) аппарат Брюкля

3) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

4) регулятор функции Френкеля 1 типа

415. ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСТАЛЬ-НОЙ ОККЛЮЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

1) ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией

2) форсированное расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера

3) форсированное расширение нижней челюсти в сочетании с лицевой маской

4) лечение с помощью активатора функции Френкеля 3 типа

1. ПРИ КАКОЙ ИЗ АНОМАЛИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ

1) глубокой резцовой дизокклюзии

2) вертикальной резцовой дизокклюзии

3) сагиттальной резцовой дизокклюзии

4) мезиальной окклюзии

1. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ

1) пластика короткой широкой уздечки верхней губы

2) миогимнастика для нормализации положения языка в покое

3) использование вестибулярной пластинки

4) использование преортодонтического трейнера

1. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ СМЫКАНИЯ ГУБ С ЦЕЛЬЮ

ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТ

1) миогимнастику для укрепления круговой мышцы рта

2) ношение элайнеров

3) активатор функции Френкеля IV типа

4) аппарат Брюкля

419. ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

1) устранения вредных привычек

2) предотвращения сообщения носовой и ротовой полости

3) нормализации положения верхних резцов

4) устранения протрузии нижних резцов

1. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА В ПОКОЕ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) вестибулярную пластинку с бусинкой

2) вестибулярную пластинку с козырьком

3) стандартная вестибулярная пластинка

4) аппарат Андрезена-Гойпля

1. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА

СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) вестибулярную пластинку с козырьком

2) вертикальную пластинку с бусинкой

3) стандартная вестибулярная пластинка

4) аппарат Андрезена-Гойпля

1. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ

1) устранение вредных привычек

2) активное ортодонтическое лечение с использованием несъемной аппаратуры

3) ортогнатическая хирургия

4) использование капп

1. ТОРТОАНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА

1) с поворотом по оси

2) ретрузионным

3) вестибулярным

4) протрузионным

1. К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

1) вестибулоположение

2) гиподонтия

3) ретенция

4) макродентия

1. УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ФОРМИРОВАНИЮ

1) мезиальной окклюзии

2) дистальной окклюзии

3) лингвоокклюзии

4) глубокой резцовой дизокклюзии

1. КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ

1) первичной

2) вторичной

3) третичной

4) интерцепциальной

427. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) укороченная уздечка верхней губы

2) тортоаномалия центральных резцов

3) глубокая резцовая окклюзия

4) сверхкомплектные латеральные резцы

1. ОСНОВНЫМ ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА

ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) генетическая обусловленность

2) наличие вредных привычек

3) травма зубов

4) кариес зубов

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ КОНСТРУКЦИЯ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ

1) съемный пластиночный протез

2) вкладка

3) бюгельный протез

4) мостовидный протез

1. ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ОБЛАСТИ ВЕРШИНЫ МЕЖЗУБНОГО СОСОЧКА ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

1) местные

2) общие

3) патогенные

4) условно патогенные

431. В ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ

СИСТЕМЫ И ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЛОДА ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД \_\_\_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ

1) 6-7

2) 8-9

3) 10-16

4) 17-20

1. ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЗА ГОД ДО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕНЫ, НЕОБХОДИМО

1) изготовить замещающую конструкцию

2) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов

3) провести сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

4) установить брекет-систему

1. КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВ-ЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ УХУДШЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ

1) вторичной

2) первичной

3) экзогенной

4) эндогенной

**Примечание:** правильный ответ во всех тестовых заданиях располагается первым.