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 1

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.1. - 277 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. | ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ | 4 |
| 2. | ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ | 114 |
| 3. | ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ | 172 |
| 4. | ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 249 |

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ
   1. зонд, зеркало
   2. штопфер, зонд
   3. гладилка, зонд
   4. пинцет, зеркало
2. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ
   1. 180°С- 45 мин
   2. 125°С- 45 мин
   3. 160°С - 40 мин
   4. 80°С - 60 мин
3. МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ (ХОЛОДНОЙ) СТЕРИЛИЗАЦИИ СТЕРИЛИЗУЮТ
   1. зеркала, изделия из стекла
   2. наконечники
   3. боры
   4. одноразовые шприцы
4. В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ
   1. пинцет, зонд
   2. зеркало, пинцет
   3. зонд, шприц
   4. зеркало, шприц
5. АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ
   1. марлевые тампоны, наконечники
   2. одноразовые шприцы
   3. пластмассовые шпатели
   4. слюноотсосы, зеркала
6. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА (ГРАДУСОВ)
   1. 18-23
   2. 15-16
   3. 17-18
   4. 23-28
7. ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «АССИСТИНА» ЯВЛЯЕТСЯ
   1. предстерилизационная очистка и смазывание наконечников
   2. стерилизация наконечников
   3. дезинфекция боров
   4. дезинфекция эндодонтического инструментария
8. СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ
   1. цельнометаллических инструментов
   2. перевязочного материала
   3. белья
   4. ватных валиков
9. СРЕДСТВО, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ
   1. 6% раствор перекиси водорода
   2. 1% раствор перекиси водорода
   3. 0,5% раствор хлорамина
   4. 75% метиловый спирт
10. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОРЫ ПОМЕЩАЮТ В
    1. дезинфицирующий раствор
    2. сухожаровой шкаф
    3. глассперленовый стерилизатор
    4. «Терминатор»
11. С ПОМОЩЬЮ АМИДОПИРИНОВОЙ ПРОБЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
    1. остатки крови на инструментах
    2. остатки моющих средств
    3. стерильность инструментов
    4. наличие жира
12. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗЕРКАЛА СТЕРИЛИЗУЮТСЯ МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО ВРЕМЕНИ (ЧАСОВ)
    1. 1-2
    2. 2-3
    3. 3
    4. 4-5
13. В ГЛАССПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗУЮТ
    1. боры, эндодонтический инструментарий
    2. стоматологические зеркала
    3. вату, белье
    4. оттиски
14. В ГЛАССПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ
    1. нагретыми стерильными шариками
    2. горячим паром
    3. облучением
    4. раствором глутаральдегида
15. ПОВЕРХНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ
    1. после приема каждого пациента
    2. один раз в день
    3. два раза в день
    4. три раза в день
16. ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ.М)
    1. 30
    2. 20
    3. 25
    4. 40
17. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПЛОЩАДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ.М)
    1. 8
    2. 10
    3. 20
    4. 25
18. КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ДЕНЬ (КОЛИЧЕСТВО РАЗ)
    1. 3
    2. 1
    3. 2
    4. 4
19. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)
    1. 1,5
    2. 1,0
    3. 1,2
    4. 2,0
20. В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ
    1. зонды
    2. стоматологические зеркала
    3. одноразовые шприцы
    4. перчатки
21. ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_КВ.М
    1. 14
    2. 12
    3. 10
    4. 7
22. НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ (КВ.М)
    1. 10
    2. 15
    3. 14
    4. 5
23. ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА НАПРАВЛЕНИЕ
    1. северное
    2. южное
    3. западное
    4. восточное
24. НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ТРУДОВЫХ ПРОЦЕССАХ С ЦЕЛЬЮ СОЗДАНИЯ ДЛЯ НЕГО ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА
    1. эргономика
    2. социология
    3. соционика
    4. экономика
25. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНО НА
    1. окно
    2. двери
    3. стену
    4. врача
26. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ
    1. предстерилизационной очистки
    2. дезинфекции
    3. стерилизации
    4. каждого этапа дезинфекции
27. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ КРОВИ И БЕЛКОВЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА
    1. амидопириновая
    2. йодиноловая
    3. бензидиновая
    4. фенолфталеиновая
28. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛЮНООТСОСЫ
    1. утилизируют
    2. дезинфицируют
    3. стерилизуют
    4. промывают
29. ПОСЛЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ИМЕЛ МЕСТО КОНТАКТ РУК С ХЛОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, СМОЧЕННЫМ РАСТВОРОМ
    1. 1% гипосульфита натрия
    2. 2% перекиси водорода
    3. 0,05% хлоргекседина
    4. 70% медицинского спирта
30. РАБОТНИКАМ, ЗАНЯТЫМ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ АМАЛЬГАМЫ, ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬСЯ
    1. хирургические халаты без карманов
    2. медицинские халаты без воротников
    3. хирургические халаты с карманами
    4. одноразовые медицинские шапочки
31. РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН В ОТДЕЛЬНОМ ПОМЕЩЕНИИ, ПЛОЩАДЬ КОТОРОГО ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ.М)
    1. 6
    2. 8
    3. 9
    4. 11
32. ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЙОДА ПОКАЗАН ПРИ
    1. медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
    2. остром периодонтите
    3. хроническом фиброзном пульпите
    4. любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами
33. ФЛЮКТУОРИЗАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ
    1. остром периодонтите
    2. кариесе зубов
    3. хроническом периодонтите
    4. хроническом пульпите
34. ФИЗИОТЕРАПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ
    1. идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
    2. гипертрофическом гингивите
    3. хроническом пародонтите
    4. пародонтозе
35. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. профессиональная гигиена
    2. гингивэктомия
    3. общая антибиотикотерапия
    4. кюретаж
36. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО
    1. проведение реминерализующей терапии
    2. уменьшение частоты индивидуальной гигиены
    3. окклюзионное регулирование
    4. системное использование препаратов фтора
37. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. профессиональная гигиена полости рта
    2. медикаментозное противовоспалительное лечение
    3. хирургическое лечение
    4. ортопедическое лечение
38. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ
    1. 2-14 дней
    2. 15-18 дней
    3. 20-24 дня
    4. 26-30 дней
39. УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОПРЕДЕЛЯЕТ
    1. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
    2. выбор местнообезболивающих средств
    3. применение кератопластических средств
    4. применение антибактериальных препаратов
40. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ
    1. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку
    2. удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
    3. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
    4. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе
41. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
    1. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств
    2. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию
    3. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
    4. устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
42. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
    1. культуральная инактивированная герпетическая вакцина
    2. интерферон лейкоцитарный
    3. кислота аскорбиновая
    4. гистаглобулин
43. С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
    1. стимуляция выработки эндогенного интерферона
    2. блокада Н-холинорецепторов
    3. седативное воздействие на ЦНС
    4. прием антигистаминных препаратов
44. КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
    1. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
    2. размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
    3. плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
    4. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
45. ПРИ ДЕПУЛЬПИРОВАНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АНЕСТЕЗИЮ
    1. инфильтрационную с вестибулярной стороны
    2. инфильтрационную с язычной стороны
    3. инфраорбитальную
    4. палатинальную
46. КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ
    1. до физиологической верхушки
    2. до анатомической верхушки
    3. не доходя 2 мм до апикального отверстия
    4. на 2/3 длины канала
47. ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМАФИЛ» ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ
    1. разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
    2. одного центрального штифта
    3. нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
    4. пломбировочного материала пастообразной консистенции
48. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗУБАХ «НЕ ВЫДЕРЖАВШИХ ГЕРМЕТИЗМА» С ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ НЕПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ
    1. трансканальный электрофорез
    2. антибиотики
    3. гормональную терапию
    4. резорцин-формалиновый метод
49. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. витальная экстирпация
    2. биологический метод
    3. витальная ампутация
    4. девитальная ампутация
50. КОАГУЛЯЦИЮ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_СЕК
    1. 3-4
    2. 4-6
    3. 6-8
    4. 8-10
51. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. Gates-glidden
    2. фиссурный бор
    3. пиковидный бор
    4. H-file
52. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ
    1. мезиальный щечный
    2. дистальный небный
    3. дистальный щечный
    4. мезиальный небный
53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПЛОХО ПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД
    1. депофореза гидроксида меди-кальция
    2. резорцин-формалиновый
    3. диатермокоагуляции
    4. ультрафонофореза йодида калия
54. КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ
    1. локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов
    2. локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров
    3. кариеса корня одного из корней многокорневых зубов
    4. наличии трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов
55. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
    2. резекция верхушки корня зуба
    3. выведение зуба из окклюзии
    4. применение одного из импрегнационных методов
56. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЕНДВИЧА» ПРОКЛАДКА
    1. перекрывается композитом
    2. не перекрывается композитом
    3. накладывается на края полости
    4. накладывается на стенки полости
57. К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ ПУЛЬПЫ ВЕДЕТ ПРЕПАРИРОВАНИЕ
    1. прерывистое с охлаждением
    2. непрерывное без охлаждения
    3. непрерывное с охлаждением
    4. прерывистое без охлаждения
58. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ
    1. увеличения площади сцепления
    2. химической связи композиционного материала с эмалью
    3. равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
    4. улучшения полирования композита
59. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОТРАВЛИВАТЬ
    1. эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.
    2. эмаль и дентин 15 сек.
    3. эмаль 30-60 сек.
    4. эмаль и дентин 30-60 сек.
60. СРОКИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА СОКРАЩАЮТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
    1. пиримидиновых оснований
    2. кортикостероидных гормонов
    3. антибиотиков
    4. ферментов
61. ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ 2 НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО
    1. перепломбировать зуб, используя прокладку из СИЦ
    2. депульпировать зуб
    3. тщательно отполировать пломбу
    4. обработать реставрацию фторсодержащим препаратом
62. НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ОТВЕРСТИЯ И ПОДГОТОВКИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ 16 ИЛИ 26 ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ
    1. медиальный щечный
    2. дистальный небный
    3. дистальный щечный
    4. небный
63. АНТИСЕПТИКИ, СОДЕРЖАЩИЕ ХЛОРГЕКСИДИН
    1. элюдрил и корсодил
    2. эльгидиум и диоксиколь
    3. пародиум и сангвиритрин
    4. имудон и элюгель
64. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
    2. 3% раствор гипохлорита натрия
    3. оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
    4. раствор перекиси водорода
65. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ МАТЕРИАЛЫ
    1. гидрооксид кальция и слой стеклоиономерного цемента
    2. цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
    3. гидрооксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
    4. гидрооксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента
66. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
    1. «Каталюгем»
    2. ЭДТА
    3. «Крезофен»
    4. химотрипсин
67. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ
    1. содержащие гидроокись кальция
    2. сульфаниламидные
    3. кортикостероидные
    4. эвгенолсодержащие
68. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ
    1. противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
    2. прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
    3. кондиционирование дентина
    4. эстетику реставрации
69. ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ
    1. параформальдегидную
    2. резорцинформалиновую
    3. цинкоксидэвгеноловую
    4. мышьяковистую
70. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ
    1. ферменты и экстракты лечебных трав
    2. этиловый спирт и вкусовые добавки
    3. хлоргексидин и гипохлорид
    4. антибиотики
71. СРЕДСТВО МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА
    1. р-р 0,05% хлоргексидина
    2. 20% р-р натрия бората в глицерине
    3. 5% бутадионовая мазь
    4. индометациновая мазь
72. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОКАЗАНЫ
    1. препараты фтора
    2. витамины
    3. препараты, содержащие декстраназу
    4. гормоны
73. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ – ЭТО МЕТОДИКА
    1. искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
    2. устранения смазанного слоя
    3. реставрации
    4. искусственного насыщения эмали органическими компонентами
74. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. кальций, фтор
    2. натрий, магний
    3. йод, бром
    4. железо, стронций
75. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО
    1. стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
    2. увеличению прироста кариеса
    3. появлению новых белых кариозных пятен
    4. уменьшению воспаления тканей десны
76. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА 1.6 ЗУБА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНЕСТЕЗИЮ
    1. по переходной складке с вестибулярной стороны
    2. с небной стороны
    3. в области резцового отверстия
    4. в области подглазничного отверстия
77. ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗМОЖНО ПРИ
    1. случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет
    2. остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
    3. остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
    4. случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
78. МЕТОД ТОННЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ \_\_\_\_\_\_ КЛАССА ПО БЛЕКУ
    1. 2
    2. 1
    3. 3
    4. 4
79. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОЧАГОВОМ) ПУЛЬПИТЕ
    1. сохранение жизнеспособности всей пульпы
    2. девитализацию пульпы
    3. витальную ампутацию
    4. витальную экстирпацию
80. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОБЩЕМ) ПУЛЬПИТЕ
    1. витальную экстирпацию
    2. девитализацию пульпы
    3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
    4. витальную ампутацию
81. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД
    1. витальная экстирпация
    2. сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба
    3. витальная ампутация
    4. девитализация
82. НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПЕКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЕТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
    1. с использованием системы «Термафил»
    2. центральным штифтом
    3. пастой
    4. с использованием серебряных штифтов
83. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ
    1. клотримазол, нистатиновую
    2. теброфеновую, оксолиновую
    3. зовиракс, ацикловир
    4. неомициновую, тетрациклиновую
84. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ
    1. «Канестен»
    2. «Солкосерил»
    3. оксолиновая
    4. флореналовая
85. К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ
    1. кортикостероидами
    2. антибиотиками
    3. транквилизаторами
    4. противогрибковыми
86. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО
    1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом
    2. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
    3. провести антисептическую обработку, затем смазать неомициновой, синтомициновой мазями.
    4. обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир
87. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ
    1. ацикловир
    2. тетрациклин
    3. сульфадиметоксин
    4. нистатин
88. ПРИ КАНДИДОЗЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ (%)
    1. 1-2
    2. 4-5
    3. 7-9
    4. 10-1
89. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. противовирусное
    2. жаропонижающее
    3. антисептическое
    4. кератопластическое
90. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО
    1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем канестеном или клотримазолом
    2. обезболить, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
    3. провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями
    4. обезболить, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем смазать кератоплостическими средствами
91. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
    1. кортикостероиды
    2. анальгизирующие
    3. антибиотики широкого спектра действия
    4. кератопластики
92. ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА
    1. блокаду вируса
    2. выявление и устранение очагов хронической инфекции
    3. укрепление сосудистой сети
    4. эпителизацию
93. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. восстановление нормальной микрофлоры
    2. устранение очага инфекции
    3. десенсибилизация организма
    4. устранение воспаления
94. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (В ПЕРИОД РЕМИССИИ)
    1. проведение санации полости рта
    2. воздержание от лечения зубов
    3. назначение антибиотиков
    4. применение антисептиков
95. ТАКТИКА ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД)
    1. направление к врачу-дерматологу
    2. направление к врачу-венерологу
    3. назначение кортикостероидных гормонов
    4. назначение антибиотиков
96. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ
    1. 20% раствор тетрабората натрия в глицерине
    2. лоринден С
    3. солкосерил
    4. флуцинар
97. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ
    1. суммой кариозных, запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
    2. суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума
    3. суммой запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
    4. отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента
98. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ
    1. распространенностью стоматологического заболевания
    2. интенсивностью стоматологического заболевания
    3. стоматологической заболеваемостью населения
    4. уровнем стоматологической помощи населению
99. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА
    1. 35-44 года
    2. 12-14 лет
    3. 18-20 лет
    4. 25-35 лет
100. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ – ЭТО
     1. число впервые выявленных случаев заболевания за определенный промежуток времени
     2. число людей, имеющих заболевание на момент обследования
     3. число кариозных, запломбированных и удаленных зубов у одного обследуемого
     4. среднее количество кариозных, удаленных и запломбированных зубов в группе населения
101. УПРОЩЕННЫЙ ИНДЕКС ГИГИЕНЫ OHI-S ПО ГРИНУ-ВЕРМИЛЛИОНУ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ПОВЕРХНОСТИ
     1. вестибулярной зубов 16, 11, 26, 31 и оральной зубов 36, 46
     2. вестибулярной зубов 16, 26, 36, 46 и оральной зубов 11,21
     3. вестибулярной зубов 36, 46 и оральной зубов 16, 11,26,31
     4. вестибулярной зубов 11, 21 и оральной зубов 16, 26, 36, 46
102. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ОКРАШИВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ
     1. Шиллера-Писарева
     2. метиленового синего
     3. 1% р-р йодинола
     4. 5% спиртовый раствор йода
103. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. рациональная гигиена полости рта
     2. сбалансированное питание
     3. полоскание полости рта растворами фторидов
     4. санация полости рта
104. ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ ЗАЩИТНЫМ ФАКТОРОМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
     2. пелликула
     3. бикарбонатный буфер в слюне
     4. повышенная вязкость ротовой жидкости
105. ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ
     1. гликопротеидов слюны
     2. эмалевого органа
     3. муцина
     4. энамелабластов
106. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. десневая жидкость
     2. слюна
     3. ротовая жидкость
     4. пища
107. ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ДИАГНОЗЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. провести под обезболиванием инструментальную и медикаментозную обработку и запломбировать канал
     2. применить девитализирующую пасту, провести эндодонтическое лечение
     3. оставить зуб открытым
     4. провести временное пломбирование корневых каналов
108. СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕ3) НУЖНО НАЧИНАТЬ С
     1. профессиональной гигиены полости рта
     2. лечения заболеваний пародонта
     3. выявления кариеса
     4. эндодонтического лечения
109. ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЕННОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО
     1. заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
     2. выбрать инструмент соответственно толщине канала
     3. отказаться от расширения канала
     4. воспользоваться только химическими средствами расширения канала
110. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ
     1. случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
     2. остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
     3. остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
     4. случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
111. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОЗМОЖЕН ПРИ
     1. гиперимии пульпы у пациента 18 лет
     2. остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
     3. остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
     4. хроническом пульпите у пациента 23 лет
112. ПОЛНОЕ СОХРАНЕНИЕ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ
     1. гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
     2. остром гнойном пульпите
     3. хроническом пульпите
     4. при остром периодонтите
113. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ В
     1. молярах
     2. резцах
     3. клыках
     4. премолярах
114. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
     1. остром гнойном пульпите
     2. случайном вскрытии пульпы зуба
     3. остром очаговом пульпите
     4. неэффективности биологического метода
115. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДИФФУЗИИ МЫШЬЯКОВИСТОЙ КИСЛОТЫ В ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ
     1. удаление некротизированного участка, обработка антидотом
     2. обработка некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
     3. удаление некротизированного участка
     4. обработка некротизированного участка обезболивающими средствами
116. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ
     1. витальную экстирпацию
     2. сохранение жизнеспособности всей пульпы
     3. витальную ампутацию
     4. девитализацию пульпы
117. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ
     1. витальную экстирпацию
     2. витальную ампутацию
     3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
     4. девитализацию
118. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА ПОЛОМКА ИНСТРУМЕНТА ПРИ ОБРАБОТКЕ КАНАЛА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ
     1. рентгенографию зуба
     2. информировать об этом пациента
     3. измерить оставшуюся в руках часть инструмента
     4. немедленно попытаться извлечь инструмент
119. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. недавно перенесенный инфаркт миокарда
     2. недостаточность функции надпочечников
     3. лучевая терапия
     4. сахарный диабет
120. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА
     1. раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата
     2. пломбирование канала и разрез по переходной складке
     3. удаление зуба
     4. назначение курса противовоспалительной терапии
121. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. реминерализирующее лечение
     2. изготовление искусственных коронок
     3. удаление зубов
     4. депульпирование зубов
122. ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБОВ
     1. пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта
     2. гибель пульпы
     3. эндодонтическое лечение
     4. кровоизлияния в пульпу
123. МЕСТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ
     1. убыль эмали, обнажение корней зубов
     2. загрязнение поверхности зубов
     3. беременность и кормление грудью
     4. аллергия на перекись водорода
124. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ
     1. аллергия на перекись водорода, беременность, кормление грудью
     2. обширная реставрация
     3. большая пульпарная полость
     4. выраженное воспаление пародонта
125. ЦЕЛЬЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. исключение рецидива кариеса
     2. создание контактного пункта
     3. восстановление формы зуба
     4. финирование полости
126. ЦЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ
     1. создание условий для фиксации пломбы
     2. восстановление функции зуба
     3. создание контактного пункта
     4. восстановление анатомической формы зуба
127. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. восстановление минерального состава эмали
     2. иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
     3. сошлифование пораженной эмали дисками
     4. микроабразия
128. ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ
     1. К-ример
     2. К-файл
     3. Н-файл
     4. пульпоэкстрактор
129. ПРИ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЯЮТ
     1. наложение мышьяковистой пасты
     2. ампутацию пульпы
     3. раскрытие полости зуба
     4. инструментальную обработку каналов
130. ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПРЕДЕНТИН СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЮТ УДАЛЯТЬ
     1. К-файлом
     2. пульпэкстрактором
     3. корневой иглой
     4. К-римером
131. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ (ЭКСТИРПАЦИЯ) В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. пульпэкстрактор
     2. иглу Миллера
     3. К-файл
     4. К-ример
132. МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ
     1. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
     2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
     3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
     4. введение в канал одного центрального штифта
133. СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
     1. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
     2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
     3. введение в канал одного центрального штифта
     4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
134. ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА
     1. К-файл и Н-файл
     2. К-ример
     3. пульпоэкстрактор
     4. каналонаполнитель
135. КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
     1. пломбирования каналов
     2. определения глубины корневого канала
     3. удаления пульпы
     4. распломбирования каналов
136. ПОЛОСТЬ ЗУБА ВСКРЫВАЮТ
     1. шаровидным бором № 1
     2. карборундовой головкой
     3. финиром
     4. фиссурным бором
137. РАБОЧУЮ ДЛИНУ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ
     1. рентгенографией
     2. субъективными ощущениями
     3. термодиагностикой
     4. ЭОД
138. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОЗМОЖЕН
     1. при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
     2. при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
     3. при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
     4. при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
139. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ
     1. спредеры
     2. Н-файлы
     3. пульпоэкстракторы
     4. плагеры
140. КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ (АМПУТАЦИЯ) УДАЛЯЮТ
     1. экскаватором
     2. штопфером
     3. зондом
     4. колесовидным бором
141. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО МЕТОДУ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. спредер
     2. Н-файл
     3. развертку
     4. пульпоэкстрактор
142. МЫШЬЯКОВИСТУЮ ПАСТУ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В ЗУБ 37 НАКЛАДЫВАЮТ НА
     1. 48 ч
     2. 3 суток
     3. 24 ч
     4. 5–6 суток
143. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. зеркало, зонд
     2. гладилку, пинцет
     3. пинцет, зеркало
     4. штопфер, зонд
144. ПОЛОСТЬ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. щечно-нѐбном
     2. по оси зуба
     3. переднезаднем
     4. щечно-заднем
145. ПОЛОСТЬ ЗУБА В МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. переднезаднем
     2. по оси зуба
     3. щечно-язычном
     4. заднеязычном
146. НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛА НА ½–1/3 ДЛИНЫ КАНАЛА ПОКАЗАНИЕ К
     1. повторному эндодонтическому лечению
     2. не показано дополнительное вмешательство
     3. удалению зуба
     4. реплантации зуба
147. ПРИЧИНА ИЗБЫТОЧНОГО ВЫХОДА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ
     1. избыточное расширение апикального отверстия
     2. перфорация стенки корневого канала
     3. отлом стержневого инструмента в канале
     4. недостаточная медикаментозная обработка канала
148. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА
     1. восстановление периодонта до нормального физиологического состояния
     2. клиническое выздоровление
     3. развитие периостита
     4. переход в хронический периодонтит
149. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА УСПЕШНО, ЕСЛИ
     1. канал запломбирован полностью
     2. периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
     3. канал запломбирован не полностью
     4. зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
150. ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА
     1. устранение очага одонтогенной инфекции
     2. сохранение зуба
     3. прохождение корневого канала
     4. воздействие на микрофлору корневого канала
151. ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА НАБЛЮДАЮТ ПРИ
     1. периостите, подслизистом абсцессе
     2. остром периодонтите пульпарного происхождения
     3. хроническом пульпите
     4. хроническом язвенном пульпите
152. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА
     1. клиническое выздоровление
     2. удаление зуба
     3. хронический пульпит
     4. переход в кистогранулему
153. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА СО СВИЩЕМ ВОЗМОЖЕН ПЕРЕХОД
     1. в корневую кисту или гранулему
     2. в фиброзную форму
     3. к клиническому излечению
     4. к физиологическому восстановлению
154. ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТБЕЛИВАНИЯ МОЖНО
     1. применением лазерной технологии
     2. предварительным депульпированием зуба
     3. удалением поверхностного слоя эмали
     4. уменьшением экспозиции отбеливателя
155. 155. ДЛЯ ДОМАШНЕГО ОТБЕЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРЕКИСЬ КАРБАМИДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)
     1. 10–12
     2. 5–7
     3. 25–35
     4. 35–40
156. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО («ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ (%)
     1. 25–30
     2. 5–7
     3. 10–12
     4. 35–40
157. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТНИСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ (БЕЛОЕ ПЯТНО) ВЫПОЛНЯЮТ
     1. микроабразию
     2. отбеливание
     3. пломбирование
     4. реминерализацию
158. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ
     1. кариесе в стадии белого пятна
     2. пятнистой форме флюороза
     3. кариесе дентина
     4. кариесе в стадии пигментированного пятна
159. ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА В ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА МЕНЯЕТСЯ
     1. цвет эмали зубов
     2. блеск эмали зубов
     3. форма зуба
     4. структура (недоразвитие эмали)
160. НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ОКАЗЫВАЕТ
     1. кальций
     2. молибден
     3. стронций
     4. фтор
161. КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ
     1. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
     2. отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
     3. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
     4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
162. ГЕМИСЕКЦИЯ
     1. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
     2. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
     3. отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
     4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
163. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЭРОЗИИ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ
     1. реминерализирующей терапии
     2. более длительного протравливания поверхности эрозии ,чем при кариесе
     3. использование пломбировочных материалов без предварительного протравливания
     4. пломбирование стеклоиономерными цементами
164. УСТРАНИТЬ ДИСКОЛОРИТ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ, РАЗВИВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА В ДЕТСТВЕ, МОЖНО МЕТОДОМ
     1. внутрикоронкового отбеливания
     2. микроабразии
     3. внешнего отбеливания
     4. резекцией дентина
165. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА БЕЗ ВЫВЕДЕНИЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРОВОДЯТ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЕЕ
     1. ниже экватора зуба при хорошем доступе
     2. выше экватора при отсутствии доступа
     3. ниже экватора при отсутствии доступа
     4. выше экватора при хорошем доступе
166. ТОННЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПОЗВОЛЯЕТ
     1. сохранить существующий естественный контактный пункт
     2. формировать контактный пункт
     3. сохранить жевательную поверхность
     4. сохранить биологию пульпы
167. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ ВКЛЮЧАЕТ
     1. наложение лечебной прокладки
     2. препарирование кариозной полости
     3. медикаментозную обработку
     4. наложение постоянной пломбы
168. ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
     1. кальций, фтор
     2. натрий, магний
     3. йод, бром
     4. железо, стронций
169. ФОРМА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
     1. материалом для постоянной пломбы
     2. особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
     3. медикаментозной обработкой
     4. формой бора для препарирования
170. СКОС ЭМАЛИ В 45 СОЗДАЮТ ДЛЯ
     1. увеличения адгезии и линии маскировки
     2. обезболивания
     3. уменьшения токсичности материала
     4. устранения смазанного слоя
171. ЦВЕТ МАРКИРОВКИ НАИБОЛЕЕ ГРУБЫХ БОРОВ
     1. черный
     2. красный
     3. синий
     4. зеленый
172. ПРЕИМУЩЕСТВО ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ
     1. простота использования
     2. короткое рабочее время
     3. цветостойкость
     4. недостаточная прочность к механическому воздействию
173. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 1 КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ
     1. полное раскрытие фиссуры
     2. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
     3. частичное раскрытие фиссуры
     4. максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
174. ДЛЯ ТОЧНОГО ПОДБОРА ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДЯТ
     1. удаление налета с поверхности зуба
     2. предварительное протравливание
     3. избирательное пришлифовывание
     4. обезболивание
175. НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВОДИТ К
     1. рецидиву кариеса
     2. случайному вскрытию полости зуба
     3. облому стенки кариозной полости
     4. некрозу пульпы
176. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВКЛЮЧАЕТ
     1. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирование
     2. обезболивание, некрэктомию, финирование
     3. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
     4. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование
177. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО
     1. сендвич-техникой
     2. туннельным методом
     3. апикально-корональным методом (stepbask)
     4. коронально–апикальным методом (crowndown)
178. ОСНОВНЫМ В ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. минерализирующие растворы (рем.терапия)
     2. гигиенический и диетический режимы
     3. местное применение препаратов фтора
     4. назначение препаратов фтора внутрь
179. ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН
     1. на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фтораппатита
     2. на улучшении трофики зуба
     3. на бактерицидном действии фтора
     4. на укреплении белковой матрицы эмали
180. ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО КОМПОЗИТА ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. центра
     2. периферии
     3. протравленной эмали
     4. источника света
181. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ВЫРАЖЕННОЙ ЭКССУДАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ
     1. создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
     2. пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
     3. герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
     4. производят разрез по переходной складке
182. ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА (ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕСС1) СПОСОБСТВУЕТ
     1. переходу в другую форму хронического периодонтита
     2. стиханию воспаления
     3. усилению боли при накусывании
     4. переходу в кисту
183. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МЫШЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМЫ
     1. антидоты
     2. ферменты
     3. антибиотики
     4. хлорсодержащие препараты
184. ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ УЧАСТКОВ ПОВЕРХНОСТЕЙ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЮРЕТА ГРЕЙСИ
     1. 7/8
     2. 3/4
     3. 11/12
     4. 13/14
185. ДЛЯ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ КЮРЕТЫ
     1. фуркационные
     2. Грейси
     3. Vision
     4. Лангера
186. КЮРЕТЫ ДЕЛЯТСЯ НА
     1. универсальные, зоноспецифические
     2. изогнутые, прямые
     3. серповидные
     4. зоноспецифические, изогнутые.
187. СКЕЙЛЕРОМ (СЕРПОВИДНЫМ) НАЗЫВАЮТ
     1. инструмент с агрессивным кончиком рабочей части
     2. инструмент с закругленным кончиком рабочей части
     3. инструмент с алмазным покрытием рабочей части
     4. инструмент для работы в пародонтальных карманах глубиной до 4 мм.
188. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ГЛАДКИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЕТА С ПОМОЩЬЮ
     1. резиновых колпачков и полировочных паст
     2. щеточек и полировочных паст
     3. флоссов
     4. зубной щетки и пасты
189. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ
     1. пластиковые
     2. твердосплавные
     3. стальные
     4. специальных инструментов нет
190. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА, ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРАВИЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ И САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ ВРАЧА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПОНЯТИЕ
     1. контролируемой чистки зубов
     2. профессиональной гигиены полости рта
     3. профессиональной чистки зубов
     4. индивидуальной гигиены полости рта
191. КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПОНЯТИЕ
     1. профессиональной гигиены полости рта
     2. индивидуальной гигиены полости рта
     3. стоматологического просвещения
     4. профилактики стоматологических заболеваний
192. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, СОДЕРЖАЩИЕ МЕТРАНИДОЗОЛ
     1. метрогил-дента
     2. солкосерил
     3. левомеколь
     4. банеоцин
193. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА
     1. раствор хлоргексидина
     2. масло шиповника
     3. раствор перекиси водорода 6%
     4. йодинол
194. КЮРЕТА «MINI FIVE» ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ
     1. манипуляций в узких глубоких карманах
     2. для удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта.
     3. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм;
     4. для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм.
195. НАЗНАЧЕНИЕ КЮРЕТЫ ГРЕЙСИ 1/2
     1. для обработки фронтальных зубов (все поверхности)
     2. для обработки боковых зубов (все поверхности)
     3. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
     4. для обработки боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности)
196. ДЛЯ ОБРАБОТКИ МОЛЯРОВ (ДИСТАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ) ИСПОЛЬЗУЮТ КЮРЕТУ ГРЕЙСИ
     1. 13/14
     2. 15/16
     3. 1/2
     4. 9/10
197. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
     1. твердого шанкра
     2. афт
     3. розеолезных элементов
     4. папул
198. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
     1. 3-6 лет
     2. 1 месяц
     3. 6 месяцев
     4. 1 год
199. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
     1. гуммы
     2. розеолезных элементов
     3. твердого шанкра
     4. эрозивных сифилид
200. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА RG-ГРАММЕ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ
     1. нечеткие контуры
     2. четкие контуры
     3. вид неизмененного периодонта
     4. вид «таящего сахара»
201. ДАННЫЕ ЭОД ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ ВЕЛИЧИНАМ (ММ)
     1. 80-100
     2. 10-20
     3. 40-60
     4. 60-80
202. СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
     1. 0,15-0,22
     2. 0,07-0,1
     3. 0,1-0,15
     4. 0,25-0,35
203. СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
     1. 0,2-0,25
     2. 0,15-0,2
     3. 0,25-0,35
     4. 0,35-0,4
204. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА
     1. нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе
     2. подвижность причинного зуба и соседних с ним
     3. кожа гиперемирована, в складку не собирается
     4. переходная складка сглажена
205. ПРИ ОСТРОМ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
     1. отека и инфильтрации периодонта
     2. отека пародонта
     3. некроза костных балок лунки
     4. гибели пульпы
206. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
     1. пульпита и периодонтита
     2. периодонтита и периостита
     3. периостита и остеомиелита
     4. остеомиелита и флегмоны
207. ВЫБЕРИТЕ РАСТВОР, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
     1. 30% трихлоруксусной кислоты
     2. 3% H2O2
     3. 40% формалина
     4. йодинол
208. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОРМАЛИНОВОЙ ПРОБЫ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (%)
     1. 3
     2. 0,5
     3. 10
     4. 20
209. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ
     1. 0,06% хлоргексидина
     2. 2,5% р-р йода
     3. 40% формалина
     4. р-р бриллиантовой зелени
210. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОВЯЗОК ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ
     1. 5% бутадионовую
     2. 0,25% оксолиновую
     3. 2% неомициновую
     4. 5% синтомициновую
211. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИИ ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ
     1. банеоцин
     2. клотримазол (канестен)
     3. бутадионовую
     4. гепариновую
212. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2–3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
     1. противовирусные препараты
     2. антисептики
     3. антибиотики
     4. кератопластики
213. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ
     1. ацикловир
     2. тетрациклин
     3. сульфадиметоксин
     4. нистатин
214. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ
     1. противовирусные препараты
     2. антисептики
     3. протеолитические ферменты
     4. обезболивающие средства
215. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ
     1. сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
     2. противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
     3. противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
     4. кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
216. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ МАЗИ
     1. канестен (клотримазол)
     2. гепариновую
     3. бонафтоновую
     4. солкосерил
217. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА
     1. актовегин, солкосерил
     2. неомициновая мазь
     3. теброфеновая мазь
     4. клотримазол
218. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
     1. формалин
     2. каротолин
     3. лизоцим
     4. витаон
219. СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ
     1. внутривенное введение тиосульфата натрия
     2. курс антибиотиков широкого спектра действия
     3. противовирусные препараты внутрь и местно
     4. растворы натрия салицилата в возрастной дозировке
220. ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ ГНОЙНЫЕ КОРКИ РАЗМЯГЧАЮТ РАСТВОРОМ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА (%)
     1. 1
     2. 3
     3. 5
     4. 10
221. НЕЙТРАЛИЗАЦИЮ ХИМИЧЕСКИХ КИСЛОТНЫХ ОЖОГОВ ПРОВОДЯТ РАСТВОМ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА (%)
     1. 1–2
     2. 0,5
     3. 5–10
     4. 20–30
222. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО
     1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1–2% раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом
     2. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
     3. обезболить, смазать мазью ацикловир
     4. обезболить, обработать 1–2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами
223. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ
     1. резорцин-формалиновая смесь
     2. винилин
     3. метиленовый синий
     4. витаон
224. ВЫБЕРИТЕ ЭТИОТРОПНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2–3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
     1. противовирусные препараты
     2. ферменты
     3. антисептики
     4. антибиотики
225. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ
     1. солкосерил дентальную адгезивную пасту
     2. флореналевую мазь
     3. теброфеновую мазь
     4. мазь клотримазол
226. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОГС ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ
     1. ацикловир
     2. канестен
     3. неомициновую
     4. бутадионовую
227. ПРИ КАНДИДОЗЕ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ
     1. противогрибковые
     2. противовирусные
     3. антибактериальные
     4. гормональные
228. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПОЛОСКАНИЙ ПРИ ХРАС (ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ) РЕКОМЕНДУЮТ
     1. настои и отвары трав
     2. растворы антибиотиков
     3. раствор борной кислоты
     4. раствор аскорбиновой кислоты
229. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОГС (ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТ1) В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. противовирусное
     2. жаропонижающее
     3. обезболивающее
     4. кератопластическое
230. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ РЕЗЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
     1. диастема
     2. трема
     3. межзубное пространство
     4. щелевидный промежуток
231. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЗУБАМИ, КРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЗЫВАЕТСЯ
     1. трема
     2. диастема
     3. межзубное пространство
     4. щелевидный промежуток
232. ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВРАЧ ДОЛЖЕН
     1. закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
     2. сказать больному о своем подозрении
     3. отказать больному в оказании стоматологической помощи
     4. продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
233. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С
     1. правых верхних моляров и заканчивают нижними правыми молярами
     2. левых верхних моляров и заканчивают нижними левыми молярами
     3. левых нижних моляров и заканчивают левыми верхними молярами
     4. правых нижних моляров и заканчивают правыми верхними молярами
234. СТЕПЕНЬ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЛУНКИ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ
     1. пародонтальным зондом
     2. пальпаторно
     3. шпателем
     4. пинцетом
235. ИЗМЕРЕНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ
     1. гнатодинамометрия
     2. реопародонтография
     3. миотонометрия
     4. электромиография
236. ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПУЛЬПЕ ЗУБЕ – ЭТО
     1. реодентография
     2. реопародонтография
     3. миотонометрия
     4. реоартрография
237. РЕАКЦИЯ ЗУБА НА ТЕМПЕРАТУРНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ
     1. термодиагностика
     2. реопародонтография
     3. электроодонтодиагностика
     4. реодонтография
238. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ
     1. электроодонтодиагностика
     2. реопародонтография
     3. термодиагностика
     4. реодонтография
239. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. вестибуло-оральном
     2. вертикальном
     3. круговом
     4. мезио-дистальном
240. ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. вестибуло-оральном и мезио-дистальном
     2. вертикальном
     3. круговом
     4. вестибуло-оральном
241. СХЕМА, ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ
     1. одонтопародонтограмма
     2. гнатодинамометрия
     3. реопародонтограмма
     4. мастиокациография
242. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РАВЕН (мкА)
     1. 2–6
     2. 20–40
     3. 40–60
     4. 60–90
243. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ФИБРОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ РАВЕН (мкА)
     1. 20–40
     2. 2–6
     3. 40–60
     4. 60–90
244. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ
     1. пинцетом
     2. элеватором
     3. гладилкой
     4. экскаватором
245. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЕДИНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ «ЭНДОДОНТ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС
     1. пульпа – дентин
     2. дентин – эмаль
     3. дентин – цемент
     4. пульпа – периодонт
246. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ
     1. косметический недостаток
     2. боль при перкуссии
     3. боль от горячего раздражителя
     4. подвижность зубов
247. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
     1. пальпации
     2. перкуссии
     3. зондирования
     4. рентгенографии
248. ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ЗОНД ПОГРУЖАЕТСЯ НА ГЛУБИНУ МЕНЕЕ (ММ)
     1. 1,5
     2. 2,0
     3. 2,5
     4. 3,0
249. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ
     1. язвенно-некротические процессы
     2. «лаковый» язык
     3. эрозии эмали
     4. полиморфная сыпь
250. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА
     1. пинцета
     2. зеркала
     3. углового зонда
     4. экскаватора
251. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ
     1. гиперергическому
     2. гипоергическому
     3. нормергическому
     4. анергическому
252. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ЛИЦА ПАЦИЕНТА ВРАЧ ОТМЕЧАЕТ
     1. симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи
     2. тургор кожи, пигментные пятна
     3. форму лица, форму носа
     4. наличие изменений
253. СЕРОЗНЫЙ ЭКССУДАТ ПЕРЕХОДИТ В ГНОЙНЫЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ \_\_\_\_\_\_\_ ЧАСОВ
     1. 6–8
     2. 3–4
     3. 10–12
     4. 20–24
254. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ
     1. по всем поверхностям
     2. в пришеечной области
     3. на контактных поверхностях
     4. в фиссурах
255. ОСНОВНОЙ МЕСТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. зубная бляшка
     2. мягкий зубной налет
     3. минерализованный зубной налет
     4. зубной камень
256. СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ОЦЕНИВАЮТ МЕТОДОМ
     1. осмотра
     2. зондирования
     3. рентгенографии
     4. опроса
257. СПОСОБНОСТЬЮ ПРИКРЕПЛЯТЬСЯ К ГИДРОКСИАПАТИТУ И ПЕЛЛИКУЛЕ ОБЛАДАЮТ
     1. актиномицеты и стрептококки
     2. актиномицеты и спирохеты
     3. стрептококки и стафилококки
     4. стафилококки и спирохеты
258. ЭЛЕКРООДОНТОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
     1. состояния нервных окончаний пульпы
     2. состояния нервных окончаний периодонта
     3. состояния сосудов
     4. возбудимости нервных окончаний пародонта
259. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ФТОРА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. питьевая вода
     2. зубная паста
     3. зубной эликсир
     4. фторированная соль
260. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЕТ
     1. ортопантомография
     2. дентальная рентгенография
     3. панорамная рентгенография
     4. телерентгенография
261. ВНУТРЕННЕЕ ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
     1. эндодонтическим лечением зубов с применением резорцин-формалинового метода
     2. курением
     3. наследственностью
     4. возрастными изменениями
262. МЕТОД РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ, КОТОРЫЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА
     1. дентальная рентгенография
     2. панорамная рентгенография
     3. ортопантомография
     4. телерентгенография
263. НАИБОЛЬШЕЙ КАРИЕСОГЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ
     1. S. Mutans
     2. S. Faecalis
     3. S. Aureus
     4. S. Pneumococus
264. ВИДЫ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ
     1. внеротовая и внутриротовая
     2. внеротовая и внечерепная
     3. внутриротовая и внутрисосудистая
     4. внутриротовая и внутриполостная
265. К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
     1. телерентгенограмма
     2. ультразвуковое исследование слюнной железы
     3. тепловизиография
     4. ангиограмма
266. К ВНУТРИРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
     1. прицельная рентгенография
     2. ортопантомограмма
     3. электроодонтодиагностика
     4. миография
267. ЛЕЙКОПЛАКИЯ, КАК ПРАВИЛО, ЧЕТКО СВЯЗАННАЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
     1. волосатая
     2. плоская
     3. веррукозная
     4. эрозивная
268. К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
     1. ортопантомограмма
     2. ультразвуковое исследование слюнной железы
     3. тепловизиография
     4. ангиограмма
269. ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. вестибулярная поверхность резцов, клыков
     2. фиссура
     3. шейка зуба
     4. окклюзионная поверхность моляров
270. ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. нарушение структуры тканей зуба в результате повышенной функциональной нагрузки
     2. механическое воздействие
     3. дисфункция щитовидной железы
     4. употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков
271. ИЗМЕРЕНИЕ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
     1. электроодонтодиагностики
     2. холодовой пробы
     3. тепловизиографии
     4. ТРГ
272. КИСЛОТНЫЙ НЕКРОЗ ЭМАЛИ ОТ СИНДРОМА СТЕНТОНА – КАПДЕПОНА ОТЛИЧАЕТСЯ
     1. сглаживанием формы зубов, наличием гиперестезии, матовой поверхностью эмали
     2. частичным или полным отсутствием эмали зубов, пигментированным дентином
     3. наличием участков зубов без эмали с острыми краями
     4. окраской зубов от перламутровой до коричневой
273. СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКОЙ НОРМОЙ ЗДОРОВОГО ЗУБА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭОД ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ИНТЕРВАЛ (мкА)
     1. 2–6
     2. 1–3
     3. 10–14
     4. 30–55
274. ЭРОЗИВНУЮ ФОРМУ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ ОТЛИЧАЕТ
     1. симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах
     2. чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов
     3. наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов
     4. атипичное расположение эрозий эмали на зубах
275. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ КИСЛОТНОМ НЕКРОЗЕ
     1. «слипание зубов»
     2. чувство «оскомины»
     3. боль от химических раздражителей
     4. боль от температурных раздражителей
276. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
     1. разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из периодонта
     2. хроническим генерализованным пародонтитом
     3. гиперемией пульпы
     4. гипертрофическим гингивитом
277. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
     1. от механических раздражителей
     2. от химических раздражителей
     3. от температурных раздражителей
     4. самопроизвольные
278. В АНАМНЕЗЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ БОЛЬ
     1. острая при накусывании
     2. иррадиирущая по ходу ветвей тройничного нерва
     3. приступообразная от всех видов раздражителей
     4. самопроизвольная в ночное время
279. СКАРЛАТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА НА ЯЗЫКЕ В ВИДЕ
     1. блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
     2. резко болезненных эрозий и язв
     3. белого «творожистого», легко снимающегося налета на спинке языка
     4. грязно-серого налета на спинке языка
280. ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. человек – носитель ВИЧ
     2. крупный рогатый скот
     3. кровососущее насекомое
     4. птица
281. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
     1. пародонтального кармана
     2. зубного камня
     3. афт слизистой оболочки
     4. кариозной полости
282. НАЛИЧИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ УБЫЛИ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. пародонтита
     2. пародонтоза
     3. гингивита
     4. пародонтомы
283. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «КАНДИДОЗ» ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
     1. бактериоскопический
     2. аллергологический
     3. рентгенологический
     4. цитологический
284. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ
     1. рентгенография
     2. расспрос
     3. зондирование
     4. перкуссия
285. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНДЕКСА (PI) ПО РАССЕЛУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
     1. рентгенография
     2. полярометрия
     3. эхоостеометрия
     4. реопародонтография
286. МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
     1. для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
     2. для диагностики периодонтита
     3. для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
     4. при перфорации в области бифуркации
287. УРОВЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
     1. полярографии
     2. биомикроскопии
     3. фотоплетизмографии
     4. реопародонтографии
288. ПОЛЯРОГРАФИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
     1. парциальное давление кислорода в тканях
     2. содержимое пародонтальных карманов
     3. уровень резорбции альвеолярной кости
     4. регионарную гемодинамику в пародонте
289. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К02.1
     2. К02.0
     3. К02.2
     4. К02.9
290. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К02.0
     2. К02.1
     3. К02.2
     4. К02.9
291. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЦЕМЕНТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К02.2
     2. К02.0
     3. К02.1
     4. К02.9
292. ДИАГНОЗУ «НЕКРОЗ ПУЛЬПЫ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К04.1
     2. К04.0
     3. К04.2
     4. К04.9
293. ДИАГНОЗУ «ПУЛЬПИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К04.0
     2. К04.1
     3. К04.2
     4. К04.9
294. 294. ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К04.5
     2. К04.0
     3. К04.1
     4. К04.2
295. ДИАГНОЗУ «КОРНЕВАЯ КИСТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К04.8
     2. К04.0
     3. К04.4
     4. К04.7
296. ДИАГНОЗУ «ЭРОЗИЯ ЗУБА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К03.2
     2. К03.0
     3. К03.1
     4. К03.4
297. ДИАГНОЗУ «ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К03.0
     2. К03.1
     3. К03.2
     4. К03.4
298. ДИАГНОЗУ «ГИПЕРЦЕМЕНТОЗ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К03.4
     2. К03.0
     3. К03.1
     4. К03.2
299. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЗУБОВ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К02
     2. К01
     3. К03
     4. К04
300. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К05.3
     2. К02.1
     3. К03.1
     4. К04.5
301. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К05.1
     2. К02.1
     3. К03.1
     4. К04.5
302. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К06.0
     2. К05.3
     3. К06.2
     4. К07.1
303. ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ АФТЫ ПОЛОСТИ РТА» СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К12.0
     2. К02.3
     3. К04.2
     4. К10.0
304. К ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ОТНОСЯТ СИНДРОМ
     1. Стивенса – Джонсона
     2. Бехчета
     3. Шегрена
     4. Розенталя
305. ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ К ТРАВМЕ
     1. физической
     2. химической
     3. механической
     4. хронической
306. КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10 ВКЛЮЧАЕТ
     1. острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
     2. острый серозный и острый гнойный периодонтит
     3. хронический фиброзный периодонтит
     4. хронический гранулематозный периодонтит
307. ХРОНИЧЕСКОМУ ЯЗВЕННОМУ ПУЛЬПИТУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ММСИ
     1. хронический гангренозный пульпит
     2. хронический фиброзный пульпит
     3. хронический гипертрофический пульпит
     4. обострение хронического пульпита
308. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ
     1. эмали
     2. дентина
     3. приостановившимся
     4. неуточненным
309. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
     1. нарушения обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
     2. несовершенного остеогенеза
     3. низкого содержания фтора в питьевой воде
     4. инфицирования фолликула при травме
310. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ C
     1. флюорозом
     2. гиперемией пульпы
     3. эрозией эмали
     4. острым пульпитом
311. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ
     1. рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
     2. данных ЭОД
     3. жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба
     4. рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разряжения кости в области верхушки корня с нечеткими границами
312. ХРОНИЧЕСКОМУ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМУ И ГРАНУЛИРУЮЩЕМУ ПЕРИОДОНТИТУ, ПО НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ, СООТВЕТСТВУЕТ
     1. апикальная гранулема
     2. пульпарный абсцесс
     3. периапикальный абсцесс со свищом
     4. гангрена пульпы
313. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ С
     1. хроническим пульпитом
     2. кариесом в стадии пятна
     3. хроническим апикальным периодонтитом
     4. деструктивной формой флюороза
314. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. симптом кровоточивости десны
     2. клинический карман глубиной 3 мм
     3. патологическая подвижность зуба
     4. изменение цвета и формы десневого сосочка
315. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ В ПОЛОСТИ РТА
     1. увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные
     2. увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные
     3. увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные
     4. не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные
316. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА
     1. нависающий край пломбы
     2. заболевание крови
     3. гиповитаминоз С
     4. низкое содержание фторида в питьевой воде
317. ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
     1. почкующиеся клетки грибов Candida
     2. гигантские эпителиальные клетки
     3. многоядерные клетки
     4. микобактерии
318. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ
     1. грибы рода Сandida
     2. эпидермофиты
     3. актиномицеты
     4. трихофиты
319. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ
     1. Тцанка
     2. Лангханса
     3. атипичные
     4. гигантские многоядерные
320. НЕПОЛНОЕ ОРОГОВЕНИЕ КЛЕТОК ШИПОВАТОГО СЛОЯ ЭТО
     1. паракератоз
     2. акантоз
     3. спонгиоз
     4. гиперкератоз
321. ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. «муаровая эмаль»
     2. гиперминерализация эмали
     3. гипоминерализация эмали
     4. деминерализация эмали
322. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2–4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
     1. гигантские многоядерные клетки
     2. туберкулезные микобактерии
     3. почкующиеся клетки
     4. фузобактерии
323. В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ЭРОЗИИ ПРИ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ВЫЯВЛЯЮТ
     1. картину неспецифического воспаления
     2. акантолиз
     3. фузоспирохетоз
     4. картину специфического воспаления
324. ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ВЫДЕЛЯЕТ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ОЧАГ В ФОРМЕ
     1. треугольника
     2. круга
     3. трапеции
     4. овала
325. КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. подповерхностной деминерализацией
     2. некрозом эмали
     3. нарушением формирования эмали
     4. поверхностной деминерализацией
326. ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. поверхностная деминерализация эмали
     2. подповерхностная деминерализация эмали
     3. «муаровая эмаль»
     4. «мраморная эмаль»
327. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ
     1. стрептококкам
     2. фузобактериям
     3. актиномицетам
     4. энтерококкам
328. ПО ПРИЦЕЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ОБЛАСТИ
     1. межзубных перегородок
     2. небных стенок
     3. щечных стенок
     4. язычных стенок
329. РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК БОЛЕЕ ½ - РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК
     1. пародонтоза тяжелой степени
     2. пародонтита средней степени
     3. пародонтита тяжелой степени
     4. пародонтоза средней степени
330. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. деформацией периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
     2. отсутствием изменений в периапикальной области
     3. наличием признаков остеопороза в периапикальной области
     4. отсутствием периодонтальной щели
331. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЬРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ
     1. отсутствует
     2. присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба
     3. присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба
     4. присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба
332. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
     1. окрашивание налета
     2. пальпацию
     3. перкуссию
     4. зондирование
333. ДЛЯ ОСМОТРА ЗУБОВ НЕОБХОДИМЫ
     1. зонд и зеркало
     2. пинцет и экскаватор
     3. шпатель и гладилка
     4. скальпель и элеватор
334. ОСМОТР ЗУБОВ –ЭТО
     1. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
     2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
     3. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
     4. определение отклонения зуба от оси
335. ПАЛЬПАЦИЯ – ЭТО
     1. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
     2. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
     3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
     4. определение отклонения зуба от оси
336. ПЕРКУССИЯ ЗУБА – ЭТО
     1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
     2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
     3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
     4. определение отклонения зуба от оси
337. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА – ЭТО
     1. определение отклонения зуба от оси
     2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
     3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
     4. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
338. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ
     1. генеалогический метод (метод родословных)
     2. клинический анализ крови
     3. осмотр полости рта
     4. рентгенологическое исследование
339. ПЕРКУССИЕЙ ЗУБА ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ
     1. периодонта
     2. пульпы
     3. костной ткани челюстей
     4. десны
340. СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ
     1. внешнем осмотре
     2. осмотре полости рта
     3. пальпации
     4. расспросе
341. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩУЮ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ – СИМПТОМ
     1. кариеса
     2. пульпита
     3. периодонтита
     4. альвеолита
342. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ
     1. от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения
     2. от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
     3. при накусывании на зуб
     4. ночную
343. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА БОЛЬ
     1. от химических раздражителей
     2. от температурных раздражителей
     3. при накусывании на зуб
     4. ночную
344. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ (мк1)
     1. 2–6
     2. 10–12
     3. 25–30
     4. 100
345. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩУЮ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
     1. гиперемии пульпы
     2. хронического пульпита
     3. острого пульпита
     4. острого периодонтита
346. КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ
     1. высушивания и окрашивания пятна
     2. ЭОД
     3. рентгенодиагностики
     4. зондирования поверхности пятна
347. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ХАРАКТЕРНО
     1. кариозная полость средних размеров в эмали и дентине
     2. кариозная полость в пределах эмали
     3. пигментированное пятно
     4. глубокая кариозная полость
348. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА
     1. изменении оптических свойств эмали
     2. уменьшении проницаемости эмали
     3. увеличении проницаемости эмали
     4. стабильности эмали
349. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
     1. развитие настоящего заболевания
     2. перенесенные и сопутствующие заболевания
     3. жалобы больного
     4. данные объективного исследования
350. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
     1. перкуссия и зондирование
     2. рентгенография
     3. лабораторный анализ
     4. ЭОД
351. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
     1. осмотр
     2. лабораторный анализ
     3. рентгенография
     4. ЭОД
352. ПАЛЬПАЦИЮ ПРОВОДЯТ ДЛЯ
     1. определения состояния регионарных лимфатических узлов
     2. выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба
     3. обнаружения кариозной полости
     4. определения размеров кариозной полости
353. ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ
     1. расспрос
     2. перкуссию
     3. осмотр
     4. аускультацию
354. ОБНАРУЖИТЬ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ВОЗМОЖНО ПРИ
     1. зондировании
     2. внешнем осмотре
     3. перкуссии
     4. лабораторном анализе
355. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА ИЗМЕНЕНИИ
     1. оптических свойств эмали (кристаллы преломляют свет)
     2. органических составляющих эмали при патологических процессах
     3. проницаемости эмали
     4. проницаемости дентина
356. ЗУБНОЙ НАЛЕТ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСОВ
     1. гигиены
     2. КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб)
     3. РМА
     4. РI
357. ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА - ЭТО
     1. определение реакции зуба на холодовые раздражители
     2. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
     3. определение отклонения зуба по оси
     4. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
358. ТЕМПЕРАТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА
     1. способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
     2. на способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
     3. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического ток1)
     4. прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
359. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ПРОБЫ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ПОМЕЩАЮТ
     1. непосредственно в кариозную полость
     2. на сохранившуюся эмаль в пришеечной области коронки зуба
     3. на область бугров
     4. на экватор
360. ЭОД ОСНОВАНА НА
     1. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
     2. способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
     3. прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
     4. способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
361. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
     1. степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
     2. способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
     3. способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
     4. способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
362. ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД
     1. прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
     2. способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
     3. способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического ток1)
     4. способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
363. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА
     1. способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
     2. прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
     3. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
     4. способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
364. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
     1. ЭОД
     2. внешний осмотр
     3. зондирование
     4. пальпация
365. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С
     1. гиперемией пульпы
     2. хроническим пульпитом
     3. флюорозом
     4. острым диффузным пульпитом
366. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С
     1. хроническим фиброзным периодонтитом
     2. хроническим гранулематозным периодонтитом
     3. деструктивной формой флюороза
     4. кариесом в стадии пятна
367. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С
     1. эрозией эмали
     2. хроническим периодонтитом
     3. кислотным некрозом
     4. острым пульпитом
368. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С
     1. клиновидным дефектом
     2. острым пульпитом
     3. хроническим периодонтитом
     4. гиперемией пульпы
369. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ С
     1. гипоплазией эмали
     2. гиперемией пульпы
     3. очаговым пульпитом
     4. кариесом дентина
370. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С
     1. хроническим периодонтитом
     2. острым пульпитом
     3. эрозией эмали
     4. флюорозом
371. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЦЕМЕНТА ПРОВОДЯТ С
     1. клиновидным дефектом
     2. деструктивной формой флюороза
     3. хроническим периодонтитом
     4. кариесом эмали
372. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
     1. гипертрофией десневого сосочка
     2. хроническим гангренозным пульпитом
     3. острым пульпитом
     4. хроническим периодонтитом
373. РАХИТ, ТУБЕРКУЛЕЗ – ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ
     1. задержки прорезывания зубов
     2. патологического стирания
     3. эрозии
     4. сверхкомплектных зубов
374. ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА – ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ
     1. изменения цвета зубов
     2. эрозии
     3. флюороза
     4. кариеса
375. АНОМАЛИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПЯТЕН
     1. желтого цвета
     2. коричневого цвета
     3. белого цвета
     4. зеленого цвета
376. ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ПОРФИРИЯ ВЫЗЫВАЕТ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩЕЕ СВЕЧЕНИЕ
     1. красное
     2. зеленое
     3. белое
     4. голубое
377. ГЕННЫЕ МУТАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СТРУКТУР ПЕРЕДАЮТСЯ
     1. без изменений
     2. с изменениями в каждом поколении
     3. через поколение
     4. через два поколения
378. РАДИАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. отсутствием боли
     2. болью от химических раздражителей
     3. болью от механических раздражителей
     4. болью от температурных раздражителей
379. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ КИСЛОТНОГО НЕКРОЗА
     1. «слипание зубов»
     2. чувство «оскомины»
     3. боль от химических раздражителей
     4. боль от температурных раздражителей
380. СХОДСТВО ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) И ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ
     1. отсутствие жалоб
     2. боли от температурных раздражителей
     3. боли при накусывании
     4. боли от химических раздражителей
381. БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА ОБУСЛОВЛЕНА
     1. разрушением наиболее чувствительной зоны (эмлево-дентинного соединения)
     2. отсутствием чувствительной иннервации в дентине
     3. некрозом пульпы
     4. образованием заместительного дентина
382. ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ
     1. от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей
     2. от температурных раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
     3. от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
     4. на самопроизвольную боль
383. ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ В ТЕЧЕНИЕ 48 Ч. ПОСЛЕ АЛЬТЕРАЦИИ НОСИТ ХАРАКТЕР
     1. острого начального пульпита
     2. острого гнойного пульпита
     3. хронического пульпита
     4. хронического язвенного пульпита
384. СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. хронического пульпита
     2. кариеса эмали
     3. кариеса дентина
     4. хронического периодонтита
385. ПРИСТУПЫ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
     1. остром пульпите
     2. кариесе дентина
     3. хроническом пульпите
     4. остром периодонтите
386. САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ 10–30 МИН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. острого пульпита
     2. острого гнойного пульпита
     3. хронического пульпита
     4. хронического язвенного пульпита
387. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В
     1. висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
     2. затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
     3. шею, глаз, надбровную область
     4. язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
388. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В
     1. затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
     2. висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
     3. шею, глаз, надбровную область
     4. язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
389. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ДО 2 СУТОК ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. острого пульпита
     2. острого гнойного пульпита
     3. хронического гипертрофического пульпита
     4. хронического язвенного (гангренозного) пульпита
390. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА (В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ) ХАРАКТЕРНА
     1. ноющая боль от разных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющаяся после их устранения, боль от смены окружающей температуры
     2. самопроизвольная приступообразная боль в зубе, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
     3. ноющая боль от разных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
     4. приступообразная боль от всех раздражителей, сохраняющаяся после их устранения
391. ИНТЕНСИВНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ И ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. острого гнойного пульпита
     2. острого пульпита
     3. острого периодонтита
     4. хронического пульпита
392. НОЮЩАЯ БОЛЬ, ДИСКОМФОРТ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЮЩАЯ БОЛЬ ПРИ СМЕНЕ НАРУЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ
     1. хронический пульпит
     2. острый гнойный пульпит
     3. острый пульпит
     4. хронический язвенный пульпит
393. БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО) НАБЛЮДАЮТ ПРИ
     1. хроническом язвенном пульпите
     2. кариесе цемента корня
     3. хроническом пульпите
     4. кариесе дентина
394. НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ — СИМПТОМ ПУЛЬПИТА
     1. хронического
     2. острого гнойного
     3. острого
     4. хронического язвенного
395. БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (ФАЗА ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРИОДОНТ1) СВЯЗАНА С
     1. ацидозом
     2. отеком соединительной ткани
     3. накоплением эндотоксинов в тканях
     4. разволокнением коллагеновых волокон
396. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА («УДЛИНЕНИЕ» ЗУБА) СВЯЗАНО С
     1. скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
     2. отеком и гиперемией в периапикальных тканях
     3. гиперемией и отеком десны
     4. избыточной нагрузкой на зуб
397. НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)
     2. острого апикального периодонтита (фаза экссудации)
     3. хронического периодонтита
     4. обострения хронического периодонтита
398. НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, – СИМПТОМ
     1. интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой
     2. кариеса
     3. острого пульпита
     4. хронического пульпита (ремиссия)
399. ОТСУТСТВИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА
     1. подслизистый абсцесс
     2. острый периодонтит в фазе интоксикации периодонта
     3. острый периодонтит в фазе экссудации
     4. обострение хронического гангренозного пульпита
400. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. периапикального абсцесса без свища
     2. хронического пульпита
     3. острого пульпита
     4. кариеса
401. СКУДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. периапикального абсцесса со свищом
     2. хронической апикальной гранулемы
     3. острого периодонтита
     4. острого пульпита
402. ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
     1. нарушениями образования и развития эмали и дентина зуба
     2. выраженной гиперестезией
     3. изменениями в периодонте
     4. изменениями окклюзии
403. ГИПОПЛАЗИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД
     1. формирования и минерализации зубов
     2. закладки зубов
     3. прорезывания зубов
     4. дифференцировки зубных зачатков
404. ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА МЕНЯЕТСЯ
     1. цвет эмали зубов
     2. блеск эмали зубов
     3. форма зуба
     4. структура (недоразвитие эмали)
405. СИСТЕМНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ВСЕГДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. гипоплазии
     2. кариеса
     3. пульпита
     4. эрозии зубов
406. ПРИЧИНА СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ
     1. заболевания ребенка в первый год после рождения
     2. заболевания матери в период беременности
     3. генетические факторы
     4. высокое содержание фтора в питьевой воде
407. ПРИЧИНА МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ
     1. периодонтит молочного зуба
     2. генетические факторы
     3. заболевания ребенка после рождения
     4. низкое содержание фтора в питьевой воде
408. ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭМАЛИ В ВИДЕ
     1. пятен с четкими границами
     2. пятен с нечеткими границами
     3. бороздок
     4. волнистой эмали
409. НЕДОРАЗВИТИЕ ЭМАЛИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
     1. бороздками, точечными углублениями
     2. пятнами с нечеткими границами
     3. пятнами с четкими границами
     4. отсутствием эмали
410. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОПЛАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
     1. отсутствием эмали
     2. пятнами с нечеткими границами
     3. бороздками
     4. пятнами с четкими границами
411. ПРИЧИНА МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ
     1. травма зачатка постоянного зуба
     2. генетические факторы
     3. заболевания ребенка после рождения
     4. низкое содержание фтора в питьевой воде
412. НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. гипоплазии
     2. эрозии
     3. стирания
     4. гипокальцификции
413. ПЯТНО ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ВЫГЛЯДИТ КАК
     1. блестящее с четкими границами
     2. матовое с нечеткими границами
     3. окрашивается красителями
     4. выявляется на рентгенограмме
414. БОЛЕЗНИ (РАХИТ, ТУБЕРКУЛЕЗ) МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ
     1. гипоплазии
     2. сверхкомплектных зубов
     3. эрозии
     4. стирания
415. БОЛЬ ПРИ ДЕЙСТВИИ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. аплазии
     2. бороздчатой гипоплазии
     3. гипопластического пятна
     4. лестничной гипоплазии
416. ЗУБЫ ФУРНЬЕ (ОТВЕРТКООБРАЗНЫЕ КОРОНКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ БЕЗ ПОЛУЛУННОЙ ВЫРЕЗКИ) – ПРОЯВЛЕНИЕ
     1. системной гипоплазии
     2. местной гипоплазии
     3. флюороза
     4. стирания
417. ПРИЧИНА ФЛЮОРОЗА
     1. высокое содержание фтора в питьевой воде
     2. заболевание ребенка в первый год жизни
     3. заболевания матери в период беременности
     4. низкое содержание фтора в воде
418. ШТРИХОВАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. небольшими меловидными полосками-штрихами
     2. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
     3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
     4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
419. ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
     2. небольшими меловидными полосками-штрихами
     3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
     4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
420. МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
     2. небольшими меловидными полосками-штрихами
     3. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
     4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
421. ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
     2. небольшими меловидными полосками-штрихами
     3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
     4. хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок
422. ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
     2. небольшими меловидными полосками-штрихами
     3. хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
     4. наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с ее отсутствием
423. ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ПОТЕРЕЙ ТКАНЕЙ
     1. эрозивная
     2. пятнистая
     3. штриховая
     4. меловидно-крапчатая
424. 424. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ
     1. амелобластов
     2. одонтобластов
     3. остеобластов
     4. цементобластов
425. ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЭМАЛИ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ СВЯЗАНО С
     1. уменьшением плотности наружного слоя эмали
     2. увеличением плотности наружного слоя эмали
     3. стабильностью плотности наружного слоя эмали
     4. уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали
426. ПЯТНА ПРИ ФЛЮОРОЗЕ РАСПОЛОЖЕНЫ
     1. на всей поверхности коронки зуба
     2. на режущем крае
     3. в пришеечной области
     4. на контактных поверхностях
427. НЕСОВЕРШЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ
     1. нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
     2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
     3. сращение, слияние и раздвоение зубов
     4. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
428. АПЛАЗИЯ ЭМАЛИ НА ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ ДЕНТИНА
     1. гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
     2. гипомотурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
     3. гипопластический неполноценный амелогенез
     4. комбинационный неполноценный амелогенез
429. «ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ — ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ
     1. несовершенного амелогенеза
     2. гипоплазии эмали
     3. флюороза
     4. несовершенного дентиногенеза
430. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ (СИНДРОМ СТЕЙНТОНА – КАПДЕПОН1) ПОРАЖЕНЫ
     1. все молочные и постоянные зубы
     2. молочные и постоянные премоляры
     3. молочные и постоянные моляры
     4. молочные и постоянные резцы
431. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА СТЕЙНТОНА– КАПДЕПОНА
     1. стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
     2. кариозные полости
     3. «рифленые» зубы
     4. «гипсовые» зубы
432. НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ
     1. гипоплазия
     2. эрозия
     3. стирание
     4. кариес
433. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА
     1. дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
     2. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
     3. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
     4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
434. I СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО)
     1. стирание эмали режущих краев и бугров
     2. стирание коронки до шейки зуба
     3. полное стирание бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки
     4. стирание коронки до эмалево-дентинной границы
435. II СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО)
     1. полное стирание бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки
     2. стирание эмали режущих краев и бугров;
     3. стирание коронки до шейки зуба;
     4. стирание коронки до эмалево-дентинной границы
436. III СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО)
     1. полное стирание бугров с обнажением дентина до 2/3 высоты коронки
     2. стирание эмали режущих краев и бугров
     3. стирание коронки до шейки зуба
     4. стирание коронки до эмалево-дентинной границы
437. КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ НА
     1. клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
     2. молярах нижней челюсти
     3. молярах верхней и нижней челюсти
     4. молярах верхней челюсти
438. ИНТЕНСИВНАЯ УБЫЛЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ОДНОГО ЗУБА, ГРУППЫ ЗУБОВ ИЛИ ВСЕХ ЗУБОВ
     1. патологическое стирание
     2. гипопластический неполноценный амелогенез
     3. гипоплазия
     4. кариес
439. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА
     1. овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
     2. дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
     3. дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
     4. потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
440. II СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ
     1. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
     2. поражение только поверхностных слоев эмали
     3. поражение глубоких слоев дентина
     4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
441. III СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ
     1. поражение поверхностных слоев дентина
     2. поражение только поверхностных слоев эмали
     3. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
     4. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
442. АКТИВНАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ
     1. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
     2. поражение поверхностных слоев эмали
     3. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
     4. убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии
443. СТАБИЛИЗИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ
     1. убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии
     2. поражение поверхностных слоев эмали
     3. убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
     4. поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
444. ЭРОЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ НЕ ОБРАЗУЕТСЯ НА ПОВЕРХНОСТЯХ
     1. резцов и моляров нижней челюсти
     2. клыков и премоляров нижней челюсти
     3. клыков и премоляров верхней челюсти
     4. центральных, боковых резцов верхней челюсти
445. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ
     1. полный вывих
     2. вколоченный вывих
     3. неполный вывих
     4. перелом корня
446. ЧАСТИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
     1. неполный вывих
     2. полный вывих
     3. вколоченный вывих
     4. перелом корня
447. ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЛУНКИ В СТОРОНУ ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ
     1. вколоченный вывих
     2. полный вывих
     3. неполный вывих
     4. перелом корня
448. ЗОНДИРОВАНИЕ ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ
     1. обнаружить кариозную полость
     2. определить состояние сосочков языка
     3. оценить состояние верхушечного периодонта
     4. выявить патологию прикуса
449. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЗОНДИРОВАНИЯ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ – ОБЩИЙ СИМПТОМ ДЛЯ
     1. кариеса дентина и гиперемии пульпы
     2. хронического язвенного пульпита и острого гнойного пульпита
     3. кариеса эмали и гипоплазии
     4. хронического гиперпластического пульпита и хронического периодонтита
450. ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ И ОТСУТСТВИЕ СООБЩЕНИЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА – ОБЩЕЕ ДЛЯ
     1. гиперемии пульпы и острого пульпита
     2. кариеса дентина и клиновидного дефекта
     3. хронического пульпита и хронического периодонтита
     4. кариеса эмали и гипоплазии
451. РЕЦИДИВ КАРИЕСА
     1. возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
     2. новые кариозные поражения рядом с пломбой в ранее леченом зубе
     3. средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
     4. обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
452. ЗОНДИРОВАНИЕ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЕЗНЕННО
     1. по дну
     2. по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
     3. в пришеечной области
     4. по эмали
453. ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ БОЛЕЗНЕННО В ОБЛАСТИ
     1. стенок (эмалево-дентинное соединение)
     2. дна
     3. в пришеечной области
     4. эмали
454. ЗОНДИРОВАНИЕ СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА
     1. безболезненно
     2. болезненно
     3. слабо болезненно
     4. резко болезненно
455. ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ
     1. обнажение корней зубов
     2. повышение вязкости ротовой жидкости
     3. снижение вязкости ротовой жидкости
     4. наличие наследственных заболеваний
456. ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ
     1. хроническом апикальном периодонтите (стадия обострения)
     2. хроническом пульпите (стадия обострения)
     3. кариесе
     4. хроническом периодонтите (ремиссия)
457. ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА С ВЫДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. периапикального абсцесса со свищом
     2. острого периодонтита
     3. хронического пульпита
     4. периапикального абсцесса без свища
458. ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. хронического апикального периодонтита
     2. острого периодонтита
     3. периапикального абсцесса без свища
     4. острого пульпита
459. ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ БОЛЕЗНЕННО
     1. в проекции одного из рогов пульпы
     2. по всему дну
     3. по эмалево-дентинному соединению
     4. в пришеечной области
460. ОБШИРНОЕ СООБЩЕНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА, ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ – СИМПТОМ ПУЛЬПИТА
     1. хронического язвенного
     2. хронического
     3. хронического гиперпластического
     4. острого гнойного
461. СЛАБО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО РАСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ – СИМПТОМ ПУЛЬПИТА
     1. хронического гиперпластического
     2. хронического
     3. острого гнойного
     4. хронического язвенного
462. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПУЛЬПИТА
     1. хронического
     2. острого гнойного
     3. острого
     4. хронического гипертрофического
463. ЭОД ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ СОСТОЯНИЕ
     1. пульпы
     2. периодонта
     3. эмали
     4. дентина
464. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
     1. скрытые кариозные полости
     2. состояние пульпы зуба
     3. состояние слизистой оболочки рта
     4. состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях
465. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ
     1. состояние периодонта зуба
     2. состав пломбировочного материала
     3. состояние слизистой оболочки рта
     4. состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях
466. ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) (мкА)
     1. 2–6
     2. 10–12
     3. 25–30
     4. 100
467. ДЛЯ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМЫ
     1. электроодонтодиагностика
     2. зондирование
     3. перкуссия
     4. рентгенография
468. ЭОД ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ (мкА)
     1. 10–12
     2. 2–6
     3. 25–30
     4. 100
469. ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
     1. кариозного дентина
     2. вторичного дентина
     3. иррегулярного дентина
     4. третичного дентина
470. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ (мкА)
     1. 25–35
     2. 10–12
     3. 15–25
     4. 2–6
471. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 30 % БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ
     1. хроническом
     2. остром гнойном
     3. остром
     4. хроническом язвенном
472. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 50 % БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ
     1. хроническом язвенном
     2. остром гнойном
     3. хроническом
     4. остром
473. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ (мкА)
     1. 40–60
     2. 10–12
     3. 20–30
     4. 2–6
474. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ (мкА)
     1. 40–90
     2. 15–25
     3. 30–60
     4. 10–12
475. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМА
     1. рентгенография
     2. реопародонтография
     3. ЭОД
     4. реоплетизмография
476. ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ
     1. периапикальном абсцессе без свища
     2. хроническом пульпите
     3. кариесе
     4. остром пульпите
477. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ – РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ
     1. хронического язвенного пульпита (50 %)
     2. острого пульпита
     3. хронической апикальной гранулемы
     4. кариеса
478. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ – РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ
     1. хронического фиброзного пульпита (30 %)
     2. острого пульпита
     3. хронической апикальной гранулемы
     4. кариеса
479. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ – РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ
     1. гипертрофии периодонта в результате перегрузки
     2. острого пульпита
     3. хронической апикальной гранулемы
     4. кариеса
480. МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА
     1. пародонтопатогенные анаэробные микроорганизмы
     2. аэробные бактерии
     3. сапрофитная микрофлора
     4. резидентная микрофлора.
481. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ
     1. подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
     2. рецессию десны, глубину пародонтального кармана
     3. потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
     4. концентрацию глюкозы в крови
482. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ
     1. отсутствует
     2. на 1/3 длины корня зуба
     3. на 1/2 длины корня зуба
     4. на 2/3 длины корня зуба
483. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА
     1. PMA
     2. PHP
     3. CSI
     4. CPITN
484. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. кровоточивость при зондировании
     2. деформация десневых сосочков
     3. пародонтальный карман до 3 мм
     4. пародонтальный карман 4 мм и более
485. ПРОБА ШИЛЛЕРА – ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ
     1. воспаление десны
     2. нарушение обмена глюкозы
     3. состояние капилляров десны
     4. уровень гигиены полости рта
486. ФУРКАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ III КЛАССА ЭТО
     1. сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании
     2. межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует
     3. сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной
     4. фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2мм.
487. ДВУХСТЕНОЧНЫЙ ДЕФЕКТ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ
     1. пародонтите
     2. гингивите
     3. рецессии десны
     4. пародонтозе
488. РАСЩЕЛИНЫ ШТИЛЬМАНА ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ
     1. рецессии десны
     2. гингивита
     3. пародонтита
     4. пародонтоза
489. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ I КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ
     1. рецессия в пределах прикрепленной десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
     4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
490. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ II КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ
     1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     2. рецессия в пределах прикрепленной десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
     4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
491. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ III КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ
     1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачена
     2. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     3. рецессия в пределах прикрепленной десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
492. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ IV КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ
     1. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков
     2. рецессия в пределах прикрепленной десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
     3. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов
     4. рецессия десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует
493. ОСТРОТА ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ПРОВЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
     1. пластмассовой палочки
     2. листка бумаги
     3. деревянного бруска
     4. металлического бруска
494. НАЛИЧИЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО
     1. погружению зонда на глубину 3 мм и более
     2. обнажению поверхности корня зуба
     3. погружению зонда на глубину менее 3 мм
     4. пальпаторно
495. НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. гипертрофического гингивита
     2. катарального гингивита
     3. язвенно-некротического гингивита
     4. пародонтита
496. ПУГОВЧАТЫЙ ЗОНД ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
     1. определения глубины и рельефа пародонтального кармана
     2. зондирования кариозных полостей
     3. изменения величины рецессии
     4. обнаружения поддесневых зубных отложений
497. В СОСТАВ ЗУБНОЙ БЛЯШКИ ВХОДЯТ КОМПОНЕНТЫ
     1. слюны, бактерии и продукты их жизнедеятельности, остатки пищи и клеток бактерий
     2. микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности
     3. эпителиальных клеток и компонентов крови
     4. протеинов слюны
498. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДЕСНЕ
     1. гиперемия, отечность, кровоточивость
     2. ишемия десневого края
     3. множественная рецессия десны
     4. гиперемия, гноетечение
499. МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ЛЕТУЧИЕ СЕРНИСТЫЕ СОЕДИНЕНИЯ ПРИ ОРАЛЬНОМ ГАЛИТОЗЕ
     1. Bacteroides
     2. Vibrio cholerae
     3. Togaviridae
     4. Streptococcus aureus
500. ДЛЯ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАПАХА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. тест с зубной нитью
     2. электромиографию
     3. индекс язычного налета
     4. аксиографию
501. ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ
     1. гингивитом
     2. пародонтитом
     3. пародонтозом
     4. пародонтомой
502. ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЭЗОФАГИТА В ПОЛОСТИ РТА ОТМЕЧАЮТ
     1. творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка
     2. налет на языке серого цвета
     3. множественный кариес
     4. папулы ярко-красного цвета
503. ПРИ ГАСТРОЭФОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ
     1. эрозия эмали
     2. абсцесс
     3. эпулис
     4. пародонтоз
504. ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ
     1. острый гингивостоматит
     2. пародонтоз
     3. желто-коричневое окрашивание налета на языке
     4. зеленый налет на зубах
505. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ
     1. высыпание бледно-красного цвета с четкой каймой розового цвета
     2. эпулис
     3. язва
     4. периодонтит
506. У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГАСТРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ
     1. фиксированная форма десквамативного глоссита
     2. дистальный прикус
     3. открытый прикус
     4. бруксизм
507. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ТИПА «В» В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ
     1. цианотичный язык, отечность, гипертрофированные нитевидные сосочки
     2. выраженная гиперестезия языка, чувство жжения
     3. ксеростомия, язвы
     4. флюороз, актиномикоз
508. ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ
     1. сухость слизистой оболочки рта
     2. флюороз
     3. абсцесс подъязычной области
     4. актиномикоз
509. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ
     1. пузырно-сосудистый синдром
     2. участок дистрофии соединительной ткани
     3. «лакированный» язык
     4. тортоаномалии
510. ПРИЧИНОЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ
     1. внешнее окрашивание
     2. почечная недостаточность
     3. инсульт
     4. муковисцидоз
511. К ДЕВИТАЛЬНОМУ ОКРАШИВАНИЮ ЗУБОВ ПРИВОДИТ
     1. депульпирование зубов
     2. аномалия желчных путей
     3. несовершенный амелогенез
     4. несовершенный дентиногенез
512. СТАНДАРТНАЯ ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА
     1. Vita
     2. Filtek
     3. Gradia
     4. Charisma
513. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ
     1. пластмассовые
     2. стальные
     3. титановые
     4. твердосплавные
514. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЗУБНОЙ НАЛЕТ С ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЯТЬ С ПОМОЩЬЮ
     1. щеточек
     2. кюрет
     3. Air-flow
     4. УЗ-скейлера
515. УДАЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ
     1. профессиональной гигиены
     2. индивидуальной гигиены
     3. стоматологического просвещения
     4. стоматологического обследования
516. УДАЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ
     1. профессиональной гигиены
     2. индивидуальной гигиены
     3. чистки зубов
     4. лечения пародонтитов
517. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
     1. кальция и фториды
     2. растительного происхождения
     3. витамины
     4. пищевые добавки
518. ПРИ ФЛЮОРОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ
     1. соединения кальция
     2. растительные компоненты
     3. соединения фтора
     4. витамины
519. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ
     1. устранение патологических очагов в полости рта
     2. миогимнастику
     3. постуральный анализ
     4. ношение съемных ортодонтических аппаратов
520. К МЕТОДУ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ
     1. устранение патологических очагов в полости рта
     2. лечение аномалий окклюзии
     3. лечение общих соматических заболеваний
     4. консультацию остеопата
521. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛОССОВ - УДАЛЕНИЕ ЗУБНОГО НАЛЕТА C ПОВЕРХНОСТЕЙ
     1. апроксимальных
     2. вестибулярных
     3. оральных
     4. жевательных
522. ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ
     1. мягких зубных отложений
     2. твердых зубных отложений
     3. пигментированного налета
     4. поддесневого зубного камня
523. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. скребки
     2. флоссы
     3. ополаскиватели
     4. зубные щетки
524. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГАЛИТОЗЕ
     1. маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов
     2. открытый кюретаж
     3. устранение патологических очагов в полости рта
     4. вестибулопластика
525. ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО СИФИЛИСА, ВРАЧ ДОЛЖЕН
     1. закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
     2. продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
     3. сказать больному о своем подозрении и прекратить прием
     4. отказать пациенту в оказании стоматологической помощи
526. НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ
     1. 2 раз в год
     2. 1 раза в год
     3. 2 раз в месяц
     4. 1 раза в 2 года
527. ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ВЕНСАНА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТ
     1. нейтрофильный сдвиг влево, ускоренную СОЭ
     2. лейкоцитоз, анемию, тромбоцитопению
     3. нейтрофильный агранулоцитоз, лейкопению, ускоренную СОЭ
     4. эритремию, замедленную СОЭ
528. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ КОТОРОМ ОЧАГ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ВЫЯВЛЯЮТ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ
     1. кариес эмали
     2. гипоплазия эмали
     3. флюороз
     4. гиперестезия эмали
529. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. ретгенологический метод
     2. электроодонтометрию
     3. капилляроскопию
     4. люминесцентную диагностику
530. ФОРМА ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ВСЕГДАСООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА
     1. хронический гипертрофический пульпит
     2. хронический фиброзный пульпит
     3. острый диффузный пульпит
     4. острый очаговый пульпит
531. ФОРМА КАНДИДОЗА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ БЕЛОГО «ТВОРОЖИСТОГО» НАЛЕТА
     1. острый псевдомембранозный кандидоз
     2. острый атрофический кандидоз
     3. хронический атрофический кандидоз
     4. хронический гиперпластический кандидоз
532. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ КЛОТРИМАЗОЛА
     1. кандид, раствор для полости рта
     2. кетоконазол мазь
     3. низорал мазь
     4. ламизил мазь
533. МЕТОДИКА «СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА» ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
     1. формирования небной поверхности реставрации
     2. формирования апроксимальной поверхности реставрации
     3. создания контактного пункта
     4. создания вестибулярной поверхности реставрации
534. ХРОНИЧЕСКИЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ГРАНУЛИРУЮЩИЙ ПЕРИОДОНТИТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ОБОЗНАЧАЕТСЯ
     1. К04.5
     2. К04.8
     3. К05.4
     4. К02.1
535. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ ТРУДА, ОТДЫХА, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ)
     1. динамическое наблюдение 4 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 2 раза в год
     2. динамическое наблюдение 2 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
     3. динамическое наблюдение 1 раз в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
     4. динамическое наблюдение 3 раза в год
536. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ТАППЕЙНЕРА (НИКОТИНОВЫЙ СТОМАТИТ)
     1. отказ от курения
     2. отказ от приема крепких алкогольных напитков
     3. рациональное протезирование
     4. избирательное пришлифовывание зубов
537. ИЗМЕНЕНИЕ В ПЕРИОДОНТЕ В ВИДЕ РАСШИРЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
     1. хроническом язвенном пульпите
     2. хроническом пульпите
     3. хроническом гиперпластическом пульпите
     4. остром пульпите
538. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИ-ЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД
     1. зондирование кариозной полости
     2. рентгенография
     3. ЭОД
     4. вертикальная перкуссия
539. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ОТЛИЧИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИИ ЗУБОВ
     1. симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных
     2. наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов
     3. более глубокое поражение тканей зубов
     4. атипичное расположение эрозий эмали на зубах
540. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ
     1. «яблочного желе»
     2. «скошенного луга»
     3. Никольского
     4. Кэбнера
541. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
     1. купирование болевого синдрома
     2. купирование болевого синдрома и ампутацию коронковой пульпы
     3. купирование болевого синдрома и экстирпацию пульпы
     4. купирование болевого синдрома, экстирпацию пульпы и пломбирование корневых каналов
542. МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ПОЛНОМ СОХРАНЕНИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ НАЗЫВАЕТСЯ
     1. биологическим
     2. витальной экстирпации
     3. витальной ампутации
     4. девитальной ампутации
543. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ В ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБАХ В СВЯЗИ С
     1. отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
     2. изменением цвета зубов
     3. быстрым переходом воспаления на корневую пульпу
     4. малым объемом пульпы
544. К ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ МАЗЬ
     1. бутадионовая
     2. нистатиновая
     3. декаминовая
     4. оксолиновая
545. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ В КОСТНЫЕ КАРМАНЫ ВВОДЯТ
     1. колапан
     2. гидрокортизон
     3. линкомицин
     4. солкосерил
546. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. криодеструкцию
     2. радиотерапию
     3. химиотерапию
     4. иммунотерапию
547. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА
     1. активное выявление больных с ранними формами патологии пародонта и их лечение
     2. лечение катарального гингивита
     3. обучение правильным методикам гигиены полости рта
     4. санация зубов
548. ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ
     1. укрепление здоровья путем лечения общих заболеваний, закаливания
     2. гигиенический уход за полостью рта, который осуществляется в домашних условиях и в стоматологическом кабинете
     3. уменьшение количества потребляемых углеводов
     4. применение препаратов фтора и кальция в виде лаков, гелей, аппликаций, полосканий
549. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА (К 02.1) ПРОВОДЯТ
     1. с хроническим пульпитом (К 04.03)
     2. с острым апикальным периодонтитом (К 04.4)
     3. с хроническим гиперпластическим пульпитом (К 04.05)
     4. с гнойным пульпитом (К 04.02)
550. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ
     1. воспалительный процесс, вовлекающий зачатки зубов или механическая травма развивающегося фолликула
     2. различные заболевания, возникающие у детей или беременной женщины в период формирования и минерализации зубов
     3. наследственные нарушения процессов образования эмали и дентина
     4. эндокринные нарушения, в частности гиперфункция щитовидной железы
551. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИЧИННОГО ЗУБАЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ИЗМЕРЕНИЕ
     1. с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги
     2. с любого другого зуба
     3. сразу с причинного зуба
     4. с антагониста
552. ПАСТЫ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ
     1. для подавления роста бактерий корневого канала, стимуляции репаративных процессов
     2. для остановки кровотечения
     3. для заполнения микропространств корневого канала и склеивания штифтов
     4. для удаления смазанного слоя
553. АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5А ПОКОЛЕНИЯ
     1. предусматривают двухшаговую технику применения - кондиционирование тканей зуба 35-37% р-ром фосфорной кислоты и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
     2. предусматривают двухшаговую технику применения - кондиционирование тканей зуба самопротравливающим несмываемым праймером и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
     3. предусматривают трехшаговую технику применения - кондиционирование тканей зуба 35-37% р-ром фосфорной кислоты, нанесение праймера на дентин и нанесение адгезива на эмаль и дентин зуба
     4. предусматривают одношаговую технику применения - нанесение самопротравливающего адгезива на эмаль и дентин зуба
554. ФОРМА КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ДОЛЖНА БЫТЬ
     1. конусной на всем протяжении
     2. с параллельными стенками
     3. воронкообразной
     4. округлой
555. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ, СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МЕНЕЕ 7 ДНЕЙ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
     1. в устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
     2. в устранении травмирующего фактора, прижигании язвы, антисептической обработке язвы, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
     3. в устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, хирургическом иссечении язвы, аппликациях обезболивающих средств
     4. в устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, прижигании язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами
556. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ (К 04.04) ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
     1. витальная экстирпация
     2. витальная ампутация
     3. биологический
     4. девитальная экстирпация
557. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ПАРОДОНТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОВТОРНЫЕ ЯВКИ БОЛЬНЫХ
     1. 1 раз в 3 месяца
     2. 1 раз в месяц
     3. 1 раз в 6 месяцев
     4. 1 раз в 12 месяцев
558. ЦЕЛЬЮ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе научных знаний причин заболеваний и методов их предупреждения
     2. предотвращение развития и появления рецидивов и осложнений заболеваний
     3. предотвращение потери функций органов и систем организма путем восстановления утрат и потерь здоровья в результате заболеваний
     4. обнаружение факторов риска заболеваний и предотвращение конкретной патологии
559. КАКОЙ ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА
     1. зовиракс
     2. солкосерил
     3. нистатин
     4. метрогил-дента
560. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ
     1. мазь «Канестен»
     2. гистаглобулин
     3. 0,05% р-р хлоргексидина
     4. трипсин, химотрипсин
561. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЮТ ДЛЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
     1. солкосерил
     2. гель «Метрогил-Дента»
     3. ламизил
     4. трипсин
562. СОСТОЯНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ
     1. пальпации
     2. осмотре полости рта
     3. перкуссии
     4. расспросе
563. РАХИТ, ТУБЕРКУЛЕЗ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ
     1. задержку прорезывания зубов
     2. патологическое стирание
     3. эрозии
     4. формирование сверхкомплектных зубов
564. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПРОБЫ ШИЛЛЕРА – ПИСАРЕВА ОТОБРАЖАЕТ
     1. йодное число Свракова
     2. индекс РМА
     3. индекс КПУ
     4. индекс Фукса
565. ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ
     1. повышения проницаемости эмали
     2. разрушения поверхностного слоя эмали
     3. снижения рН зубного налета
     4. повышение буферной емкости
566. ГЛУБОКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ
     1. пульпита
     2. некроза пульпы
     3. острого апикального периодонтита
     4. дегенерации пульпы
567. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. индекс CPITN
     2. индекс РНР
     3. индекс Green, Vermillion
     4. индекс Silness, Loe
568. КАНДИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА
     1. антибиотиков
     2. поливитаминов
     3. нейролептиков
     4. ферментов
569. ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕЙКОПЛАКИЯ ОТНОСИТСЯ
     1. к факультативному предраку
     2. к хейлиту
     3. к дерматозу
     4. к облигатному предраку
570. ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПОСТОЯННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ
     1. до дентино-цементного соединения
     2. не доходя 2 мм от анатомической верхушки
     3. до анатомической верхушки
     4. с выведением за анатомическую верхушку
571. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ
     1. коррекцию гигиены полости рта
     2. аппликацию протеолитических ферментов
     3. гингивэктомию
     4. склерозирующую терапию
572. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРОВОДИТСЯ
     1. кератопластиками
     2. противовирусными препаратами
     3. антибиотиками
     4. противогрибковыми препаратами
573. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА
     1. блокаду вируса
     2. воздействие на микрофлору
     3. санацию полости рта
     4. эпителизацию
574. САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОВОДЯТ
     1. как только больному будет разрешено открывать рот
     2. через неделю после получения травмы
     3. через 2 недели после получения травмы
     4. через 3 недели после получения травмы
575. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. периодические профилактические осмотры
     2. устранение профессиональных вредностей
     3. устранение травм слизистой оболочки
     4. отказ от раздражающей пищи
576. ПОБУДИТЕЛЬНЫЙ МОТИВ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ
     1. возможное озлокачествление лейкоплакии слизистой оболочки рта
     2. возможная потеря вкуса
     3. возможное развитие ксеростомии
     4. образование налета курильщика на зубах
577. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕНТИН ИМЕЕТ ЦВЕТ
     1. светло-желтый
     2. коричневый
     3. черный
     4. розовый
578. ОСНОВНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЭРОЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЕЕ ОТ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА
     1. форма дефекта
     2. окрашивание метиленовым синим
     3. болезненное зондирование
     4. положительная холодовая проба
579. В ЦЕЛЯХ ОНКОСКРИНИНГА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
     1. система «Визилайт»
     2. прибор «Диагнодент»
     3. интраоральная видеокамера
     4. прибор «Флорида-проуб»
580. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА
     1. ревматолога
     2. дерматолога
     3. кардиолога
     4. нефролога
581. ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ДОСТОВЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ РЕЗУЛЬТАТ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
     1. зеленоватое свечение межклеточных контактов в шиповидном слое эпителия слизистой оболочки полости рта
     2. зеленоватое свечение всей базальной мембраны слизистой оболочки полости рта
     3. зеленоватое свечение стенок сосудов в собственной пластинке слизистой оболочке полости рта
     4. зеленоватое свечение участков базальной мембраны слизистой оболочки полости рта
582. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ (мкА)
     1. 20-30
     2. 70-90
     3. 50
     4. 120
583. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ ОТВОДЯТ
     1. данным рентгенологического исследования
     2. анамнестическим данным
     3. перкуссим
     4. термической пробе
584. ОБОСТРЕНИЮ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ СООТВЕТСТВУЕТ
     1. гнойное отделяемое из клинического кармана
     2. гиперестезия твердых тканей зуба
     3. рецессия десны
     4. клинический карман глубиной 6-8 мм
585. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
     1. генерализованная деструкция костной ткани от 1/3 до ½ длины корней зубов
     2. локализованная деструкция костной ткани от 1/3 до ½ длины корней зубов
     3. генерализованная деструкция костной ткани до 1/3 длины корней зубов
     4. локализованная деструкция костной ткани до 2/3 длины корней зубов
586. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОТНОСЯТ ГЕЛИ
     1. «РОКС Медикал»
     2. «Хлосайт»
     3. «Метрогил Дента»
     4. «Холисал»
587. ДИСПАНСЕРНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
     1. каждые 3-4 месяца в течение 5 лет
     2. после выявления заболевания через 1,5-2 месяца
     3. 1 раз в год в течение 3 лет
     4. 1 раз в 3 года
588. ИГ ПО МЕТОДУ ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ РАСТВОРА
     1. Шиллера-Писарева
     2. раствора фурацилина 0,005%
     3. раствора хлоргексидина биглюконата 2%
     4. раствора гипохлорита натрия 3%
589. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
     1. преднизолон, кордиамин
     2. 40% раствор глюкозы, но-шпа
     3. камфора, димедрол
     4. нашатырный спирт
590. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА
     1. электрофорез, фонофорез с глюконатом Са
     2. электросон
     3. Дарсонваль
     4. гидромассаж десен
591. ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА НАЗНАЧЕНИЕ КАКИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ БУДЕТ ЭТИОТРОПНЫМ
     1. антисептики
     2. противовоспалительные препараты
     3. десенсибилизирующие препараты
     4. дезодорирующие растворы
592. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА ПО БЛЭКУ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
     1. нано-, макро-наполненные композиционные
     2. стеклоиономерные цементы
     3. микронаполненные композиционные
     4. поликарбоксилатные цементы
593. ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НУЖНО УЧИТЫВАТЬ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
     1. обязательно
     2. только при биологическом методе
     3. только, если лечение предполагается с использованием анестезии
     4. если пациент перенес инфаркт миокарда в 6 месяцев назад
594. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВОЗНИКАЕТ
     1. после тяжелых заболеваний в первые 2 года жизни
     2. после удаления временного (молочного) зуба по поводу травмы
     3. если временные зубы были поражены кариесом
     4. при злоупотреблении пищей, богатой углеводами
595. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ
     1. антибиотики назначаются с учетом анамнеза и клинической картины
     2. антибиотики назначаются всегда
     3. антибиотики не назначаются
     4. антибиотики назначаются в виде полосканий
596. ПЕРЧАТКИ И МАСКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ
     1. меняются после каждого пациента
     2. после использования стерилизуются в автоклаве
     3. не меняются, обрабатываются раствором антисептика после каждого пациента
     4. выбрасываются в пакет с отходами с литерой «А»
597. КАКОЙ АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
     1. хлоргексидин
     2. бетадин
     3. вокадин
     4. гипохлорит натрия
598. ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПОЛИМЕРНЫХ ЛЕНТ ПРИ ШИНИРОВА-НИИ ЗУБОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
     1. текучий светоотверждаемый композит
     2. стеклоиномерный цемент
     3. ормокеры
     4. пакуемый композиционный материал
599. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ГРАНУЛЯЦИЙ ИЗ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ГЛУБИНОЙ БОЛЕЕ 3 ММ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ
     1. универсальные и зоноспецифические кюреты
     2. серповидный скейлер
     3. пародонтальный зонд
     4. эксплорер
600. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА 2% РАСТВОРА НОВОКАИНА ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ИНЪЕКЦИИ (МЛ)
     1. 50
     2. 25
     3. 100
     4. 150
601. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПРОБЫ НА НОВОКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
     1. перманганат калия
     2. перекись водорода
     3. хлорид натрия
     4. фурациллин
602. ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. первого моляра
     2. клыка
     3. первого премоляра
     4. второго премоляра
603. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА
     1. носоротовая воздушная проба
     2. передняя риноскопия
     3. обзорная рентгенография
     4. пункция верхнечелюстного синуса
604. ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
     1. австралийский антиген крови
     2. клинический анализ крови
     3. скорость оседания эритроцитов
     4. электролит крови
605. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА ВИЧ СЛУЖИТ
     1. полилимфаденит неясной этиологии
     2. одонтогенный лимфаденит
     3. специфический лимфаденит
     4. тонзилогенный лимфаденит
606. СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ
     1. воздушно-капельный
     2. алиментарный
     3. контактный
     4. половой
607. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. бактериологический контроль
     2. данные учета журнала стерилизации
     3. данные визуального контроля стерилизационной
     4. определение концентрации дезинфицирующих растворов
608. ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ
     1. пульпы
     2. твердых тканей зуба
     3. альвеолярной кости
     4. десны
609. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КАРИЕСА ДЕНТИНА
     1. эмалево-дентинная граница болезненная при зондировании
     2. дно болезненное при зондировании
     3. ЭОД 25мкА
     4. реакция на холодное болезненная, длительная
610. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ
     1. II-III степени
     2. нет подвижности
     3. I-II степени
     4. только при значительной нагрузке
611. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ И ДЕСТРУКЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИНАДЛЕЖИТ
     1. анаэробным микроорганизмам
     2. аэробным микроорганизмам
     3. вирусам
     4. грибам
612. ДЕФЕКТ СОПР В ПРЕДЕЛАХ ЭПИТЕЛИЯ
     1. эрозия
     2. язва
     3. киста
     4. папула
613. ВРЕМЯ ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (СЕКУНДЫ)
     1. 30
     2. 60
     3. 5
     4. 15
614. ВИТАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ – ЭТО
     1. удаление всей пульпы под анестезией
     2. удаление всей пульпы после еѐ девитализации
     3. частичное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии
     4. удаление коронковой пульпы после еѐ девитализации
615. ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТЫ НА ДЕСНУ ПОКАЗАНЫ ПРИ
     1. некрозе
     2. кровоточивости
     3. ретракции
     4. гипертрофии
616. ПРИ СТОЙКОМ ТЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ
     1. кортикостероидов
     2. антигистаминных средств
     3. антибиотиков
     4. ферментов
617. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ КАРИЕСЕ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ
     1. ультрафонофорез препаратов кальция и фтора
     2. гидромассаж
     3. магнитотерапию
     4. гальванизацию шейных симпатических узлов
618. ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН НА
     1. активности процессов реминерализации и образовании фтораппатита
     2. изменении рН зубного налета
     3. укреплении белковой матрицы эмали
     4. улучшении трофики зуба
619. НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ» ПО МКБ 10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К03.0
     2. К02.0
     3. К03.3
     4. К00.3
620. НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ» ПО МКБ 10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД
     1. К08.1
     2. К08.0
     3. К01.1
     4. К01.0
621. ЗУБНОЙ НАЛЕТ НЕ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ
     1. индекса зубного налѐта Силнесс – Лое
     2. индекса гигиены Грина – Вермиллиона
     3. гигиенического индекса Федорова – Володкиной
     4. интердентального гигиенического индекса
622. 622. К КАКОМУ КЛАССУ БОЛЕЗНЕЙ ОТНЕСЕНЫ БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ
     1. болезни органов пищеварения
     2. болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
     3. симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
     4. факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения
623. ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. язва
     2. трещина
     3. пузырь
     4. узел
624. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ
     1. эрозии
     2. скарификации
     3. волдыри
     4. папулы
625. ПРИЧИНАМИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЮТСЯ
     1. травматические повреждения зачатков зубов
     2. болезни матери во время беременности
     3. болезни ребенка после рождения
     4. вредные привычки матери во время беременности
626. КАРИЕС ДЕНТИНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ
     1. хронического пульпита
     2. флюороза
     3. кариеса в стадии «белого» пятна
     4. несовершенного амелогенеза
627. ПРИ УШИБЕ ЗУБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
     1. изменение цвета зуба
     2. подвижность части коронки зуба
     3. укорочение высоты коронки зуба
     4. изменение положения зуба в зубном ряду
628. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА, СКЛЕРОЗОМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ЭТО
     1. «мраморная» болезнь
     2. синдром Стейнтона-Капдепона
     3. несовершенный амелогенез
     4. несовершенный дентиногенез
629. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
     1. реакция ИФА
     2. реакция Манту
     3. цитологическое исследование
     4. диаскин-тест
630. ДИСТРОФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, РАСПРОСТРАНЯЮЩИЙСЯ НА ВСЕ СТРУКТУРЫ ПАРОДОНТА, ЭТО
     1. пародонтоз
     2. парадонтома
     3. пародонтит
     4. гингивит
631. ТЕТРАЦИКЛИНОВЫЕ ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ
     1. системной гипоплазии
     2. местной гипоплазии
     3. эндемического флюороза
     4. наследственных нарушений структуры зуба
632. ПОТЕРЯ БЛЕСКА, ПРОЗРАЧНОСТИ, ПРИОБРЕТЕНИЕ ЭМАЛЬЮ МАТОВОСТИ И ПОЯВЛЕНИЕ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭМАЛИ ТЕМНЫХ И БЕЛЫХ НЕПРОЗРАЧНЫХ УЧАСТКОВ, НЕ ОКРАШИВАЮЩИХСЯ МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. флюороза
     2. эрозии эмали и дентина
     3. «тетрациклиновых зубов»
     4. кариеса эмали
633. В КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА
     1. очень легкая, легкая, умеренная, средней тяжести, тяжелая
     2. пятнистая, штриховая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная
     3. точечная, волнистая, чашеобразная
     4. активная, стабилизированная
634. АНОМАЛИЯ РАЗМЕРА И ФОРМЫ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛИЯНИЕ ДВУХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
     1. синодентия
     2. шизодентия
     3. тауродонтизм
     4. зуб Гетчинсона
635. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. абразия
     2. лечение кариеса
     3. заболевание матери в период беременности
     4. беременность
636. ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА, ПАЦИЕНТЫ С СИМПТОМАМИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЛИ
     1. ветряную оспу
     2. краснуху
     3. эпидемический паротит
     4. острый герпетический стоматит
637. ОБЩИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС
     1. КПУ
     2. CPITN
     3. ГИ (по Федоровой-Володкиной)
     4. PMA
638. ПРИ ОСМОТРЕ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ВЫЯВЛЯЮТ
     1. афты, покрытые фибринозным налетом
     2. эрозии с бархатистой поверхностью
     3. узелки овальной формы
     4. пузыри с толстой покрышкой
639. ФОРМИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ БУГРОВ И РЕЖУЩИХ КРАЕВ ЗУБА ДЕФЕКТА, НАПОМИНАЮЩЕГО ЧАШУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. патологической стираемости зубов
     2. системной гипоплазии
     3. кислотного некроза
     4. кариеса дентина
640. ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРЧАТКОЙ СОПР ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
     1. клетки Тцанка
     2. клетки Пирогова- Лангханса
     3. островки Малассе
     4. тельца Пачини
641. ОЦЕНКА РЕМИНЕРАЛИЗИРУЩЕЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ – ЭТО
     1. кривая Стефана
     2. КОСРЭ-тест
     3. ТЭР-тест
     4. сиалометрия
642. ВИД БАКТЕРИЙ, ОБИТАЮЩИХ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ КАРИЕСА
     1. Streptococcus mutans
     2. Clostridium botulinum
     3. Listeria monocytogenes
     4. Candida albicans
643. ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
     1. кровоток десны
     2. плотность костной ткани
     3. кровоток костной ткани
     4. толщину прикрепленной десны
644. ПРИ ПЦР-ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС ГЕРПЕСА ТИПА
     1. 1 (HerpesSimplex)
     2. 3 (VaricellaZoster)
     3. 4 (Epstein-Barr)
     4. 5 (цитомегаловирус)
645. КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
     1. пародонтита в стадии обострения
     2. пародонтита в стадии ремиссии
     3. пародонтоза
     4. хронического гингивита
646. ПОРАЖЕНИЕ ФУРКАЦИЙ В ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО МЕТОДУ
     1. Тарнау, Флетчер
     2. Силнеса-Лоэ
     3. Сэндлер-Сталя
     4. Грин-Вермильона
647. К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОТНОСИТСЯ ГИПЕРЕСТЕЗИЯ
     1. при системных заболеваниях организма
     2. возникающая при наличии кариозной полости
     3. постоперационная
     4. возникающая при наличии дефекта некариозного происхождения
648. БЛЕДНО-ГОЛУБОЕ СВЕЧЕНИЕ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ СОПР В ЛУЧАХ ВУДА ГОВОРИТ О ЗАБОЛЕВАНИИ
     1. красный плоский лишай
     2. многоформная экссудативная эритема
     3. герпетиформный дерматит Дюринга
     4. вульгарная пузырчатка
649. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЕ ВЫЯВЛЯЮТ
     1. остеопороз и рассасывание костной ткани
     2. увеличение высоты межзубных перегородок
     3. наличие секвестров в костной ткани
     4. наличие радикулярных кист
650. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ
     1. равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
     2. снижение высоты межзубных перегородок
     3. атрофические процессы в костной ткани
     4. воспалительную резорбцию костной ткани лунок
651. В НОРМЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОРОГОВОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ СОСТАВЛЯЮТ (мкА)
     1. 2-6
     2. 12-18
     3. 20-40
     4. свыше 100
652. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАРОДОНТИТА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ
     1. рентгенологических данных о степени деструкции костной ткани
     2. активности гноетечения из пародонтального кармана
     3. степени рецессии десны
     4. активности кровоточивости десен при зондировании
653. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АФТАМИ СЕТТОНА ВЫЯСНЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СУЩЕСТВОВАНИЯ АФТ
     1. появившихся несколько месяцев назад и впоследствии разрешившихся рубцом
     2. не заживающих годами
     3. заживших в течение нескольких дней
     4. появившихся недавно и увеличивающихся в размерах с каждым днем
654. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРИВОДЯЩИМ К СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
     1. нарушение обмена веществ
     2. наследственное нарушение
     3. местное воздействие на зачаток зуба
     4. избыточное содержание фтора в питьевой воде
655. ВРЕМЕННЫЙ ДИСКОЛОРИТ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН
     1. употреблением в пищу красящих продуктов
     2. наличием отломка инструмента в корневом канале
     3. неправильным выбором силлера при пломбировании корневых каналов
     4. врожденным пороком биллиарной системы
656. ПАЦИЕНТЫ С ХРАС ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА
     1. ЖКТ
     2. сердечно-сосудистой
     3. мочеполовой
     4. эндокринной
657. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМ
     1. несовершенный дентиногенез
     2. системная гипоплазия
     3. флюороз
     4. местная гипоплазия
658. ВРЕМЯ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ НАЧАЛА ОБРАЗОВАНИЯ КИСЛОТЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ БЛЯШКОЙ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАДКОЙ ПИЩИ
     1. несколько секунд
     2. 2 мин
     3. 15 мин
     4. 30 мин
659. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОСТЬЮ ОБТУРИРОВАТЬ КОРНЕВОЙ КАНАЛ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
     1. депофореза гидроксида меди – кальция
     2. флюктуоризации
     3. дарсонвализации
     4. парафинотерапии
660. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛОССАЛГИИ
     1. финлепсин, инъекции витамина В12
     2. прозерпин, тималин,
     3. димедрол, прозерпин
     4. пентовит, метацил
661. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА, КОТОРУЮ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАРОДОНТИТА (%)
     1. 0,2
     2. 5
     3. 10
     4. 40
662. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД
     1. витальной экстирпации
     2. витальной ампутации
     3. удаления зуба
     4. девитальной экстирпации
663. ПОКАЗАНИЕМ К БИОЛОГИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА С ПОЛНЫМ СОХРАНЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. случайно вскрытый рог пульпы
     2. острый гнойный пульпит
     3. хронический язвенный пульпит
     4. обострение хронического пульпита
664. СОЗДАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАСКРЫТИИ ПОЛОСТИ ЗУБА В РЕЗЦАХ ПРОИЗВОДИТСЯ
     1. в центральной точке коронки (с небной поверхности зуб1)
     2. со стороны режущего края
     3. в области медиального края коронки
     4. в области дистального края коронки
665. ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЙ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ И ВЫРАВНИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА
     1. H-файл
     2. алмазный бор
     3. пульпэкстрактор
     4. плагер
666. ФРЕНУЛОПЛАСТИКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
     1. устранения патологического механического воздействия неадекватно прикрепленных уздечек губ и языка на краевой пародонт
     2. утолщения десны
     3. закрытия оголенной поверхности корня
     4. устранения пародонтальных карманов
667. ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ НАЗНАЧАЮТ
     1. ацикловир
     2. азитромицин
     3. нистатин
     4. метронидазол
668. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА РЕКОМЕНДУЮТСЯ АППЛИКАЦИИ
     1. кератопластиков
     2. антибиотиков
     3. протеолитических ферментов
     4. антиоксидантов
669. КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЯЗВОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДПОЛАГАЕТ КОНСУЛЬТАЦИЮ И ЛЕЧЕНИЕ У ВРАЧА
     1. фтизиатра
     2. терапевта
     3. эндокринолога
     4. дерматолога
670. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ЭДТА в жидкой форме
     2. ЭДТА в гелиевой форме
     3. эндометазон
     4. гуттасольв
671. МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ТРУДНОПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. препарат на основе резорцин формалина
     2. препарат на основе смол
     3. гуттаперча
     4. цемент
672. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НЕ ОТНОСЯТ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ
     1. резорцин-формалина
     2. гидроксида кальция
     3. антибиотиков
     4. метронидазола
673. ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ ЭДТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. декальцинация дентина
     2. антисептическое действие
     3. увлажнение канала
     4. усиление режущих свойств эндодонтических инструментов
674. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ
     1. на основе гидроокиси кальция
     2. сульфаниламидные
     3. антибиотики и антисептики
     4. кортикостероиды
675. СТАНДАРТНАЯ ТЕХНИКА РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ С КОНУСНОСТЬЮ (%)
     1. 2
     2. 4
     3. 6
     4. 12
676. ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ МЕТОДИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАСТВОРОМ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ
     1. некроз мягких тканей
     2. гальванизм
     3. растворение смазанного слоя
     4. неврит лицевого нерва
677. ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ГИДРООКИСИ КАЛЬЦИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ В СВЯЗИ С ИХ СВОЙСТВАМИ
     1. щелочными
     2. нейтральными
     3. кислотными
     4. кровоостанавливающими
678. МЕТОД РЕФЛЕКСИИ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ
     1. начальный кариозный процесс в пришеечной области отражѐнным светом осветительной лампы
     2. распространѐнность воспалительного процесса на окружающие зуб ткани
     3. скрытые (подповерхностные) участки деминерализации эмали
     4. признаки осложнений кариеса (свищевой ход, синюшность десны)
679. ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
     1. диагностики кариеса, выявления поддесневых зубных отложений, трещин в эмали
     2. определения краевого прилегания пломб, распознавания начального кариеса зубов, некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта
     3. распознавания патогенных микроорганизмов
     4. диагностики заболеваний пародонта, периодонта и неврогенных заболеваний челюстнолицевой области
680. КАРИЕСОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
     1. кадмий
     2. фтор
     3. фосфор
     4. медь
681. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. пуговчатый зонд
     2. серповидный зонд
     3. изогнутый зонд
     4. пинцет
682. НАЛИЧИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТА - ЭТО
     1. полиморбидность
     2. полипрагмазия
     3. атипичность
     4. полипатогенность
683. ЗАТРУДНЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СТАРЕНИИ ОБУСЛОВЛЕНО
     1. потерей зубов
     2. атрофией языка
     3. атрофией мышц дна полости рта
     4. гипертрофией альвеолярных отростков челюстей
684. АТРОФИЯ СЛИЗИСТЫХ С ВОЗРАСТОМ ВЕДЕТ К
     1. их сухости
     2. разрастанию эпителия
     3. повышению их секреции
     4. барьерная функция не изменяется
685. УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОРГАНИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА В СТРУКТУРЕ ЭМАЛИ ПРИВОДИТ К
     1. снижению проницаемости эмали
     2. увеличению проницаемости эмали
     3. увеличению индекса КПУ
     4. уменьшению индекса КПУ
686. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕНТИНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
     1. значительным отложением вторичного дентина
     2. снижением уровня минерализации дентина
     3. увеличением просвета дентинных канальцев
     4. уменьшением количества клеточных элементов пульпы
687. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕНТИНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
     1. сужением просвета дентинных канальцев
     2. снижением уровня минерализации дентина
     3. увеличением просвета дентинных канальцев
     4. уменьшением количества клеточных элементов пульпы
688. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. пародонтальный карман
     2. зубной камень
     3. скученность зубов
     4. феномен Попова-Годона
689. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА ПРИ ОКРАШИВАНИИ ДЕСНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР
     1. Шиллера-Писарева
     2. фуксина
     3. эритрозина
     4. метиленового синего
690. ОБЪЕКТИВНОЕ НАЛИЧИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ПОЛОСТИ РТА, ЗАМЕЧАЕМОГО ОКРУЖАЮЩИМИ, – ЭТО
     1. истинный галитоз
     2. галитофобия
     3. псевдогалитоз
     4. патологический галитоз
691. НОРМАЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНОЙ ОТКРЫВАНИЯ РТА ЯВЛЯЕТСЯ (ММ)
     1. 50
     2. 23
     3. 60
     4. 65
692. ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. сахарный диабет
     2. гингивит
     3. периодонтит
     4. гипертоническая болезнь
693. ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. синусит
     2. периодонтит
     3. гингивит
     4. эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта
694. МИКРООРГАНИЗМЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОЯВЛЕНИЮ ГАЛИТОЗА
     1. факультативные анаэробы
     2. облигатные анаэробы
     3. грамм-положительные палочки
     4. факультативные аэробы
695. НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА
     1. местным
     2. экзогенным
     3. общим
     4. эндогенным
696. НАИБОЛЕЕ МИНЕРАЛИЗОВАНЫМИ УЧАСТКАМИ ЭМАЛИ В КОРОНКЕ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ
     1. бугры жевательной поверхности
     2. режущие края
     3. придесневые области
     4. фиссуры
697. КОМПОНЕНТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ СПОСОБСТВУЮТ
     1. нейтрализации органических кислот
     2. укреплению десен
     3. деминерализации эмали
     4. повышению проницаемости эмали
698. УЧАСТОК ДЕСНЫ, ЗАПОЛНЯЮЩИЙ ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ АПРОКСИМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ РЯДОМ СТОЯЩИХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
     1. десневой сосочек
     2. слизистая часть
     3. десневая борозда
     4. апроксимальная десна
699. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. десневая жидкость
     2. слюна
     3. ротовая жидкость
     4. продукты питания
700. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ротовая жидкость
     2. десневая жидкость
     3. продукты питания
     4. слюна
701. АППАРАТ «ДИАГНОДЕНТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
     1. кариеса
     2. пульпита
     3. периодонтита
     4. периостита
702. ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
     1. фиссурного кариеса
     2. гипоплазии эмали
     3. меловидно-крапчатой формы флюороза
     4. штриховой формы флюороза
703. ХИМИЧЕСКОЕ СОЕДИНЕНИЕ, ПРИДАЮЩЕЕ ВЫДЫХАЕМОМУ ВОЗДУХУ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗ ПОЛОСТИ РТА
     1. сероводород
     2. фосфат кальция
     3. индол
     4. двуокись углерода
704. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. лечение общих соматических заболеваний
     2. обучение индивидуальной гигиене
     3. устранение патологических очагов в полости рта
     4. проведение профессиональной гигиены полости рта
705. ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДОВАНО ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ПРИ ПОМОЩИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ С ЖЕСТКОСТЬЮ ЩЕТИНЫ
     1. мягкой
     2. средней
     3. жесткой
     4. очень мягкой
706. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. своевременное пломбирование кариозных полостей
     2. прием жесткой пищи
     3. применение реминерализирующих растворов
     4. применение ополаскивателей
707. К МЕСТНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ
     1. коррекция протезов
     2. антисептическая обработка полости рта
     3. применение стероидных мазей
     4. ограничение употребления легкоусвояемых углеводов
708. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. защита красной каймы губ от раздражающих внешних факторов (неблагоприятных погодных условий)
     2. применение стероидных мазей
     3. вакцинация
     4. проведение профессиональной гигиены полости рота
709. К ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ
     1. диспансерное наблюдением в случае обнаружения хронических заболеваний СОПР
     2. своевременный прием антибактериальных препаратов
     3. чистка языка с использованием жесткой щетки
     4. вакцинация
710. ВИТАМИНЫ А И Е, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ, НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ
     1. ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
     2. профилактики кариеса
     3. улучшения общего состояния организма
     4. уменьшения образования зубных отложений
711. ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРА
     1. механического
     2. физического
     3. химического
     4. температурного
712. УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ НАД- И ПОДДЕСНЕВЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИ-ЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ
     1. воспалительных заболеваний пародонта
     2. местной гипоплазии
     3. флюороза
     4. заболеваний слизистой оболочки полости рта
713. КЛИНИКА ОСТРОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СХОДНА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
     1. эозинофильной гранулемы
     2. пародонтоза
     3. кариеса зубов
     4. лейкоплакии
714. ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. гипертрофией альвеолярной кости в области стертых зубов
     2. зубоальвеолярным удлинением в области всех коронок зубов
     3. укорочением длины зубных дуг
     4. уменьшением вертикальных размеров всех зубов
715. ВЕРТИКАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. стиранием вестибулярной или нѐбной поверхности передних зубов
     2. деформацией окклюзионной поверхности
     3. дистальным смещением нижней челюсти
     4. вертикальной деформацией зубных рядов III степени
716. КОМПОЗИЦИИ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
     1. лицевая
     2. зрачковая
     3. ротовая
     4. срединная
717. КОМПОЗИЦИЯ, КОТОРАЯ ВКЛЮЧАЕТ ТОЛЬКО ЗУБЫ, НАЗЫВАЕТСЯ
     1. стоматологическая
     2. лицевая
     3. стомато-лицевая
     4. эстетическая
718. КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ
     1. осмотр полости рта
     2. магнитно-резонансная томография
     3. томография ВНЧС
     4. прицельная рентгенография
719. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. функциональной приспособительной реакцией зубочелюстной системы
     2. нарушением гистогенеза твѐрдых тканей зубов
     3. начальной стадией проявления генерализованного пародонтита
     4. патологическим деструктивным процессом
720. К ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЭРОЗИЮ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ
     1. поверхностную деминерализацию вследствие действия кислот
     2. врождѐнную неполноценность твѐрдых тканей зубов
     3. частичную потерю зубов
     4. бруксизм
721. СЛЮНООТДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
     1. снижается
     2. в норме
     3. повышается
     4. не изменяется
722. РАСШИРЕНИЕ ВЕН ЯЗЫКА ХАРАКТЕРНО ПРИ
     1. циррозе печени
     2. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
     3. хроническом гастрите
     4. хроническом энетероколите
723. РЕЗОНАТОРАМИ ГОЛОСА ЯВЛЯЮТСЯ
     1. гортань, полость рта, полость носа
     2. губы, твердое небо, щеки
     3. трахея, легкие, бронхи
     4. верхняя и нижняя челюсти
724. СУСТАВНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ
     1. у основания ската суставного бугорка
     2. на скате суставного бугорка
     3. на вершине суставного бугорка
     4. за вершиной суставного бугорка
725. МИКРОТВЕРДОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ (Н/мм2)
     1. 390
     2. 80
     3. 120
     4. 1 00
726. МИКРОТВЕРДОСТЬ ЗАЩИЩЕННОГО ЭМАЛЬЮ ДЕНТИНА ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ (Н/мм2)
     1. 80
     2. 390
     3. 120
     4. 150
727. ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ
     1. до 1/3 длины коpонки зуба
     2. от 1/3 до 2/3 длины коpонки
     3. от 2/3 длины коpонки до шейки и более
     4. от 1/3 до 1/2 длины коpонки
728. ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ
     1. более половины коронки зуба
     2. до 1/3 длины коpонки
     3. от 1/3 до 2/3 длины коpонки
     4. от 1/3 до 1/2 длины коpонки
729. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, СВЯЗАННЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. бруксизм
     2. алиментарная недостаточность
     3. воздействие средств гигиены
     4. химические воздействия
730. К ЭКЗОГЕННОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, ПРИВОДЯЩЕМУ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ
     1. химическое воздействие кислот
     2. патология пpикуса
     3. бpуксизм
     4. частичная адентия
731. БРУКСИЗМ – ЭТО
     1. непроизвольное скрежетание зубами
     2. жжение слизистой полости рта
     3. сухость полости рта
     4. болевой синдром дисфункции ВНЧС
732. К ЭНДОГЕННОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
     1. нарушение функции эндокринной системы
     2. профессиональные вредности
     3. зубочелюстные аномалии
     4. функциональная перегрузка зубов
733. ВРОЖДЕННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
     1. синдроме Капдепона
     2. гипофункции гипофиза
     3. нейродистрофических нарушениях
     4. дисфункции паращитовидных желез
734. ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОЛОСТИ РТА
     1. пародонтит
     2. сиалоаденит
     3. пульпит
     4. периодонтит
735. ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ЭПИЛЕПСИЕЙ РАЦИОНАЛЬНА ПРЕМЕДИКАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
     1. диазепама
     2. баралгина
     3. мезатона
     4. атропина
736. ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ СЛЕДУЕТ
     1. не допустить асфиксии
     2. провести искусственное дыхание
     3. применить нашатырный спирт
     4. провести наружный массаж сердца
737. НПВС, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИЕ ЦОГ-2
     1. мовалис
     2. кетонал
     3. ибупрофен
     4. напроксен
738. ДЛЯ ВАНТОВОГО ШИНИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
     1. арамидная нить
     2. лигатурная проволока
     3. Fiber-splint
     4. Ribbond
739. МЕСТНЫЕ АНТИСЕПТИКИ СОДЕРЖАЩИЕ ХЛОРГЕКСИДИН
     1. элюдрил и корсодил
     2. эльгидиум и диоксиколь
     3. пародиум и сангвиритрин
     4. корсодил и катамин
740. ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
     1. ваготил
     2. левомеколь
     3. раствор бриллиантового зеленого
     4. банеоцин
741. ПАРОДОНТАЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
     1. защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
     2. шинирования зубов после операции
     3. шинирования зубов перед операцией
     4. заполнения кармана во время гингивэктомии
742. АНТИБИОТИКИ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТРОПНОСТЬЮ К КОСТНОЙ ТКАНИ
     1. клиндамицин
     2. азитромицин
     3. амоксиклав
     4. доксициклин
743. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОТКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА
     1. карман 5 мм
     2. карман 3—4 мм
     3. ложный карман
     4. карман более 5 мм
744. КРИТЕРИЙ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА
     1. глубина пародонтального кармана
     2. кровоточивость десны при чистке зубов
     3. длительность заболевания
     4. степень подвижности зубов
745. ПРИ КЮРЕТАЖЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА
     1. разрезы не применяют
     2. отслаивают десневой лоскут
     3. наносят разрезы по краю десны
     4. иссекают пародонтальный карман
746. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КЮРЕТАЖА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА НАКЛАДЫВАЮТ
     1. изолирующую повязку
     2. лечебную повязку
     3. шов
     4. изолирующую мембрану
747. МАРГИНАЛЬНЫЙ ИЛИ КРАЕВОЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ
     1. десневой карман
     2. корневой канал
     3. коронку зуба
     4. отверстие в области верхушки зуба
748. ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ
     1. жалоб
     2. истории жизни
     3. анамнеза заболевания
     4. перенесенных заболеваний
749. КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ
     1. не изменена
     2. изменена за счет инфильтрата
     3. изменена за счет отека мягких тканей
     4. изменена за счет выраженной деформации
750. ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА
     1. клотримазол
     2. тетрациклин
     3. валцикловир
     4. индометацин

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

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

1. ПОКАЗАНИЯ К ПЛАСТИКЕ ПРЕДДВЕРИЯ РТА
   1. увеличение площади прикрепленной десны
   2. прекращение воспаления в пародонте
   3. частичное восстановление утраченных структур пародонта
   4. устранение пародонтального кармана
2. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МУКО-ГИНГИВАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. фуркационные дефекты третьего класса
   2. короткая уздечка нижней губы
   3. узкая зона прикрепленной десны
   4. наличие рецессии десны
3. ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА - ЭТО
   1. пластика преддверия полости рта
   2. трансплантация соединительно-тканного лоскута с бугра верхней челюсти или твердого неба
   3. аутотрансплантация дермы
   4. пластика уздечки языка
4. ШВЫ ПОСЛЕ ГИНГИВОТОМИИ
   1. не накладывают
   2. снимают на 3й день
   3. накладывают непосредственно после операции
   4. снимают через неделю
5. ПРИ ГИНГИВЭКТОМИИ
   1. удаляют гипертрофированную десну или часть кармана
   2. отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
   3. рассекают десну для получения гнойного экссудата
   4. наносят Т-образный разрез на десну
6. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ОСТЕОГИНГИВОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ
   1. тяжелая и средняя форма пародонтита
   2. острый гингивит
   3. хронический периодонтит
   4. гипертрофический гингивит
7. ПРИ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ОБЛАСТЬ
   1. верхнечелюстной пазухи
   2. глазницы
   3. дна полости рта
   4. жирового тела щеки
8. ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОТ ЗУБА
   1. 1.6
   2. 1.1
   3. 1.3
   4. 2.2
9. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВИСОЧНОНИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖЕН ДИАГНОЗ
   1. мышечно-суставная дисфункция
   2. артрит
   3. артроз
   4. остеома суставного отростка нижней челюсти
10. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. отек переходной складки
    2. гематома лица
    3. гиперемия лица
    4. выбухание подъязычных валиков
11. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЕРИОСТИТА С ОСТЕОМИЕЛИТОМ (В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ), КИСТОЙ И ОСТЕОМОЙ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ
    1. клинико-рентгенологических данных
    2. анамнестических данных
    3. инцизионной биопсии
    4. цитологических данных
12. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ
    1. боль в челюсти и припухлость лица
    2. боль в челюсти при смыкании зубов
    3. боли в причинном зубе и при глотании
    4. боль в нескольких зубах при жевании
13. ОТЕК ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
    1. центральных и боковых резцов
    2. премоляров
    3. первого и второго моляров
    4. третьего моляра
14. ОТЕК ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
    1. клыка и премоляра
    2. второго и третьего моляров
    3. первого и второго моляров
    4. бокового резца и первого премоляра
15. ОТЕК ЩЕЧНОЙ И СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
    1. моляров
    2. клыка и премоляров
    3. резцов и клыка
    4. премоляров
16. УТОЧНИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ, ПРИ КОТОРОЙ ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ
    1. моляров нижней челюсти с язычной стороны
    2. премоляров нижней челюсти с язычной стороны
    3. премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
    4. премоляров верхней челюсти с небной стороны
17. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ
    1. уменьшается
    2. усиливается
    3. интенсивность боли не меняется
    4. становится более локализованной
18. ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. глазничная поверхность верхней челюсти
    2. альвеолярный отросток верхней челюсти
    3. носовая поверхность верхней челюсти
    4. подвисочная поверхность верхней челюсти
19. НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. альвеолярный отросток верхней челюсти
    2. носовая поверхность верхней челюсти
    3. подвисочная поверхность верхней челюсти
    4. глазничная поверхность верхней челюсти
20. ВНУТРЕННЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. носовая поверхность верхней челюсти
    2. альвеолярный отросток верхней челюсти
    3. подвисочная поверхность верхней челюсти
    4. глазничная поверхность верхней челюсти
21. ТОЛЬКО ПРИ ПАЛЬПАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
    1. консистенцию тканей
    2. глубину пародонтальных карманов
    3. цитологическую картину патологического процесса
    4. характер внутрикостных изменений патологического очага
22. КОЛИЧЕСТВО ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ
    1. 1-4
    2. 10-15
    3. 8-10
    4. 5-8
23. ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ
    1. в поднижнечелюстном треугольнике
    2. в подподбородочном треугольнике
    3. в позадичелюстной области
    4. в подъязычной области
24. ЛИМФА ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКА ВПАДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
    1. подбородочные
    2. лицевые
    3. поднижнечелюстные
    4. заглоточные
25. ЛИМФА ОТ ЩЕКИ И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТТЕКАЕТ В ГРУППУ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
    1. поднижнечелюстную
    2. подбородочную
    3. щечную
    4. околоушную
26. ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА СОПРОВОЖДАЕТ
    1. острый остеомиелит
    2. острый периодонтит
    3. хронический остеомиелит
    4. хронический периодонтит
27. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ
    1. средний носовой ход
    2. верхний носовой ход
    3. нижний носовой ход
    4. верхнюю глазничную щель
28. ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ В ЗУБЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАГРУЗКЕ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
    1. острого периодонтита
    2. острого пульпита
    3. острого периостита
    4. острого остеомиелита
29. ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА 36 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
    1. острого гнойного периостита нижней челюсти
    2. острого периодонтита
    3. острого остеомиелита нижней челюсти
    4. обострения хронического остеомиелита нижней челюсти
30. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ
    1. вестибулярная
    2. небная
    3. язычная
    4. ретромолярная
31. ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРИКОРОНИТЕ ДИСТАЛЬНЕЕ НИЖНИХ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
    1. поднижнечелюстной
    2. скуловой
    3. подглазничной
    4. околоушно-жевательной
32. «КАПЮШОН» НАД РЕТЕНИРОВАННЫМ И ДИСТОПИРОВАННЫМ ЗУБОМ СОДЕРЖИТ
    1. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна
    2. только слизистую оболочку
    3. слизистую оболочку, подслизистый слой
    4. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу
33. ТИП СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО СИНУСИТА
    1. пневматический
    2. склеротический
    3. смешанный
    4. нет правильного ответа
34. ВОСПАЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ КОРОНКУ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА, - ЭТО
    1. перикоронит
    2. периостит
    3. периодонтит
    4. остеомиелит
35. ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ КОМПАКТНУЮ ПЛАСТИНКУ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ - ЭТО
    1. ретенция зуба
    2. дистопия зуба
    3. перикоронит
    4. альвеолит
36. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА
    1. дистопия зуба
    2. ретенция зуба
    3. альвеолит
    4. перикоронит
37. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛУНКЕ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, - ЭТО
    1. альвеолит
    2. перикоронит
    3. периостит
    4. периодонтит
38. ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ЧЕЛЮСТИ - ЭТО
    1. остеомиелит
    2. периостит
    3. периодонтит
    4. альвеолит
39. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКОРОНИТА - ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
    1. полулунной формы в области коронки зуба
    2. в апикальной области с нечеткими контурами
    3. в апикальной области с четкими контурами
    4. в области бифуркации корней
40. В СРЕДНЕМ ДИАМЕТР ОЧАГА РЕЗОРБЦИИ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (СМ)
    1. 0,5-0,7
    2. 0,8-1,0
    3. 1,0-1,2
    4. 1,3-1,5
41. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. расширение периодонтальной щели или норма
    2. очаг деструкции костной ткани с четкими контурами
    3. разрежение костной ткани с нечеткими контурами
    4. тень секвестра
42. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ОБРАЩЕННОГО В ПОЛОСТЬ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ
    1. не прослеживается
    2. четко контурируется
    3. сужена
    4. расширена
43. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВИДЕ
    1. очага с четкими границами и тенью зуба в полости
    2. «тающего сахара»
    3. полости с нечеткими границами
    4. очага с четкими контурами в области верхушек или нескольких зубов
44. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА (УПЛОТНЕННЫЙ СЛОЙ КОСТНОГО ВЕЩЕСТВА, ОТГРАНИЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВУЮ ТКАНЬ ОТ РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ СЕКВЕСТР1) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
    1. новообразованную костную ткань вокруг секвестра
    2. участки резорбции костной ткани с четкими границами
    3. отделившиеся секвестры
    4. участки резорбции костной ткани с нечеткими границами
45. ДЛЯ ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА
    1. участки резорбции кости, не имеющие четких границ
    2. расширение периодонтальной щели
    3. очаги деструкции костной ткани с четкими контурами
    4. очаговый остеосклероз
46. ПРИ СЕКВЕСТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре
    2. очаги деструкции кости с множеством мелких секвестров
    3. эндостальное и периостальное новообразование кости
    4. оссификация утолщенного периоста
47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. равномерное расширение периодонтальной щели
    2. разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами
    3. разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами
    4. разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см
48. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. очаг резорбции костной ткани с нечеткими контурами
    2. очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами
    3. очаг резорбции костной ткани с четкими контурами
    4. раширение периодонтальной щели
49. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ
    1. pterygoideus medialis
    2. masseter
    3. temporalis
    4. pterygoideus lateralis
50. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ДВУБРЮШНОЙ МЫШЦЫ
    1. digastricus
    2. pterygoideus medialis
    3. temporalis
    4. pterygoideus lateralis
51. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ
    1. mylohyoideus
    2. genioglosus
    3. digastricus
    4. geniohyoideus
52. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛИТСЯ (МИН)
    1. 20–30
    2. 40–60
    3. более 60.
    4. 10–15
53. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)
    1. 40–60
    2. 20–30
    3. более 90
    4. 10–15
54. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. кариес, пульпит
    2. открытый кюретаж
    3. гингивит
    4. пародонтит
55. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. воспалительные заболевания тканей пародонта
    2. эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите
    3. препарирование твердых тканей зуба под коронку
    4. лечение зубов по поводу кариеса
56. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. наличие эндокардита в анамнезе
    2. лечение и удаление временных зубов
    3. лечение зубов при хроническом пульпите
    4. препарирование твердых тканей зуба под коронку
57. МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. десневая бороздка
    2. межзубная перегородка
    3. основание межзубного десневого сосочка
    4. основание резцового сосочка
58. МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. основание межзубного десневого сосочка
    2. середина расстояния между двумя десневыми сосочками
    3. межзубная перегородка
    4. верхушка корня
59. УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ (°)
    1. 30
    2. 45
    3. 90
    4. 0
60. УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (°)
    1. 90
    2. 125
    3. 30
    4. 0
61. ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ
    1. периодонтальной щели
    2. десневой бороздки
    3. основания межзубного десневого сосочка
    4. межзубной перегородки
62. ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЕТСЯ В ОБЛАСТИ
    1. межзубной перегородки
    2. основания межзубного десневого сосочка
    3. периодонтальной щели
    4. верхушки корня
63. КОЛИЧЕСТВО «ТОЧЕК ВКОЛА» ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДВУХКОРНЕВОГО ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ
    1. 2–3
    2. 3–5
    3. 4–6
    4. 5–8
64. МЕХАНИЗМ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СПОСОБОВ АНЕСТЕЗИИ ОСНОВАН НА РАСПРОСТРАНЕНИИ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА
    1. в костномозговые пространства
    2. поднадкостнично
    3. в периодонтальную щель
    4. под слизистую оболочку
65. ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_\_\_ МИН
    1. менее 1
    2. не менее 5
    3. не менее 10
    4. не менее 20
66. МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ МИН
    1. 2–3
    2. 20
    3. 30–40
    4. 7
67. ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
    1. одного зуба
    2. фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка
    3. всех зубов нижней челюсти с одной стороны
    4. трех зубов
68. МАКСИМАЛЬНО БЕЗОПАСНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ
    1. автоматизированного инъектора системы STA
    2. карпульного инъектора
    3. инъектора для интралигаментарной анестезии
    4. автоматизированной системы Quick-Sleeper
69. СОЗДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
    1. редуктора
    2. рукоятки шприца
    3. угловой насадки
    4. поршня
70. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. обезболивание места вкола перед инъекцией
    2. препарирование твердых тканей зуба под коронку
    3. удаление постоянного зуба
    4. депульпирование зуба
71. БЕЗОПАСНОСТЬ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ
    1. удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции
    2. использованием аэрозольных форм выпуска анестетика
    3. применением водорастворимых аппликационных средств
    4. применением анестетика высокой концентрации
72. ЭКСПОЗИЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_МИН
    1. 2–3
    2. 15
    3. 10
    4. 40
73. ПРЕИМУЩЕСТВО ДИПЛЕН-ПЛЕНКИ ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО
    1. обладает обезболивающим и антибактериальным действиями
    2. анестетик проникает на глубину более 5 мм
    3. эффект обезболивания продолжается около 60 мин.
    4. эффект обезболивания наступает сразу после адгезии пленки
74. ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ
    1. уменьшается
    2. увеличивается
    3. не изменяется
    4. удлиняется
75. ЛИДОКАИН
    1. используется для всех видов анестезии
    2. суживает сосуды
    3. относится к группе сложных эфиров
    4. по активности уступает прокаину (новокаину)
76. АРТИКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ С
    1. 4 лет
    2. 2 лет
    3. 1 года
    4. 6 месяцев
77. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
    1. лидокаин
    2. артикаин
    3. бензокаин (анестезин)
    4. прокаин (новокаин)
78. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
    1. бензокаин (анестезин)
    2. артикаин
    3. мепивакаин
    4. прокаин (новокаин)
79. ЛИДОКАИН
    1. действует длительнее прокаина (новокаин1)
    2. используется только для поверхностной анестезии
    3. по активности уступает прокаину (новокаину)
    4. разрушается псевдохолинэстеразой
80. АРТИКАИН
    1. обладает высокой диффузионной способностью
    2. действует через 10–15 минут
    3. суживает сосуды
    4. применяется для поверхностной анестезии
81. МЕПИВАКАИН
    1. не вызывает расширения сосудов
    2. действует 20–30 минут
    3. используется для всех видов анестезии
    4. по активности уступает прокаину (новокаину)
82. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ВЫПУСКАЕМЫЙ В КАРПУЛАХ
    1. артикаин
    2. тримекаин
    3. прокаин (новокаин)
    4. бензокаин (анестезин)
83. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА АРТИКАИНА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (МГ/КГ)
    1. 7
    2. 1,5
    3. 4,4
    4. 5
84. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИН1) (МГ/КГ)
    1. 4,4
    2. 1,5
    3. 0,5
    4. 7
85. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИН1) (МГ/КГ)
    1. 4,4
    2. 1,5
    3. 0,5
    4. 7
86. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИН1) (%)
    1. 3
    2. 2
    3. 1
    4. 4
87. МЕНЬШЕ ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ
    1. артикаин
    2. лидокаин
    3. мепивакаин
    4. бупивакаин (маркаин)
88. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ВЫПУСКАЕМЫЙ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ВИДЕ СПРЕЯ
    1. лидокаин
    2. мепивакаин
    3. артикаин
    4. прокаин (новокаин)
89. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ВЫПУСКАЕМЫЙ В КАРПУЛАХ В ВИДЕ 3% РАСТВОРА БЕЗ ВАЗОКОНСТРИКТОРА
    1. мепивакаин
    2. лидокаин
    3. прокаин (новокаин)
    4. артикаин
90. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ВЫПУСКАЕМОГО В ВИДЕ СПРЕЯ (%)
    1. 10
    2. 5
    3. 4
    4. 2
91. КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В МЕСТНОАНСТЕЗИРУЮЩЕМ РАСТВОРЕ, СОДЕРЖАЩЕМ ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН) (%)
    1. 2
    2. 3
    3. 4
    4. 5
92. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АРТИКАИНА ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ (%)
    1. 4
    2. 3
    3. 2
    4. 1
93. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ПРОКАИНА (НОВОКАИНА), ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАД (%)
    1. 0,5
    2. 1
    3. 2
    4. 3
94. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПРОВОДИТЬ ПОД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. артикаин
    2. прокаин (новокаин)
    3. мепивакаин
    4. лидокаин
95. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
    1. артикаина
    2. бензокаина
    3. бупивакаина
    4. прокаина (новокаин)
96. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ ЭФИРОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ ГРУППЫ АМИДОВ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ
    1. разрушаются микросомальными ферментами печени
    2. разрушаются эстеразами плазмы и тканей
    3. действуют короче
    4. хуже диффундируют в ткани
97. КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
    1. разрушением псевдохолинэстеразой
    2. быстрым всасыванием с места введения
    3. биотрансформацией в печени
    4. быстрым выведением
98. ПРИ КАКОЙ РЕАКЦИИ СРЕДЫ МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ
    1. слабощелочной
    2. нейтральной
    3. слабокислой
    4. кислой
99. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ
    1. прокаин (новокаин)
    2. лидокаин
    3. артикаин
    4. мепивакаин
100. ДОБАВЛЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В РАСТВОРЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИВОДИТ К
     1. пролонгации анестезирующего эффекта
     2. ускорению всасывания местного анестетика
     3. снижению риска общих осложнений
     4. миорелаксирующему эффекту
101. 101. ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, ПРОЛОНГИРУЮЩАЯ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ
     1. α-адреномиметики
     2. β-адреномиметики
     3. н-холиномиметики
     4. м-холиномиметики
102. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ГРУППЫ АМИДОВ
     1. лидокаин
     2. тетракаин
     3. бензокаин (анестезин)
     4. прокаин (новокаин)
103. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ
     1. прокаина (новокаина)
     2. артикаина
     3. лидокаина
     4. мепивакаина
104. ПРОКАИН (НОВОКАИН)
     1. действует 20–30 минут
     2. суживает сосуды
     3. обладает высокой токсичностью
     4. по активности превосходит мепивакаин
105. АРТИКАИН
     1. расширяет сосуды
     2. применяется для всех видов местной анестезии
     3. действует 10–15 минут
     4. плохо диффундирует в ткани
106. АНЕСТЕТИК, БИОТРАНСФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ В ПЕЧЕНИ
     1. мепивакаин
     2. бензокаин (анестезин)
     3. тетракаин (дикаин)
     4. прокаин (новокаин)
107. АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ
     1. лидокаина
     2. мепивакаина
     3. прокаина (новокаина)
     4. артикаина
108. НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
     1. прокаина (новокаина)
     2. лидокаина
     3. мепивакаина
     4. артикаина
109. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
     1. карпульный шприц Кука
     2. шприц Жане
     3. двухкомпонентный шприц Мердока
     4. инъекционный шприц Фишера
110. СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ
     1. константы диссоциации (рК1)
     2. периода полувыведения
     3. рН раствора
     4. гидрофильности
111. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)
     1. 42
     2. 12
     3. 16
     4. 100
112. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА
     1. лидокаин
     2. мепивакаин
     3. артикаин
     4. прокаин (новокаин)
113. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ У
     1. артикаина
     2. мепивакаина
     3. прокаина (новокаина)
     4. бупивакаина
114. ОСНОВНОЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
     1. местная анестезия
     2. наркоз
     3. нейролептанальгезия
     4. акупунктура
115. АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ГИДРОЛИЗИРУЮТСЯ
     1. псевдохолинэстеразой
     2. гидролазой
     3. трансаминазой
     4. лидазой
116. ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. анксиолитики (транквилизаторы)
     2. антидепрессанты
     3. нейролептики
     4. ненаркотические анальгетики
117. ОБОЗНАЧЕНИЕ «Д-С ФОРТЕ» СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА
     1. 1:100000
     2. 1:200000
     3. 1:300000
     4. 1:400000
118. ДЕТЯМ С 6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ
     1. ибупрофен (бруфен)
     2. индометацин (метиндол)
     3. кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)
     4. мелоксикам (мовалис)
119. ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ АНЕСТЕЗИИ ПО С. МАЛАМЕДУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕРСТИЕ
     1. подбородочное
     2. резцовое
     3. небное
     4. круглое
120. ДЛЯ КУРСОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ, ИМЕЮЩЕМУ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
     1. мелоксикам (мовалис)
     2. индометацин (метиндол)
     3. кетопрофен (артрозилен, ОКИ)
     4. кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)
121. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА И НАПРЯЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАЗНАЧАТЬ ВРАЧИ НА СТОМАТОЛОГЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

1)фабомотизол (афобазол), гидроксизин (атаракс), тенотен

2) мидазолам (дормикум), тофизепам (грандаксин), хлордиазепоксид (элениум)

3) диазепам (сибазон, седуксен), дроперидол, нитразепам (эуноктин)

4) гидроксизин (атаракс), мидазолам (дормикум), феназепам

1. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКОС ИГЛЫ НАПРАВЛЕН
   1. к кости
   2. от кости
   3. в кость
   4. мимо кости
2. ТРАНКВИЛИЗАТОР, ОБЛАДАЮЩИЙ АНКСИОЛИТИЧЕС-КИМ, СЕДАТИВНЫМ, ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И СНИЖАЮЩИЙ САЛИВАЦИЮ
   1. гидроксизин (атаракс)
   2. тофизопам (грандаксин)
   3. тенотен
   4. фабомотизол (афобазол)
3. ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ
   1. асфиксия
   2. асистолия
   3. арефлексия
   4. афазия
4. ПАЦИЕНТУ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
   1. 3% мепивакаин, 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
   2. 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
   3. 2% лидокаин с эпинефрином 1:100000
   4. 4% артикаин с эпинефрином 1:100000
5. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНИЛСЯ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ, В ОЖИДАНИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» СЛЕДУЕТ
   1. начать ИВЛ, начать массаж сердца
   2. ввести сальбутамол через небулайзер
   3. ввести в/в супрастин
   4. ввести в/в эуфиллин
6. ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
   1. 3% мепивакаин, 4% артикаин
   2. 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
   3. 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
   4. 4% артикаин с эпинефрином 1:100000
7. ПРИЕМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ
   1. Геймлиха
   2. Вайсблата
   3. Труссо
   4. Кохера
8. ПАЦИЕНТУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
   1. 4% артикаин, 3% мепивакаин
   2. 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
   3. 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
   4. 4% артикаин с эпинефрином 1:100000
9. КАК ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СЛЕДУЕТ
   1. на средней части грудины
   2. на границе нижней и средней части грудины
   3. на мечевидном отростке грудины
   4. на верхней части грудины
10. БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫБИРАТЬ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ
    1. артикаина
    2. мепивакаина
    3. лидокаина
    4. прокаина (новокаина)
11. ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ УДАРОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА В МИНУТУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ
    1. 100–120
    2. 80–100
    3. 50–70
    4. 110–130
12. ПРИ ВЫБОРЕ ДОЗЫ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЕТЯМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
    1. фармакокинетику препарата
    2. возраст ребенка
    3. массу тела ребенка
    4. фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребенка
13. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВДВОЕМ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СООТНОШЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА И ИВЛ СОСТАВЛЯЕТ
    1. 30:2
    2. 1:4
    3. 1:5
    4. 5:2
14. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. артикаин
    2. мепивакаин
    3. лидокаин
    4. бупивакаина
15. НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
    1. приступа стенокардии
    2. судорожного припадка
    3. гипертонического криза
    4. стенотической асфиксии
16. ПАЦИЕНТАМ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ
    1. эпинефрин (адреналин)
    2. мепивакаин
    3. лидокаин
    4. артикаин
17. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. глюкокортикоиды, адреналин, антигистамины, эуфиллин
    2. анаболические гормоны, антибиотики
    3. антиаритмики, сердечные гликазиды
    4. диуретики, седативные
18. ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ
    1. наружной сонной
    2. лучевой
    3. локтевой
    4. плечевой
19. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ
    1. на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
    2. нижняя треть носогубной складки
    3. основание носа
    4. нижняя граница нижнего века
20. ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА
    1. горизонтальное с приподнятыми ногами
    2. сидячее
    3. на правом боку
    4. на левом боку
21. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ
    1. в слизистую оболочку переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти

2) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти

3) в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

4) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1. ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. снижение тонуса мышц
   2. тахикардия
   3. гипертония
   4. гипертермия кожи
2. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОВОДИТСЯ
   1. в слизистую оболочку переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти

2) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти

3) в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти

4) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1. ДЛЯ КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. бледность и влажность кожных покровов
   2. артериальная гипертония
   3. суженый зрачок
   4. двигательное беспокойство
2. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНЕРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЕГОРОВУ ПРОВОДИТСЯ
   1. через кожные покровы, на уровне передненижнего угла скуловой кости
   2. через кожные покровы, на уровне средней трети носогубной складки
   3. в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти
   4. в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти
3. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ
   1. давящие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
   2. тяжесть в области живота
   3. гипотония
   4. длительная боль в области сердца
4. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРОВОДИТСЯ
   1. в слизистую оболочку твердого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нѐбного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти
   2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области резцов на верхней челюсти
   3. в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
   4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти
5. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
   1. обморока
   2. инсульта
   3. тиреотоксического криза
   4. приступа стенокардии
6. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОЙ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА НОСОНЁБНОГО НЕРВА) ПРОВОДИТСЯ
   1. в слизистую оболочку основания резцового сосочка на верхней челюсти
   2. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области резцов на верхней челюсти
   3. в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области клыка на верхней челюсти
   4. в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти
7. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
   1. инфраорбитальная анестезия, блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия)
   2. торусальная анестезия
   3. туберальная анестезия
   4. блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия)
8. ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. чувство голода
   2. общая возбудимость
   3. влажность кожных покровов
   4. беспокойство
9. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
   1. инфраорбитальная анестезия
   2. торусальная анестезия
   3. туберальная анестезия
   4. блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия)
10. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. туберальная анестезия, блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    2. анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)
    3. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия), инфраорбитальная анестезия
    4. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
11. ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
    1. влажные, бледные
    2. сухие, гиперемированные
    3. сухие, бледные
    4. влажные, гиперемированные
12. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. туберальная анестезия
    2. инфраорбитальная анестезия
    3. торусальная анестезия
    4. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
13. ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЫПОЛНЯЮТ
    1. коникотомию
    2. торакотомию
    3. трахеотомию
    4. корнеотомию
14. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. инфраорбитальная и блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    2. туберальная анестезия
    3. торусальная анестезия
    4. анестезия по J.O. Akinosi
15. ДОМИНИРУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ АНАФИЛАКСИИ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА) ЯВЛЯЕТСЯ
    1. сосудистый коллапс
    2. приступ удушья
    3. кардиогенный шок
    4. крапивница
16. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. инфраорбитальная анестезия
    2. туберальная анестезия
    3. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    4. анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)
17. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. инфраорбитальная анестезия, блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия) и блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    2. туберальная анестезия, блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    3. анестезия по Гоу-Гейтсу
    4. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
18. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АДРЕНАЛИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО 1 МЛ
    1. атропина
    2. мезатона
    3. норадреналина
    4. дексаметазона
19. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. инфраорбитальная анестезия
    2. туберальная анестезия
    3. анестезия по J.O. Akinosi
    4. блокада в области большого небного отверстия (палатинальная анестезия)
20. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО
    1. замедлить частоту дыхания
    2. увеличить частоту дыхания
    3. задержать вдох
    4. задержать выдох
21. ВИД ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ И КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ
    1. инфраорбитальная
    2. небная
    3. резцовая
    4. туберальная
22. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ
    1. полусидя
    2. лежа
    3. полулежа
    4. сидя
23. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ СПОСОБ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. инфильтрационная анестезия
    2. резцовая анестезия
    3. туберальная анестезия
    4. небная анестезия
24. ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИЕМ
    1. Геймлиха
    2. Сафара
    3. Альцгеймера
    4. Тренделенбурга
25. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ
    1. туберальная
    2. резцовая
    3. Вазирани-Акинози
    4. небная
26. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА
    1. хронический пародонтит тяжелой степени
    2. наличие свищевого хода
    3. хронический гранулирующий периодонтит
    4. хронический гранулематозный периодонтит
27. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. нѐбная
    2. туберальная
    3. ментальная
    4. резцовая
28. ПОКАЗАНИЕ К ГЕМИСЕКЦИИ ЗУБА
    1. хронический периодонтит двухкорневого зуба
    2. острый гнойный периодонтит
    3. острый серозный периодонтит
    4. хронический периодонтит однокорневого зуба
29. ВЫБЕРИТЕ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЁБНОЙ СТОРОНЫ
    1. блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)
    2. блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
    3. инфраорбитальная анестезия
    4. анестезия по Гоу-Гейтсу
30. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. врач стоит справа и спереди от больного
    2. врач стоит сзади и справа от больного
    3. пациент находится в лежачем положении
    4. голова больного на уровне локтевого сустава врача
31. ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИЯ КОРНЯ
    1. хронический гранулирующий периодонтит
    2. острый гнойный пульпит
    3. хронический гангренозный пульпит
    4. хронический одонтогенный гайморит
32. ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА
    1. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    3. резцового нерва
    4. передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
33. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА
    1. хронический одонтогенный остеомиелит
    2. хронический гангренозный пульпит
    3. хронический гранулирующий периодонтит
    4. хронический гранулематозный периодонтит
34. ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА
    1. средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    2. сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
    3. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    4. носонѐбного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
35. ПОКАЗАНИЕМ К СЕКВЕСТРЭКТОМИИ СЛУЖИТ
    1. подвижность секвестра
    2. разрежение костной ткани в очаге поражения
    3. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
    4. хронический периостит
36. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ) НАСТУПАЕТ БЛОКАДА
    1. большого нѐбного нерва
    2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    3. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
    4. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения, передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
37. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ
    1. резекция верхушки корня
    2. повторное эндодонтическое лечение
    3. гемисекция
    4. ампутация корня
38. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. некупируемое гнойное воспаление в периодонте
    2. неполный вывих зуба
    3. разрушение коронки зуба
    4. подвижность зуба 3 степени
39. КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ
    1. в области бифуркации 3.6 зуба
    2. у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба
    3. у верхушек обоих корней 4.6 зуба
    4. в области верхушки корня 3.1 зуба
40. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. врожденный порок сердца в стадии декомпенсации
    2. аллергия к местному анестетику
    3. хронический пиелонефрит
    4. болезнь Дауна
41. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
    1. цистаденэктомия
    2. цистотомия
    3. криотерапия
    4. склерозирование
42. К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. острый герпетический стоматит
    2. активная форма туберкулеза
    3. сахарный диабет
    4. тиреотоксикоз
43. МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. обострение хронического пародонтита
    2. гипоплазия эмали
    3. некроз пульпы
    4. кариес дентина
44. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ
    1. тризм
    2. гипертонический криз
    3. анафилактический шок
    4. отек Квинке
45. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ
    1. гипертонический криз
    2. парез лицевого нерва
    3. гематому
    4. дентальную плексалгию
46. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕРВА
    1. носонебного
    2. большого небного
    3. подбородочного
    4. подглазничного
47. ОБЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКА
    1. интоксикация
    2. гипертонический криз
    3. приступ бронхиальной астмы
    4. анафилактический шок
48. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. положительная носо-ротовая проба
    2. носовое кровотечение
    3. кровотечение из лунки
    4. положительный симптом нагрузки
49. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ
    1. луночковое кровотечение
    2. невралгия тройничного нерва
    3. артрит височно-нижнечелюстного сустава
    4. альвеолит
50. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. гнойный менингит
    2. верхнечелюстной синусит
    3. рожистое воспаление
    4. гипертонический криз
51. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
    1. йодоформный тампон с левомеколем
    2. кетгут
    3. гемостатическую губку
    4. викрил
52. К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ
    1. коллаген
    2. политетрафторэтилен
    3. полипропилен
    4. тефлон
53. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
    1. альвожил
    2. статин
    3. кетгут
    4. остепластический материал
54. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. клювовидные несходящиеся
    2. клювовидные сходящиеся
    3. S-образные щипцы с шипом
    4. штыковидные щипцы со сходящимися щечками
55. ПРИ СЛОЖНОМ (ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМОМ КОРНЯ ЗУБА) УДАЛЕНИИ ЗУБА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
    1. бормашины
    2. элеватора Волкова
    3. крючка Лимберга
    4. элеватора Карапетяна
56. ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ (ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗА) УДАЛЯЮТ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. третьи моляры
    2. резцы
    3. премоляры
    4. первые моляры
57. ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ В
    1. челюстно-лицевом стационаре
    2. клинико-диагностическом центре
    3. районной поликлинике
    4. научно-исследовательском институте
58. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ
    1. стационара
    2. поликлиники
    3. амбулатории
    4. клинического центра
59. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В
    1. специализированом учреждении
    2. поликлинике
    3. челюстно-лицевом стационаре
    4. клиническом центре
60. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В
    1. крылонебную ямку
    2. подбородочную область
    3. заглоточное пространство
    4. крыловидно-нижнечелюстное пространство
61. ОТ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
    1. поднижнечелюстные
    2. заглоточные
    3. околоушные
    4. сосцевидные
62. В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ
    1. наружного слухового прохода
    2. нижней губы
    3. полости носа
    4. дна полости рта
63. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. направляющую фрезу
    2. фисурный бор
    3. элеватор Леклюза
    4. отвертку
64. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. глубиномер
    2. развертку
    3. серповидную гладилку
    4. крючок Лимберга
65. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
    1. криодеструкцию
    2. химиотерапию
    3. лучевую терапию
    4. фотодинамическую терапию
66. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТКАНИ
    1. слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
    2. филатовского стебля
    3. слизистой оболочки щеки
    4. слизистой оболочки верхней губы
67. УДАЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ КОРОНКИ ЗУБА С ОДНИМ ИЗ КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
    1. гемисекция
    2. ампутация
    3. реплантация
    4. имплантация
68. УДАЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ У ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОЧАГ ХРОНИЧЕСКОГО ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. ампутация
    2. реплантация
    3. гемисекция
    4. имплантация
69. ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ
    1. гингивэктомия
    2. направленная тканевая регенерация
    3. лоскутная операция
    4. кюретаж пародонтальных карманов
70. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОТНОСЯТ
    1. закрытый кюретаж
    2. френулотомию
    3. френулэктомию
    4. иссечение щечных тяжей
71. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УЗДЕЧКЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПО ЛИМБЕРГУ
    1. френулопластика
    2. гингивэктомия
    3. аперкулэктомия
    4. френулотомия
72. МЕТОДИКА ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗРЕЗ ПРОВОДИТСЯ НА ГРАНИЦЕ ПРИКРЕПЛЕННОЙ ДЕСНЫ И ПОДВИЖНОЙ ЧАСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОСКУТА, ОБРАЩЕННОГО ОСНОВАНИЕМ К ГУБЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. по Кларку
    2. по Эдлану – Мейхеру
    3. туннельная
    4. по Лимбергу
73. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА УДАЛЯЮТ
    1. только изменѐнную
    2. частично
    3. полностью
    4. частично измененную
74. ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО
    1. наложение швов на десну
    2. тампонирование раны
    3. обработка раневой поверхности 1% раствором йода
    4. диатермокоагуляция
75. ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
    1. средний носовой ход
    2. нижний носовой ход
    3. верхний носовой ход
    4. искусственное сообщение в полости рта
76. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ
    1. сосудосуживающие
    2. сульфаниламиды
    3. антидипресанты
    4. психотропные
77. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
    1. секвестрэктомию
    2. периостотомию
    3. цистэктомию
    4. цистотомию
78. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ
    1. антибактериальная
    2. лучевая
    3. фотодинамическая
    4. мануальная
79. ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ФУРУНКУЛА ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО
    1. вскрытие абсцесса
    2. обработка кожи 70% этиловым спиртом
    3. блокада 0,25% раствором лидокаина
    4. физиотерапия
80. В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО
    1. вскрыть гнойный очаг
    2. назначить физиотерапевтическое лечение
    3. начать иглорефлексотерапию
    4. сделать новокаиновую блокаду
81. ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ
    1. щипцы, элеваторы
    2. зеркало, зонд
    3. шпатель, серповидная гладилка
    4. зеркало, пинцет
82. ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА
    1. зуб в линии перелома челюсти
    2. причинный зуб при остром гнойном периостите
    3. разрушенность коронковой части зуба на 1/2
    4. острый пульпит
83. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. продольный перелом корня зуба
    2. подвижность II степени
    3. ретенция зуба
    4. острый периодонтит
84. НЕОТЛОЖНОЕ ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА
    1. причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
    2. ретенция и дистопия зуба
    3. сверхкомплектный зуб
    4. хронический гранулематозный периодонтит
85. УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ ПРИ
    1. патологической подвижности III степени
    2. кариозной полости
    3. хроническом фиброзном периодонтите
    4. отломе коронки зуба на 1/2
86. ОТСЛАИВАНИЕ ДЕСНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ
    1. серповидной гладилкой
    2. экскаватором
    3. элеватором
    4. стоматологическим зондом
87. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНИВШЕЙСЯ КОРОНКОЙ
    1. S-образные щипцы с несходящимися щечками
    2. прямые щипцы с несходящимися щечками
    3. байонетные щипцы
    4. S-образные щипцы со сходящимися щечками
88. ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ В ОРАЛЬНУЮ СТОРОНУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ
    1. моляров нижней челюсти
    2. резцов нижней челюсти
    3. премоляров верхней челюсти
    4. клыков верхней челюсти
89. ЭТАП УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАСКАЧИВАНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛЯРНОМ И ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ
    1. люксация
    2. ротация
    3. фиксация
    4. иммобилизация
90. УДАЛЕНИЕ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕГО ВРАЩЕНИЕ ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ НА 20–25% ВНАЧАЛЕ В ОДНУ, ПОТОМ В ДРУГУЮ СТОРОНУ
    1. ротация
    2. сепарация
    3. люксация
    4. тракция
91. РОТАЦИЯ ЗУБА НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ
    1. многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединенными корнями
    2. любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
    3. премоляров нижней челюсти
    4. зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям
92. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.6 ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТА
    1. справа и сзади
    2. справа и спереди
    3. справа и несколько впереди
    4. слева и сзади
93. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. штыковидные щипцы со сходящимися щечками
    2. S-образные щипцы с шипом слева
    3. прямые щипцы с несходящимися щечками
    4. угловой элеватор
94. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. прямые щипцы со сходящимися щечками
    2. S-образные щипцы с шипом слева
    3. прямые щипцы с несходящимися щечками
    4. угловой элеватор
95. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. клювовидные щипцы со сходящимися щечками
    2. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
    3. S-образные щипцы
    4. серповидная гладилка
96. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.8 С СОХРАНЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. прямой элеватор
    2. угловой элеватор
    3. элеватор Карапетяна
    4. прямые щипцы
97. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРИМЕНЯЮТ
    1. кюретажную ложку
    2. серповидную гладилку
    3. крючок Фарабефа
    4. распатор
98. ПРИ УДАЛЕНИИ КОРНЕЙ ЭЛЕВАТОР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ
    1. рычага
    2. долота
    3. фиксатора
    4. не используется
99. ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЮБОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОЖНО УДАЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
    1. байонетных щипцов
    2. клювовидных щипцов
    3. прямых щипцов
    4. S-образных щипцов
100. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ НЕОБХОДИМО
     1. разделить корни по области фуркации с помощью бора
     2. наложить щечки щипцов на альвеолярный отросток
     3. провести альвеолотомию
     4. провести разрез по переходной складке
101. СБЛИЖЕНИЕ КРАЕВ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
     1. уменьшения степени зияния лунки, более надежного удержания кровяного сгустка в ране
     2. перестройки костной ткани в области лунки
     3. улучшения биотипа десны
     4. увеличения зоны кератинизированной десны
102. ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО
     1. наложить швы
     2. провести тампонаду лунки
     3. отсечь подвижную слизистую
     4. коагулировать края раны
103. ПРИ ОТЛОМЕ СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО
     1. удалить подвижную костную стенку
     2. провести остеосинтез
     3. зафиксировать подвижную костную стенку швами
     4. использовать остеопластический материал
104. ХРОМИРОВАННЫЙ КЕТГУТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НЕХРОМИРОВАННОГО
     1. пролонгированным периодом рассасывания шовного материала
     2. более гладким прохождением иглы через ткани
     3. способностью надежно удерживать фрагменты костной ткани
     4. более выраженными антисептическими свойствами
105. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВСКРЫТИЕ
     1. поднадкостничного абсцесса
     2. абсцессов мягких тканей лица и шеи
     3. флегмон мягкий тканей лица и шеи
     4. фурункула челюстно-лицевой области
106. РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА, ПРОВОДЯТ
     1. в месте наибольшего выбухания инфильтрата
     2. параллельно переходной складке
     3. по слизистой оболочке на уровне десневого края
     4. в области околочелюстных мягких тканей
107. ОТТОК ГНОЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА С НЕБНОЙ СТОРОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
     1. иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
     2. послойным рассечение тканей с последующим ушиванием раны
     3. линейным разрезом на всю длину инфильтрата
     4. дренированием воспалительного очага резиновым катетером
108. ЛУНКА УДАЛЕННОГО ЗУБА ЗАЖИВАЕТ
     1. вторичным натяжением
     2. первичным натяжением
     3. третичным натяжением
     4. через стадию образования келоида
109. ПРОБОДЕНИЕ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ПРИ УДАЛЕНИИ
     1. моляров верхней челюсти
     2. клыков верхней челюсти
     3. моляров нижней челюсти
     4. премоляров верхней челюсти
110. МЕСТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
     1. перелом нижней челюсти
     2. невралгия
     3. обморок
     4. альвеолит лунки удаленного зуба
111. ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. перелом нижней челюсти
     2. синусит
     3. периостит
     4. остеомиелит
112. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
     1. альвеолит
     2. обморок
     3. перелом челюсти
     4. вывих ВНЧС
113. МЕСТНОЕ РАННЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
     1. альвеолит
     2. перелом нижней челюсти
     3. перфорация дна верхнечелюстного синуса
     4. вывих нижней челюсти
114. ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ АЛЬВЕОЛЭКТОМИИ
     1. удаление острых краев лунки
     2. удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при ее воспалении
     3. ушивание мягких тканей в области удаленного зуба
     4. удаление секвестра
115. ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ВОЗМОЖНО РАНЕНИЕ
     1. подбородочного нерва и артерии
     2. околоушной слюнной железы
     3. языка
     4. слизистой оболочки щеки
116. ПРИЗНАК ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ
     1. выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха
     2. изменение тембра голоса у пациента
     3. наличие пристеночных грануляций в лунке удаленного зуба
     4. наружная резорбция корня удаленного зуба
117. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ УДАЛЕНИИ
     1. верхних премоляров, моляров, клыка
     2. нижнего первого моляра
     3. нижнего третьего моляра
     4. нижнего первого премоляра
118. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ
     1. носонебный нерв
     2. жевательный нерв
     3. язычный нерв
     4. большой небный нерв
119. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. лидокаин 10%
     2. артикаин 4%
     3. лидокаин 0,5%
     4. мепивакаин 2%
120. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. крыловидно-нижнечелюстная складка
     2. наружная косая линия
     3. внутренняя косая линия
     4. переходная складка
121. НЕВРИТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
     1. инфраорбитальной анестезии
     2. туберальной анестезии
     3. инфильтрационной анестезии
     4. резцовой анестезии
122. ОБЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
     1. анафилактический шок
     2. гематома
     3. неврит
     4. отлом иглы
123. ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ КАРДИОЛОГА ЧЕРЕЗ
     1. 6 месяцев
     2. 2 месяца
     3. 10 месяцев
     4. 1 месяц
124. ИШЕМИЯ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
     1. инфраорбитальной анестезии
     2. туберальной анестезии
     3. анестезии у резцового отверстия
     4. анестезии у ментального отверстия
125. ДЛЯ КАКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ: ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, НИЗКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
     1. обморок
     2. коллапс
     3. гипертонический криз
     4. анафилактический шок
126. ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕНА
     1. травмой медиальной крыловидной мышцы
     2. травмой жевательной мышцы
     3. невритом тройничного нерва
     4. парезом лицевого нерва
127. ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИ-ТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
     1. 8–10 дней
     2. 3–5 дней
     3. 5–7 дней
     4. 2–3 недели
128. ПРИ ДИФФУЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
     1. 2–3 недели
     2. 3–5 дней
     3. 5–7 дней
     4. 8–10 дней
129. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ С ДИМЕКСИДОМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНО
     1. высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом
     2. антибактериальным действием
     3. жаропонижающим действием
     4. фибринолитическим действием
130. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
     1. дицинон
     2. найз
     3. амоксиклав
     4. дексаметазон
131. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ
     1. линкомицином
     2. эритромицином
     3. фузидином натрия
     4. дексаметазоном
132. ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ ПОКАЗАНО
     1. открытый кюретаж
     2. гемисекция
     3. вестибулопластика
     4. закрытый кюретаж
133. НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВОМ
     1. оказания антибактериального эффекта
     2. воздействия на трофическую функцию нервной системы
     3. влияния на интенсивность клеточных процессов
     4. купирования воспалительного процесса
134. ПРИ ОСТРЫХ СИАЛАДЕНИТАХ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ
     1. инстилляцию протоков слюнных желез раствором пенициллина
     2. орошение полости рта интерфероном
     3. ротовые ванночки раствором хлоргексидина
     4. тепловые компрессы
135. ОРОШЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА ИНТЕРФЕРОНОМ 4–5 РАЗ В ДЕНЬ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВИДЕ СИАЛАДЕНИТА
     1. гриппозного
     2. эпидпаротита
     3. лимфогенного
     4. контактного
136. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМО
     1. создать свободный отток экссудата из периапикальной области
     2. удалить причинный зуб
     3. провести ампутацию корня
     4. провести резекцию верхушки корня пораженного зуба
137. ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД, СОХРАНЯЮЩИЙ КОРОНКУ ЗУБА
     1. ампутация корня
     2. гемисекция
     3. коронково-радикулярная сепарация
     4. удаление зуба
138. РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
     1. резцов и клыков
     2. третьих моляров нижней челюсти
     3. вторых моляров нижней челюсти
     4. третьих моляров верхней челюсти
139. ПРИ АПИКОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ РАЗРЕЗЫ, КРОМЕ
     1. фестончатый
     2. углообразный
     3. трапецевидный
     4. дугообразный
140. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ, НЕ СОХРАНЯЮЩИЕ ЗУБ
     1. удаление зуба
     2. реплантация зуба
     3. цистэктомия
     4. резекция верхушки корня
141. СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ
     1. больше очага деструкции кости
     2. соответствует верхушке причинного зуба
     3. соответствует очагу деструкции кости
     4. меньше очага деструкции кости
142. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ
     1. сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
     2. удаляется всегда
     3. сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
     4. удаляется при разрушении костной стенки неба
143. ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЮТ
     1. переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой
     2. всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
     3. причинный зуб и оболочку кисты через лунку
     4. всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны
144. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. цистэктомия
     2. вылущивание оболочки через лунку удаленного зуба
     3. цистотомия
     4. частичная резекция челюсти
145. РАЗМЕР КОСТНОГО «ОКНА» ПО ОТНОШЕНИЮ К ОЧАГУ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ
     1. соответствуют друг другу
     2. на 0,5–1 мм меньше
     3. на 1–2 мм меньше
     4. на 1–2 мм больше
146. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
     1. секвестрэктомия
     2. остеоперфорация
     3. удаление причинного и соседних зубов
     4. вскрытие и дренирование гнойных очагов
147. ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ
     1. круглым бором
     2. дрильбором
     3. фрезой
     4. желобоватым долотом
148. РАБОТА БОРОМ НА КОСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОЛУРЕТЕНИ-РОВАННОГО ДИСТОПИРОВАННОГО НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ПРОВОДИТСЯ
     1. на низких оборотах с охлаждением растворами антисептиков
     2. на высокой скорости (сокращая время вмешательства)
     3. турбинной установкой
     4. лучше не работать
149. В СЛУЧАЕ ОТЛОМА СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НУЖНО
     1. аккуратно извлечь, предварительно отделив от нее мышечные пучки
     2. оставить ее на месте
     3. наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
     4. тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка
150. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
     1. переднюю поверхность тела верхней челюсти
     2. полость носа
     3. бугор верхней челюсти
     4. альвеолярный отросток
151. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ
     1. синуслифтинг
     2. гингивэктомия
     3. вестибулопластика
     4. удаления зуба
152. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ

1)физиотерапия

2)криотерапия

3)химиотерапия

4)электрокоагуляция

1. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. отсутствие одного или нескольких зубов
   2. хронический генерализованный пародонтит
   3. разрушение коронковой части зуба
   4. одонтогенная киста челюсти
2. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ
   1. костная пластика
   2. гингивэктомия
   3. синуслифтинг
   4. вестибулопластика
3. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА
   1. улучшается
   2. стабилизируется
   3. ухудшается
   4. не меняется
4. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ
   1. десенсибилизирующая терапия
   2. седативная терапия
   3. мануальная терапия
   4. гипотензивная терапия
5. ОПЕРАЦИЯ СИНУСЛИФТИНГ ПРОВОДИТСЯ
   1. внутриротовым доступом
   2. наружным доступом
   3. доступом через нижний носовой ход
   4. доступом через средний носовой ход
6. ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ
   1. титана
   2. стали
   3. меди
   4. золота
7. ВТОРОЙ ЭТАП ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ
   1. установку формирователя десны
   2. установку временной коронки на имплантат
   3. установку аббатмента
   4. снятие оттиска
8. УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ
   1. 3 месяца
   2. 6 месяцев
   3. 8 месяцев
   4. 12 месяцев
9. УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ
   1. 6 месяцев
   2. 8 месяцев
   3. 12 месяцев
   4. 3 месяца
10. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ ВИДОМ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. остеоинтеграция
    2. фиброостеоинтеграция
    3. фиброинтеграция
    4. пролиферация
11. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
    1. 6 месяцев
    2. 8 месяцев
    3. 12 месяцев
    4. 3 месяца
12. ЗАЖИВЛЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА НАЗЫВАЕТСЯ
    1. первичная остеоинтеграция
    2. синостоз
    3. остеофикация
    4. внутрикостная стабилизация
13. ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНОГО НАЧАЛОСЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА. ВАША ТАКТИКА
    1. ушивание лунки
    2. тампонада йодоформенной турундой
    3. давящая повязка и парентеральное введение аминокапроновой кислоты
    4. тампонада лунки тампоном с аминокапроновой кислотой
14. ВРАЧ СЛУЧАЙНО ПОРАНИЛ КОЖУ РУКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМУ. ЕГО ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
    1. выдавить кровь, обработать 70% раствором спирта
    2. выдавить кровь, обработать крепким раствором калия перманганата
    3. выдавить кровь, обработать 5% раствором йода
    4. выдавить кровь, обработать 3% раствором перекиси водорода
15. ДИАГНОСТИКА ПЕРИОДОНТИТА НАПРАВЛЕНА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ
    1. состояния периапикальных тканей и показаний к лечению
    2. состояния костной ткани альвеолы и зубо-десневого соединения
    3. состояния костной ткани альвеолы и состояния периапикальных тканей
    4. показаний к лечению и состояния костной ткани альвеолы
16. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
    1. очаговом одонтогенном остеомиелите тела нижней челюсти в области моляров
    2. остром перикороните от нижнего третьего моляра
    3. остром периостите нижней челюсти в области резцов
    4. фурункуле нижней губы
17. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
    1. 48 – 72 часа
    2. 24 – 48 часов
    3. 12 – 24 часа
    4. 72 – 96 часов
18. ЛУЧШИМ ПРОФИЛЕМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОБЛАДАЮТ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
    1. высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы 2
    2. неселективные ингибиторы циклооксигеназы 1 и 2
    3. селективные ингибиторы циклооксигеназы 1
    4. селективные ингибиторы циклооксигеназы 2
19. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ
    1. вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны
    2. пломбирование канала, назначение физического лечения
    3. ампутация корня причинного зуба
    4. резекция верхушки корня причинного зуба
20. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. бактериологический контроль
    2. регулярность генеральных уборок
    3. контроль за санитарным состоянием старшей медицинской сестрой
    4. регулярность влажных уборок
21. ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
    1. ранних симптомов заболевания
    2. допустимых доз лучевой терапии
    3. препаратов для лечения
    4. результатов биопсии
22. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ
    1. внеротовая рентгенография или томография
    2. томография
    3. ангиография
    4. сиалография
23. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ (БЕЗ НАЛИЧИЯ КОРНЯ ЗУБА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ), ПОКАЗАНО
    1. промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений
    2. срочное проведение синусотомии с пластикой соустья
    3. плановое проведение синусотомии с пластикой соустья
    4. проведение местной пластики соустья без синусотомии
24. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
    1. внутриротовая рентгенография
    2. панорамная рентгенография
    3. рентгеноскопия
    4. томография - панорамная томография
25. К ХИРУРГУ-СТОМАТОЛОГУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА. ИЗ АНАМНЕЗА УСТАНОВЛЕНО, ЧТО У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПЕНИЦИЛЛИН И НОВОКАИН. ВРАЧУ СЛЕДУЕТ
    1. направить на консультацию к аллергологу
    2. госпитализировать в стоматологический стационар
    3. проконсультироваться у терапевта
    4. провести кожную пробу
26. ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ
    1. наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспалительного процесса при затрудненном прорезывании
    2. острый перикоронит
    3. травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом
    4. при отсутствии зуба-антагониста
27. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
    1. удалить «причинный» зуб, уменьшить «напряжение» тканей, вскрыть и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение
    2. предупредить развитие инфекции и образование некроза
    3. снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить «причинный» зуб
    4. уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия
28. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
    1. не принимать пищу и жидкость в течение 2-3 часов, ванночки с антисептическим раствором по показаниям, исключить грубую и горячую пищу, воздержаться от чистки зубов в течение суток после удаления зуба
    2. употребление горячей пищи или кофе через 2-3 часа после операции
    3. интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции
    4. УВЧ терапия в термической дозе
29. К СПЕЦИАЛЬНОМУ МЕТОДУ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМОМУ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ, ОТНОСИТСЯ
    1. цитология
    2. опрос
    3. пальпация
    4. перкуссия
30. КСПЕЦИАЛЬНОМУ МЕТОДУ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМОМУ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ, ОТНОСИТСЯ
    1. биопсия
    2. осмотр
    3. перкуссия
    4. аускультация
31. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛУ ДЛИНОЙ (ММ)
    1. 29–42
    2. 19–25
    3. 15–17
    4. 8–12
32. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
    1. сразу же после лечения основного заболевания
    2. до начала лечения
    3. в период диагностики основного заболевания
    4. в период проведения лечебных мероприятий
33. РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПРОГРАММУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ
    1. стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед
    2. врач-стоматолог общей практики, стоматолог-терапевт
    3. стоматолог-ортодонт, стоматолог-хирург
    4. стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург
34. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТЕОНЕКРОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
    1. рентгенография
    2. электроодонтометрия
    3. гальванометрия
    4. миография
35. СУСТАВНОЙ ДИСК ДЕЛИТ КАПСУЛУ ВНЧС НА
    1. 2 этажа
    2. 3 этажа
    3. 4 отдела
    4. 5 отделов
36. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ
    1. 5 помещений
    2. 3 помещения
    3. 4 помещения
    4. 2 помещения
37. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНО БЫТЬ ПОМЕЩЕНИЙ НЕ МЕНЕЕ
    1. 3
    2. 2
    3. 1
    4. 4
38. В СТАЦИОНАРЕ ПО ПРАВИЛАМ АСЕПТИКИ НЕОБХОДИМА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И ПАЛАТ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
    1. гнойно-воспалительными
    2. онкологическими
    3. неврологическими
    4. травматическими
39. СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОПАДАНИЯ ИНФЕКЦИИ В РАНУ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. асептика
    2. антисептика
    3. реабилитация
    4. профилактика
40. СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА УНИЧТОЖЕНИЕ МИКРОБОВ В РАНЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ИЛИ ОРГАНИЗМЕ В ЦЕЛОМ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. антисептика
    2. дезинфекция
    3. стерилизация
    4. асептика
41. ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ
    1. терял ли больной сознание и на какое время
    2. находился ли больной на улице
    3. находился ли больной на рабочем месте
    4. кем была оказана первая помощь
42. НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С
    1. жалоб
    2. общего осмотра
    3. наличия сопутствующих заболеваний
    4. анамнеза жизни
43. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ОСМАТРИВАЮТ КОЖУ
    1. всего тела
    2. лица и шеи
    3. груди и живота
    4. спины
44. ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
    1. подподбородочные
    2. поднижнечелюстные
    3. заглоточные
    4. поверхностные шейные
45. К ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОБЛАСТИ СВОДА ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
    1. сосцевидные
    2. нижнечелюстные
    3. поднижнечелюстные
    4. подподбородочные
46. ЛИМФАДЕНИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ
    1. лимфатических узлов
    2. лимфатических сосудов
    3. лимфатической ткани
    4. сальных желез
47. ПРИ РАСПЛАВЛЕНИИ КАПСУЛЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ
    1. аденофлегмоны
    2. свищевого хода
    3. поднадкостничного абсцесса
    4. карбункула
48. НАЛИЧИЕ НА КОЖЕ КРАСНЫХ ПОЛОС, ИДУЩИХ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
    1. ретикулярного лимфангита
    2. хронического лимфаденита
    3. острого гнойного лимфаденита
    4. трункулярного лимфангита
49. В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ПОСТУПАЕТ ОТ
    1. ушной раковины, наружного слухового прохода
    2. малых коренных зубов
    3. альвеолярного отростка верхней челюсти
    4. тканей дна полости рта
50. СКОС ИГЛЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ К КОСТИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)
    1. 30-45
    2. 90
    3. 60-70
    4. 50-55
51. ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)
    1. 12
    2. 42
    3. 16
    4. 8
52. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. местная анестезия
    2. внутривенный наркоз
    3. нейролептанальгезия
    4. стволовая анестезия
53. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. заболевания слизистой оболочки полости рта
    2. эндодонтическое лечение зубов
    3. лечение кариеса резцов
    4. ортопедические конструкции
54. С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ПРОВОДИТСЯ
    1. инфильтрационная анестезия
    2. аппликационная анестезия
    3. проводниковая анестезия
    4. стволовая анестезия
55. АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОСТНУЮ ПЕРЕГОРОДКУ МЕЖДУ АЛЬВЕОЛАМИ РЯДОМ РАСПОЛОЖЕННЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. интрасептальная
    2. мандибулярная
    3. ментальная
    4. внутрипульпарная
56. В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ
    1. резко снижается
    2. резко повышается
    3. становится избирательным
    4. зависит от стадии воспалительного процесса
57. ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА
    1. на уровне резцов и клыков с небной стороны
    2. на уровне резцов с вестибулярной стороны
    3. на уровне клыков с небной стороны
    4. всего твердого неба
58. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ
    1. кетамин
    2. фторотан
    3. циклопропан
    4. хлороформ
59. К АМИДНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ
    1. артикаин
    2. прокаин
    3. тетракаин
    4. пропоксикаин
60. АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ГУБЧАТУЮ КОСТЬ МЕЖДУ КОРНЯМИ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. внутрикостная
    2. интрасептальная
    3. инфраорбитальная
    4. внутрипульпарная
61. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИРОТОВЫМ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ
    1. в наружный скат крылочелюстной складки
    2. во внутренний скат крылочелюстной складки
    3. в переходную складку в области моляров
    4. в нижний край щечной области
62. К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ
    1. торусальная
    2. внутрикостная
    3. внутрисептальная
    4. внутрипульпарная
63. К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ
    1. нейролептаналгезия
    2. стволовая анестезия
    3. внутрикостная анестезия
    4. мандибулярная анестезия
64. К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ
    1. гипноз
    2. блокады
    3. электрофорез
    4. мандибулярная анестезия
65. СИМПТОМЫ - ТЯЖЁЛАЯ ОДЫШКА, УЧАСТИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ДЫХАНИИ, ВЗДУТИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ВЫБУХАНИЕ НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ - ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
    1. приступа бронхиальной астмы
    2. обтурационной асфиксии
    3. стенотической асфиксии
    4. приступа стенокардии
66. ПРИЕМ САФАРА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
    1. обеспечения проходимости верхних дыхательных путей
    2. выдвижения нижней челюсти вперед
    3. открывания рта
    4. изменения положения головы
67. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ №1 ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
    1. адреналин
    2. новокаин
    3. промедол
    4. но-шпа
68. ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОЛОСТЬ РТА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ
    1. 0,2-0,5% хлоргексидина
    2. спирта
    3. йода
    4. 2% хлоргексидина
69. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЧАСТИЧНОЕ УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ, НАЗЫВАЮТСЯ
    1. паллиативные
    2. бескровные
    3. экстренные
    4. радикальные
70. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ (ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТРАХЕОСТОМИЯ, УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ), НАЗЫВАЮТСЯ
    1. экстренные
    2. бескровные
    3. паллиативные
    4. радикальные
71. К РЕЗОРБТИВНЫМ ИЛИ РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ
    1. кетгут
    2. хлопок
    3. нейлон
    4. лавсан
72. РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ КЕТГУТ СОХРАНЯЕТ ПРОЧНОСТЬ В ТКАНЯХ В ТЕЧЕНИЕ
    1. 9-14 дней
    2. 5-7 дней
    3. 1 месяца
    4. 3 недель
73. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА ЛЕЗВИЕ
74. СКАЛЬПЕЛЯ ДОЛЖНО РАССЕКАТЬ ПОКРОВНЫЕ ТКАНИ ПОД УГЛОМ
    1. 90°
    2. 45°
    3. 30°
    4. 60°
75. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ ДЕРЖАТ
    1. как писчее перо или смычок
    2. вертикально
    3. горизонтально
    4. с углом наклона 45°
76. ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХОД ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ
    1. параллельно нерву
    2. перпендикулярно нерву
    3. отступя 2 см от нерва
    4. отступя 0,5 см от нерва
77. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. подвижность зуба III-IV степени
    2. острый одонтогенный остеомиелит
    3. острый воспалительный процесс
    4. острый периостит
78. ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СПУСТЯ
    1. 6 месяцев
    2. 2 месяца
    3. 8 месяцев
    4. 1 год
79. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
    1. резцов верхней челюсти
    2. моляров
    3. премоляров
    4. зубов мудрости
80. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 2.8 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА В
    1. щечную сторону
    2. небную сторону
    3. дистальном направлении
    4. проксимальном направлении
81. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.2 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА
    1. в вестибулярном направлении
    2. в язычном направлении
    3. к 41 зубу
    4. к 43 зубу
82. ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НАЧИНАЮТ С
    1. отделения круговой связки от шейки зуба
    2. раскачивания
    3. вывихивания
    4. наложения щипцов
83. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО
    1. спереди и справа
    2. сзади и слева
    3. сзади и справа
    4. спереди слева
84. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРАВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО
    1. позади и справа
    2. спереди и слева
    3. спереди справа
    4. сзади и слева
85. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
    1. вниз и кнаружи
    2. вниз и вовнутрь
    3. вверх и вовнутрь
    4. вверх и кнаружи
86. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
    1. вниз и кнаружи
    2. в щечную сторону
    3. в небную сторону
    4. вниз и вовнутрь
87. ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
    1. вверх и кнаружи
    2. вниз и кнаружи
    3. в щечную сторону
    4. вверх и вовнутрь
88. НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ НЕОБХОДИМО
    1. осмотреть зуб и убедится в целостности корней
    2. зуб сбросить в лоток
    3. провести кюретаж лунки
    4. дать рекомендации пациенту
89. ПАЦИЕНТ ПОКИДАЕТ КАБИНЕТ ХИРУРГА ПОСЛЕ ТОГО КАК
    1. образовался сгусток и врач дал рекомендации
    2. удалили зуб
    3. провели кюретаж лунки
    4. наложили швы
90. ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. устранение причины воспаления узла, комплексная терапия
    2. вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя
    3. введение антибиотиков в лимфоузел
    4. консервативная терапия
91. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
    1. остром серозном лимфадените
    2. остром гнойном лимфадените
    3. абсцедирующим гнойном лимфадените
    4. аденофлегмоне
92. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. хирургическое
    2. консервативное
    3. общеукрепляющая терапия
    4. физиотерапевтическое
93. НИЖНИЕ ЗУБЫ МУДРОСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
    1. 18-25
    2. 14-17
    3. 30-45
    4. 45-60
94. ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ ЗУБ
    1. ретенированный
    2. сверхкомплектный
    3. анкилозированный
    4. дистопированный
95. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИ-ТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. конусно-лучевая компьютерная томография
    2. микрофокусная рентгенография
    3. ортопантомография
    4. ультразвуковое исследование
96. РЕТЕНЦИЯ ЗУБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ
    1. нижнего третьего моляра
    2. верхнего третьего моляра
    3. верхних клыков
    4. нижних клыков
97. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА В ЗУБНОМ РЯДУ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. дистопия
    2. полуретенция
    3. ретенция
    4. сверхкомплектный зуб
98. БОЛЬ ПРИ ЖЕВАНИИ В ОБЛАСТИ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА МУДРОСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОДНИЖНЕ-ЧЕЛЮСТНОЙ ЛИМФАДЕНИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО
    1. катарального перикоронита
    2. периодонтита
    3. остеомиелита
    4. гнойного перикоронита
99. ОСНОВНОЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗАДИМОЛЯРНОГО ПЕРИОСТИТА
    1. вскрытие гнойного очага, дренирование гнойной раны
    2. блокада анестетиками, противовоспалительная терапия
    3. удаление причинного зуба
    4. нестероидные противовоспалительные средства
100. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ РЕТЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. хирургический
     2. физиотерапевтический
     3. ортопедический
     4. лучевая терапия
101. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. отрыв бугра верхней челюсти
     2. периостит
     3. синусит
     4. паротит
102. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА
     1. хронического гранулематозного
     2. хронического фиброзного
     3. острого серозного
     4. хронического гранулирующего
103. НАЛИЧИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА
     1. хронического гранулирующего
     2. хронического фиброзного
     3. острого серозного
     4. хронического гранулематозного
104. НАЛИЧИЕ МИГРИРУЮЩИХ ГРАНУЛЕМ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА
     1. гранулирующего
     2. хронического в стадии обострения
     3. фиброзного
     4. гранулематозного
105. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. наличие соединительнотканного тяжа с внутрикостным очагом деструкции
     2. рентгенография зубов
     3. ЭОД «причинного» зуба
     4. цитологическое исследование свищевого содержимого
106. КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ
     1. в области фуркации 3.6 зуба
     2. у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба
     3. у верхушек обоих корней 4.6 зуба
     4. в области верхушки корня 3.1 зуба
107. ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ВМЕСТЕ С ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ
     1. гемисекция
     2. ампутация
     3. реплантация
     4. имплантация
108. ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ОТ МЕСТА ЕГО ОТХОЖДЕНИЯ, НО БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ
     1. ампутация
     2. реплантация
     3. гемисекция
     4. коронарнорадикулярная сепарация

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

**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ**

1. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬ НАКЛОНЕНА
   1. вперед
   2. назад
   3. влево
   4. вправо
2. К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
   1. кератокиста
   2. фиброма
   3. папилома
   4. келоид
3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. цитологический
   2. серологический
   3. иммунологический
   4. рентгенологический
4. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ
   1. пункция
   2. сиалография
   3. ангиография
   4. сцинтиграфия
5. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ
   1. магниторезонансную томографию
   2. артрографию
   3. рентгенографию
   4. сцинтиграфию
6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ
   1. рентгенографию
   2. зондирование
   3. перкуссию
   4. пальпацию
7. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ
   1. экстраоральная рентгенография
   2. артрография
   3. ангиография
   4. сиалография
8. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
   1. сиалография
   2. ортопантомография
   3. лимфография
   4. телерентгенография
9. УКЛАДКА ГОЛОВЫ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ
   1. носоподбородочная
   2. боковая нижней челюсти
   3. задняя полуаксиальная
   4. прямая нижней челюсти
10. ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ ПРОЕКЦИЮ
    1. подбородочно-носовую
    2. подбородочно-верхнечелюстную
    3. боковую
    4. прямую
11. ПРОЕКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕДНИЕ И ЗАДНИЕ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ
    1. носо-лобная
    2. носо-подбородочная
    3. боковая
    4. прямая обзорная
12. РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ В ПРОЕКЦИЯХ
    1. боковой, прямой
    2. передней, задней
    3. носо-лобной
    4. носо-подбородочной
13. ДЛЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОЕКЦИЯ
    1. боковая
    2. передняя
    3. аксиальная
    4. косая
14. ВОДОНЕРАСТВОРИМОЕ ВЕЩЕСТВО ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ
    1. йодолипол
    2. верографин
    3. кардиотраст
    4. уротраст
15. ПРИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕДНЯЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ВОДОРАСТВОРИМОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЧЕРЕЗ
    1. 3-5 минут
    2. 10-20 минут
    3. 2-3 часа
    4. 2-3 дня
16. В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ БОЛЕЕ ЩАДЯЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА
    1. водорастворимые
    2. масляные
    3. спиртовые
    4. щелочные
17. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНО-ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. томография височно-нижнечелюстных суставов
    2. панорамная рентгенография
    3. ортопантомография
    4. рентгенокинематография
18. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
    1. рентгенологическое исследование
    2. измерение высоты нижнего отдела лица
    3. анализ функциональной окклюзии
    4. электромиографическое исследование
19. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
    1. гемодинамики
    2. сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
    3. движения головок нижней челюсти
    4. размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава
20. ПАРОТИТ ГЕРЦЕНБЕРГА – ЭТО
    1. лимфогенный сиалоаденит
    2. контактный сиалоаденит
    3. бактериальный сиалоаденит
    4. сиалоаденит, вызванный вирусом герпеса
21. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ЭПУЛИСА МОЖЕТ БЫТЬ ЭПУЛИС
    1. ангиоматозный
    2. кавернозный
    3. плоскоклеточный
    4. эпителиальный
22. ФОРМА АНКИЛОЗА
    1. костная
    2. гнойная
    3. катаральная
    4. серозная
23. РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ КИСТА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
    1. подъязычной
    2. малой
    3. поднижнечелюстной
    4. околоушной
24. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. одонтогенный синусит
    2. лимфаденит
    3. менингит
    4. риногенный синусит
25. ИСТИННОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕ-ЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. ретенционная
    2. радикулярная
    3. лимфангиэктатическая
    4. резидуальная
26. ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДНОГО ВОЛОСЯНОГО ФОЛИКУЛА ИЛИ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАСПОСТРАНЯЮЩЕЕСЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВУЮ КЛЕТЧАТКУ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. фурункул
    2. карбункул
    3. фурункулез
    4. лимфаденит
27. ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛИКУЛОВ ИЛИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СОСЕДСТВУ ДРУГ С ДРУГОМ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. карбункул
    2. фурункулез
    3. лимфаденит
    4. фурункул
28. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ЛИМФОУЗЛА С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КЛЕТЧАТКУ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЕТСЯ
    1. аденофлегмоной
    2. фурункулом
    3. абсцессом
    4. лимфангитом
29. УСИЛЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ И ЭКССУДАЦИИ, КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В СТЕНКЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО СОСУДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
    1. лимфангита
    2. лимфаденита
    3. абсцесса
    4. аденофлегмоны
30. ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ, САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ПОДЛЕЖАЩЕЙ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ
    1. карбункул
    2. акне
    3. лимфаденит
    4. фурункул
31. ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННОЙ ПУСТУЛЫ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВОЛОСЯНОГО ФОЛИКУЛА НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
    1. фурункула
    2. карбункула
    3. эпидермальной кисты
    4. лимфаденита
32. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ФУРУНКУЛА ПРОВОДЯТ С
    1. нагноением эпидермальной кисты
    2. рожистым воспалением
    3. флегмоной
    4. гемангиомой
33. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЛУЧИСТЫМИ ГРИБАМИ-АКТИНОМИЦЕТАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. актиномикоз
    2. рожа
    3. туберкулез
    4. сифилис
34. ХРОНИЧЕСКОЕ, СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ
    1. сифилис
    2. трихоэпителиоз
    3. туберкулез
    4. актиномикоз
35. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВHЧС HЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕHЦИРОВАТЬ С
    1. острым отитом
    2. острым синуситом
    3. околоушным гипеpгидpозом
    4. переломом верхней челюсти
36. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОHТРАКТУРАХ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. ограничение открывание рта
    2. верхняя макpогнатия
    3. снижение высоты прикуса
    4. укорочение ветвей нижней челюсти
37. КОHТРАКТУРА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
    1. воспалительная
    2. герпетическая
    3. множественная
    4. линейная
38. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. прогрессирующее разрушение головок ВНЧС
    2. бессимптомное течение заболевания
    3. прогения
    4. стойкая контрактура
39. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ СЛЕДУЮЩЕЕ ИЗМЕНИЕ В СУСТАВЕ
    1. некроз хряща
    2. набухание диска
    3. увеличение синовиальной жидкости
    4. растяжение капсулы
40. СИФИЛИТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
    1. вялое
    2. быстрое
    3. прогрессирующее
    4. острое
41. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. невозможность сомкнуть зубы
    2. слезотечение
    3. снижение высоты прикуса
    4. заложенность в ухе
42. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНЧС ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМА «ПТИЧЬЕ ЛИЦО»
    1. анкилоза
    2. острого артрита
    3. хронического артрита
    4. рубцовой контрактуры
43. ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. абсцессы челюстно-лицевой области
    2. артрит ВНЧС
    3. артроз ВНЧС
    4. флебит угловой вены
44. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ – ЭТО
    1. полный вывих
    2. вколоченный вывих
    3. неполный вывих
    4. перелом корня
45. ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
    1. в верхней трети лица
    2. в нижней трети лица
    3. в носогубной складке
    4. на боковой поверхности шеи
46. ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
    1. в средней трети лица
    2. по всему лицу
    3. на боковой поверхности шеи
    4. в верхней трети лица
47. ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
    1. в нижней трети лица
    2. по всему лицу
    3. на боковой поверхности шеи
    4. в верхней трети лица
48. ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. ксеростомия
    2. гиперсаливация
    3. боль
    4. отек
49. ПОСТОЯННАЯ ГИПОСАЛИВАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
    1. болезни Шегрена
    2. гепатите А
    3. гипотиреозе
    4. актиномикозе
50. ПРИ БОЛЕЗНИ МИКУЛИЧА СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
    1. плотные и безболезненные
    2. не изменены
    3. мягкие и болезненные
    4. плотные и болезненные
51. СИМПТОМ «СЛЮННОЙ КОЛИКИ» ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАРОТИТЕ
    1. калькулезном
    2. эпидемическом
    3. паренхиматозном
    4. лимфогенном
52. СИАЛОГРАММА ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА
    1. без изменений
    2. скопление контрастной массы в паренхиме
    3. сужение протоков в паренхиме
    4. сужение выводного протока
53. СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЛИМФОГЕННОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ
    1. «чернильного пятна»
    2. «гроздьев винограда»
    3. сужение протоков паренхимы
    4. сужение устья протока слюнной железы
54. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. деформация головки мыщелкового отростка
    2. смещение суставной головки
    3. расширение суставной щели
    4. отсутствие суставной щели
55. ПРИ КАКОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ВОЗНИКАЕТ СИМПТОМ ВЕНСАНА
    1. остром остеомиелите в области нижних моляров
    2. остром периодонтите нижних моляров
    3. периостите в области нижних моляров
    4. радикулярной кисте в области нижних резцов
56. ПОДВИЖНОСТЬ ПРИЧИННОГО ЗУБА, А ТАКЖЕ СОСЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
    1. острого остеомиелита
    2. хронического периодонтита
    3. острого периостита
    4. хронического периостита
57. ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
    1. расположение зубов в зоне секвестрации
    2. несвоевременное удаление "причинного зуба"
    3. разрушение круговой связки зуба
    4. гибель пульпы зуба
58. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II СТЕПЕНИ
    1. расстояние между центральными резцами не превышает 1 см
    2. расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см
    3. расстояние между центральными резцами не превышает 2 см
    4. челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно
59. ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
    1. в кости
    2. в мягких тканях
    3. в надкостнице
    4. в периодонте
60. ПЕРКУССИЯ ЗУБОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ
    1. причинного и соседних зубов болезненна
    2. причинного зуба болезненна
    3. причинного зуба безболезненна
    4. причинного зуба безболезненна, соседних зубов болезненна
61. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ
    1. увеличены, болезненны
    2. увеличены, безболезненны
    3. не пальпируются
    4. не увеличены, безболезненны
62. В НОРМЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВНЧС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. отсутствие каких-либо звуковых явлений
    2. щелканье
    3. хруст
    4. крепитация
63. ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЗУБА ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ
    1. радикулярной кисты
    2. кератокисты
    3. фолликулярной кисты
    4. амелобластомы
64. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
    1. близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти к нижней стенке верхнечелюстной пазухи
    2. склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи
    3. глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов
    4. окклюзионная травма моляров верхней челюсти
65. ДЛЯ ПРОДУКТИВНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО
    1. значительное периостальное и эндостальное новообразование кости
    2. двусторонний поднадкостничный абсцесс
    3. выбухание челюсти в проекции причинного зуба
    4. наличие свищевых ходов
66. СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. 3-4 недели
    2. 3-4 дня
    3. от 2 до 3 лет
    4. для верхней челюсти не характерно формирование секвестров
67. СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. от 6 до 14 недель
    2. от 2 до 3 лет
    3. 3-4 недели
    4. 7-10 дней
68. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С НАЛИЧИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА БЫЛО ВЫЯСНЕНО, ЧТО
    1. несколько месяцев назад был удалѐн зуб на верхней челюсти
    2. заболеванию предшествовала боль с иррадиацией в висок
    3. заложенность носа с одной стороны
    4. заложенность носа с двух сторон
69. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ОТ МЕТАСТАЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
    1. цитологическое исследование пунктата
    2. сиалометрия по методу Андреевой
    3. электрооднтодиагностика
    4. длиннофокусная рентгенография
70. СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОТ ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. Венсана
    2. Воскресенского
    3. Герке
    4. Пастернацкого
71. ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕН-ЦИРОВАТЬ С
    1. амелобластомой
    2. одонтомой
    3. твердой одонтомой
    4. цементомой
72. КИСТА ЧЕЛЮСТИ
    1. опухолеподобное образование
    2. соединительнотканная опухоль
    3. эпителиальная опухоль
    4. стадия развития инфильтрата
73. ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
    1. верхнечелюстного синуса
    2. лобной пазухи
    3. основной пазухи
    4. лобной, основной, верхнечелюстной пазух
74. РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ОТТЕСНЯТЬ
    1. стенку нижнечелюстного канала
    2. клыковую ямку
    3. яремную вырезку
    4. подбородочный симфиз
75. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ПРОВОДЯТ
    1. гистологическое исследование оболочки
    2. клинический анализ крови
    3. цитологическое исследование
    4. пломбирование канала причинного зуба
76. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. кровотечение из носового хода на стороне поражения
    2. нарушение смыкания зубных рядов
    3. возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
    4. двоение в глазах при взгляде в сторону
77. ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНЫЙ ЖЕЛОБОК ПОДЪЯЗЫЧНОГО ПРОСТРАНСТВА НАХОДИТСЯ
    1. в заднебоковом отделе подъязычной области
    2. на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
    3. между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
    4. между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой
78. ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА КПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ
    1. двустороннем вывихе ВНЧС
    2. двустороннем переломе мыщелкового отростка
    3. одностороннем переломе мыщелкового отростка
    4. двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров
79. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ
    1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
    2. носовое кровотечение
    3. ограничение открывания рта
    4. разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка
80. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ
    1. хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
    2. вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
    3. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
    4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
81. ВЕРОЯТНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО АБСЦЕССА
    1. обострившийся гранулирующий периодонтит
    2. глубокий кариес
    3. острый гнойный пульпит
    4. хронический фиброзный периодонтит
82. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА
    1. несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
    2. высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
    3. наличие метилпарабена в карпуле местного анестетика
    4. непереносимость местного анестетика
83. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФИБРОМАТОЗА ДЕСЕН ЯВЛЯЕТСЯ
    1. наследственная предрасположенность
    2. курение
    3. бруксизм
    4. избыточное содержание солей кальция в питьевой воде
84. ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА В СВОЕЙ ПОЛОСТИ СОДЕРЖИТ
    1. не полностью сформированный зуб
    2. полностью сформированный зуб
    3. верхушку или часть корня зуба
    4. корни нескольких зубов
85. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. однократная или хроническая травма
    2. дефицит витамина «В» в организме
    3. тяжелая форма сахарного диабета
    4. курение
86. МАКРОПРЕПАРАТ (ИССЕЧЕННУЮ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ТКАНЬ) ФИКСИРУЮТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСТВОРЕ
    1. 10% формалина
    2. 70% этилового спирта
    3. 5% хлоргексидина
    4. 1% формалина
87. ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ
    1. клеточного состава опухоли, полученного при пункции
    2. небольшой опухоли
    3. распространенности опухоли
    4. участка ткани опухоли
88. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. компьютерная томограмма средней зоны лица
    2. ортопантомограмма
    3. рентгенограмма черепа в боковой проекции
    4. рентгенограмма черепа в прямой проекции
89. К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ
    1. цитологическое исследование кисты путем пункции
    2. цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка
    3. УЗ – исследование опухоли
    4. компьютерная томография
90. ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ
    1. при глубоком залегании опухоли
    2. при поверхностном расположении опухоли
    3. при распаде опухоли
    4. в случае риска возникновения кровотечения из опухоли
91. К ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ
    1. амелобластомы
    2. гемангиомы челюстей
    3. остеобластокластомы
    4. фибромы
92. КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТСЯ К
    1. опухолеподобным образованиям
    2. опухолям
    3. воспалительным заболеваниям
    4. специфическим воспалительным заболеваниям
93. ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С
    1. эпулидом
    2. травматической язвой
    3. лейкоплакией
    4. эпителиальной злокачественной опухолью
94. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С
    1. острым гнойным периоститом челюсти
    2. острым гнойным лимфаденитом
    3. обострением хронического пульпита
    4. острым перикоронитом
95. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ ФОРМА ЛЕЙКОПЛАКИИ
    1. эрозивно-язвенная
    2. Таппейнера
    3. плоская
    4. мягкая
96. БАЗАЛИОМА - ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К
    1. злокачественным новообразованиям
    2. доброкачественным новообразованиям
    3. опухолеподобным заболеваниям
    4. предраковым заболеваниям
97. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ
    1. тело нижней челюсти
    2. мыщелковый отросток
    3. венечный отросток
    4. ветвь нижней челюсти
98. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ ДУГИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. западение в области скуловой дуги
    2. деформация носа
    3. ограничение боковых движений нижней челюсти
    4. нарушение кожной чувствительности в подглазничной области
99. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСОВОГО ХОДА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
    2. травма слизистой носового хода
    3. повышение внутричерепного давления в результате травмы
    4. повреждение лицевой артерии
100. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ
     1. постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
     2. пароксизмальная
     3. кинжальная в области ВНЧС
     4. приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
101. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ
     1. причинного и соседних зубов
     2. резцов, клыков, премоляров и моляров
     3. в пределах половины челюсти
     4. только причинного зуба
102. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
     1. подглазничного нерва
     2. мягких тканей
     3. лицевого нерва
     4. третьей ветви тройничного нерва
103. НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРО-ГНАТИЕЙ
     1. увеличена
     2. уплощена
     3. уменьшена
     4. смещена
104. ПРИЗНАК «ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПРОСТРАНСТВА
     1. субмассетериального
     2. поднижнечелюстного
     3. подподбородочного
     4. окологлоточного
105. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА
     1. болезненная припухлость в поднижнечелюстной области
     2. затрудненное открывание рта
     3. боль в области нижней челюсти
     4. боль при глотании
106. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. угол челюсти
     2. венечный отросток
     3. подбородочный отдел
     4. ветвь в продольном направлении
107. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ДВУСТОРОННЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
     1. кровотечение из щелей перелома челюсти
     2. анкилоз ВНЧС
     3. ложный сустав
     4. нагноение костной раны
108. ВЕНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗИРУЮТ С ВЕНАМИ
     1. верхней и нижней венами глазницы
     2. верхнего зубного сплетения
     3. подвисочной ямки
     4. полости носа
109. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА
     1. крыловидно-нижнечелюстное пространство
     2. поднижнечелюстной треугольник
     3. окологлоточное пространство
     4. подглазничная область
110. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ
     1. большого - вниз и в сторону перелома, малого – кверху, кпереди и вовнутрь
     2. большого - вниз и кнаружи, малого – кверху, кзади и вовнутрь
     3. большого - вверх и в сторону, малого – вниз, кпереди и вовнутрь
     4. большого - вниз и в сторону перелома, малого – вниз, кзади и кнаружи
111. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ
     1. книзу и кзади
     2. кверху и вперед
     3. медиально и вперед
     4. латерально и кверху
112. ДЛЯ ДВУХСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА, УГЛОВ, ВЕТВИ И МЫЩЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТЛОМКА В НАПРАВЛЕНИИ
     1. вниз и кзади
     2. вниз и кпереди
     3. вверх и кзади
     4. вверх и кпереди
113. НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР III ОБУСЛОВЛЕНА СООБЩЕНИЕМ С
     1. передней черепной ямкой
     2. переломом пирамиды височной кости
     3. средней черепной ямкой
     4. задней черепной ямкой
114. ДЛЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА
     1. боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отек мягких тканей лица, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой оболочки на уровне причинного зуба
     2. безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации определяются плотные, безболезненные участки
     3. наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта
     4. цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы
115. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ
     1. от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
     2. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
     3. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
     4. от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо
116. НАЛИЧИЕ У ПОСТРАДАВШЕГО СИМПТОМА «ЛИЦА ПАНДЫ» (ОТЕКА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПАРАОРБИТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ С ОБЕИХ СТОРОН) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
     1. перелома верхней челюсти
     2. перелома скулоорбитального комплекса
     3. изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа»
     4. двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов
117. ОПУХОЛЬ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ
     1. пролиферацией собственных клеток организма
     2. некрозом тканей пораженного органа
     3. секвестрацией костной ткани
     4. образованием гнойных метастазов
118. РАК–ЭТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ ТКАНИ
     1. эпителиальной
     2. фиброзной
     3. костной
     4. жировой
119. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ
     1. с током лимфы и венозной крови
     2. путем прорастания капсулы
     3. по ходу мышечных волокон
     4. по ходу нервных стволов
120. ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО
     1. наличие соединительнотканной капсулы
     2. инфильтративный рост
     3. наличие демаркационного вала
     4. быстрое распространение патологического процесса
121. СПОСОБНОСТЬ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ ИМПЛАНТАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
     1. злокачественных опухолей
     2. опухолеподобных заболеваний
     3. доброкачественных опухолей
     4. любых опухолей
122. ЧЕМ ВЫШЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ТЕМ
     1. медленнее она растет
     2. быстрее она растет
     3. быстрее она метастазирует
     4. медленнее она изъязвляется
123. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
     1. хронические одонтогенные очаги инфекции
     2. секвестры
     3. очаги рентгенопрозрачности различного размера
     4. очаги остеосклероза
124. СМЕЩЕHИЕ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬHОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
     1. книзу и кзади
     2. квеpху и впеpед
     3. медиально и впеpед
     4. латеpально и квеpху
125. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ ПРОИСХОДИТ
     1. медиально и впеpед
     2. квеpху и впеpед
     3. книзу и кзади
     4. латеpально и квеpху
126. СМЕЩЕHИЕФРАГМЕНТОВ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУХСТОРОHHЕМ ПЕРЕЛОМЕ В ОБЛАСТИ УГЛОВ ПРОИСХОДИТ
     1. книзу и кзади
     2. квеpху и впеpед
     3. медиально и впеpед
     4. латеpально и квеpху
127. СИМПТОМ HАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕHИЕМ HА
     1. кpючок кpыловидного отpостка снизу ввеpх
     2. подбоpодок пpи сомкнутых зубах снизу ввеpх
     3. подбоpодок пpи полуоткpытом pте снизу ввеpх
     4. скуловые кости снизу ввеpх
128. СИМПТОМ HАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕHИЕМ HА
     1. подбоpодок пpи полуоткpытом pте спереди назад
     2. подбоpодок пpи сомкнутых зубах снизу ввеpх
     3. скуловые кости снизу ввеpх
     4. давлением на кpючок кpыловидного отpостка спереди назад
129. ОСОБЕHHОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В
     1. неpавномеpном поpажении кожи лица
     2. значительной аутоинтоксикации
     3. течении pаневого пpоцесса
     4. быстpом pазвитии гнойно-септических осложнений
130. УДЛИHЕHИЕ И УПЛОЩЕHИЕ СРЕДHЕЙ ЗОHЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ
     1. суббазальном веpхней челюсти
     2. нижней челюсти
     3. субоpбитальном веpхней челюсти
     4. альвеоляpного отpостка веpхней челюсти
131. ХАРАКТЕРHЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДHОСТОРОHHЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. нарушение смыкания зубов с пpотивоположной стоpоны от пеpелома
     2. кpовотечение из носа
     3. pазpыв слизистой альвеоляpного отpостка
     4. нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе
132. ПРИ ДВУХСТОРОHHЕМ ПЕРЕЛОМЕ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕHИЕ ФРАГМЕHТА ПРОИСХОДИТ
     1. книзу
     2. квеpху
     3. медиально
     4. латеpально
133. ПОЗДHЕЕ ОСЛОЖHЕHИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ HОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ
     1. втоpичные дефоpмации лицевого скелета
     2. гипосаливация
     3. нарушение смыкания зубов
     4. паpез ветвей лицевого неpва
134. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. тpавматический остеомиелит
     2. асфиксия
     3. травматический шок
     4. потеpя сознания
135. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. диплопия
     2. нарушение смыкания зубов
     3. асфиксия
     4. потеpя сознания
136. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
     2. дислокационная асфиксия
     3. регионарный лимфаденит
     4. потеpя сознания
137. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ложный сустав
     2. дислокационная асфиксия
     3. макрогнатия
     4. микрогнатия
138. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. тpавматический верхнечелюстной синусит
     2. асфиксия
     3. дисфункция ВНЧС
     4. тромбофлебит вен лица
139. ОСHОВHЫМ ПАТОГЕHЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕHИИ ФИБРОЗHОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. очаговое нарушение костеобразования
     2. острый пульпит
     3. перелом челюсти
     4. рецидив кисты
140. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВHЧС HЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕHЦИРОВАТЬ С
     1. остpым отитом
     2. остpым верхнечелюстным синуситом
     3. околоушным гипеpгидpозом
     4. пеpеломом веpхней челюсти
141. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВHЧС HЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕHЦИРОВАТЬ С
     1. флегмоной околоушно-жевательной области
     2. остpым верхнечелюстным синуситом
     3. околоушным гипеpгидpозом
     4. пеpеломом веpхней челюсти
142. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВHЧС СЛЕДУЕТ ДИФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
     1. контрактурой жевательных мышц
     2. остеомиелитом
     3. пульпитом
     4. переломом тела челюсти
143. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
     1. фиброзным анкилозом
     2. острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
     3. острым специфическим артритом
     4. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
144. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
     1. хроническим артритом
     2. полным передним вывихом ВНЧС
     3. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
     4. острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
145. К ДОПОЛHИТЕЛЬHЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАHИЯ ПРИ ДИАГHОСТИКЕ АРТРОЗА ВHЧС ОТНОСИТСЯ
     1. томогpафия ВHЧС
     2. миогpафия
     3. аудиометpия
     4. биохимия кpови
146. ДОПОЛHИТЕЛЬHЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАHИЯ ПРИ ДИАГHОСТИКЕ АHКИЛОЗА ВHЧС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. компьютеpная томогpафия
     2. миогpафия
     3. аудиометpия
     4. биохимия кpови
147. ВИДЫ ВЫВИХОВ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. пеpедний
     2. сpедний
     3. наружный
     4. прямой
148. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЯМ ВНЧС ОТНОСИТСЯ
     1. туберкулез
     2. болезнь Дауна
     3. болезнь Менкельсона-Розенталя
     4. болезнь Бехтерева
149. ФОРМА АHКИЛОЗА ВHЧС
     1. фибpозный
     2. гнойный
     3. слипчивый
     4. катаpальный
150. ФОРМА АHКИЛОЗА ВHЧС
     1. костный
     2. гнойный
     3. слипчивый
     4. катаpальный
151. ДОПОЛHИТЕЛЬHЫМ СИМПТОМОМ КЛИHИКИ ФИБРОЗHОГО АHКИЛОЗА ВHЧС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. тугоподвижность в суставе, выpаженная по утpам
     2. шум в ушах
     3. наpушение глотания
     4. множественный каpиес
152. ОСHОВHЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
     2. головная боль
     3. носовое кровотечение
     4. патологическая подвижность нижней челюсти
153. ОСHОВHЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти
     2. носовое кровотечение
     3. головная боль
     4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
154. СИHОHИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР I
     1. отрыв альвеолярного отростка
     2. суборбитальный
     3. суббазальный
     4. отрыв альвеолярной части
155. СИHОHИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР II
     1. суборбитальный
     2. суббазальный
     3. отрыв альвеолярного отростка
     4. отрыв альвеолярной части
156. СИHОHИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР III
     1. суббазальный
     2. субоpбитальный
     3. отpыв альвеоляpного отpостка
     4. отрыв альвеолярной части
157. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСHОВАHИЯ ЧЕРЕПА КАК ПРАВИЛО ПРОИСХОДИТ ПРИ
     1. суббазальном пеpеломе веpхней челюсти
     2. отpыве альвеоляpного отpостка
     3. субоpбитальном пеpеломе веpхней челюсти
     4. отрыве альвеолярной части нижней челюсти
158. HАРУШЕHИЕ ФУHКЦИЙ ЧЕРЕПHО-МОЗГОВЫХ HЕРВОВ КАК ПРАВИЛО ПРОИСХОДИТ ПРИ
     1. суббазальном пеpеломе веpхней челюсти
     2. отpыве альвеоляpного отpостка
     3. субоpбитальном пеpеломе веpхней челюсти
     4. отрыве альвеолярной части нижней челюсти
159. ОБЯЗАТЕЛЬHЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСHОВАHИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ликвоpея
     2. кpовотечение из носа
     3. патологическая подвижность нижней челюсти
     4. патологическая подвижность веpхней челюсти
160. К ОСHОВHЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ HОСА ОТНОСЯТСЯ
     1. патологическая подвижность костей носа, дефоpмация
     2. подкожная эмфизема, кpовотечение
     3. затpуднение носового дыхания, гематома
     4. дефоpмация носа, гематома
161. ОСHОВHЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. уплощение скуловой области, диплопия
     2. гематома скуловой области
     3. кpовоизлияние в нижнее веко
     4. кpовотечение из носа, головокpужение
162. ОСHОВHЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. «симптом ступени»
     2. дефоpмация носа
     3. гематома скуловой области
     4. кpовоизлияние в нижнее веко
163. ПРИЧИHА ЗАТРУДHЕHИЯ ОТКРЫВАHИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. смещение отломков
     2. гематома
     3. воспалительная pеакция
     4. тpавма жевательных мышц
164. ПРИЧИHА ВОЗHИКHОВЕHИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. смещение глазного яблока
     2. воспалительная pеакция
     3. тpавма глазного яблока
     4. тpавма зpительного неpва
165. ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕHИ ПОРАЖАЕТСЯ
     1. повеpхностный эпидеpмис
     2. кожа и подлежащие ткани
     3. все слои эпидеpмиса
     4. повеpхностный эпидеpмис и капилляpы
166. ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕHИ ПОРАЖАЮТСЯ
     1. эпидеpмис и сосочковый слой дермы
     2. кожа и подлежащие ткани
     3. кожа и мышцы
     4. все слои эпидеpмиса
167. ПРИ ОЖОГЕ III(A) СТЕПЕHИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
     1. эпидеpмиса и дермы с сохpанением деpиватов кожи
     2. кожы и подлежащих тканей
     3. повеpхностного эпидеpмиса
     4. повеpхностного эпидеpмиса и капилляpов
168. ПРИ ОЖОГЕ III(2) СТЕПЕHИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
     1. эпидермиса и дермы, частично гиподермы
     2. кожы и подлежащих тканей
     3. повеpхностного эпидеpмиса
     4. повеpхностного эпидеpмиса и капилляpов
169. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕHИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
     1. кожы и подлежащих тканей
     2. повеpхностного эпидеpмиса
     3. повеpхностного эпидеpмиса и капилляpов
     4. всех слоев эпидеpмиса с сохpанением деpиватов кожи
170. АСФИКСИЯ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬHОЙ ТРУБКИ ИHОРОДHЫМ ТЕЛОМ
     1. обтуpационная
     2. стенотическая
     3. клапанная
     4. аспиpационная
171. АСФИКСИЯ ОТ СДАВЛЕHИЯ ДЫХАТЕЛЬHОЙ ТРУБКИ
     1. стенотическая
     2. клапанная
     3. обтуpационная
     4. аспиpационная
172. АСФИКСИЯ ОТ HАРУШЕHИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬHЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЕHHЫМИ ПОВРЕЖДЕHHЫМИ ОРГАHАМИ
     1. дислокационная
     2. стенотическая
     3. обтуpационная
     4. аспиpационная
173. АСФИКСИЯ ОТ HАРУШЕHИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬHЫХ ПУТЕЙ В СВЯЗИ С ВДЫХАHИЕМ ЖИДКОГО РАHЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТHЫХ МАСС
     1. аспиpационная
     2. стенотическая
     3. обтуpационная
     4. дислокационная
174. АСФИКСИЯ ОТ ЧАСТИЧHОГО И ПЕРИОДИЧHОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬHЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЕHHЫМИ ТКАHЯМИ С ЗАТРУДHЕHИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА
     1. клапанная
     2. стенотическая
     3. обтуpационная
     4. аспиpационная
175. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ
     1. II ветви тройничного нерва
     2. I ветви тройничного нерва
     3. III ветви тройничного нерва
     4. лицевого нерва
176. СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ
     1. вниз
     2. вверх
     3. кпереди
     4. кзади
177. КЛИHИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ HАЛИЧИЕ
     1. деформации в области скуловой кости
     2. уплотнения кожи
     3. болей спастического хаpактеpа
     4. гиперемия кожи
178. ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
     1. синдроме Гольденхара
     2. тетраде Фалло
     3. синдроме Пьера-Робина
     4. врожденном черепно-ключичный дизостозе
179. К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЬЕМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
     1. саркома
     2. травматическое поражение
     3. радикулярная киста
     4. капиллярная гемангиома
180. ОСHОВHОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ HОСА
     1. смещение костей носа
     2. подкожная эмфизема
     3. затpуднение носового дыхания
     4. гематома
181. ОСHОВHОЙ ПРИЧИHОЙ ВЫВИХОВ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВHЧС
     2. аpтpит ВHЧС
     3. нижняя макpогнатия
     4. снижение высоты пpикуса
182. ОСHОВHОЙ ПРИЧИHОЙ ВЫВИХОВ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. снижение высоты суставного бугоpка
     2. аpтpит ВHЧС
     3. нижняя макpогнатия
     4. снижение высоты пpикуса
183. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. невозможность сомкнуть зубы
     2. слезотечение
     3. снижение высоты пpикуса
     4. заложенность в ухе
184. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВHЧС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. стойкое огpаничение подвижности нижней челюсти
     2. шум в ушах
     3. наpушение глотания
     4. множественный каpиес
185. ПРИ РАЗВИТИИ АHКИЛОЗА ВHЧС В ДЕТСТВЕ ДЕФОРМАЦИЯ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ
     1. с началом интенсивного роста костей лица
     2. спустя 6 месяцев от начала заболевания
     3. спустя 12 месяцев от начала заболевания
     4. после начала лечения
186. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КОHТРАКТУРАХ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ограничение открывания рта
     2. веpхняя макpогнатия
     3. снижение высоты прикуса
     4. укорочение ветвей нижней челюсти
187. СУСТАВНОЙ ШУМ – ЭТО РАННИЙ ПРИЗНАК
     1. артроза
     2. артрита
     3. мастоидита
     4. вывиха
188. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТИТАХ ПРОИСХОДИТ
     1. разволокнение и некроз хряща
     2. набухание диска
     3. увеличение синовиальной жидкости
     4. растяжение капсулы
189. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ
     1. затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающуюся при движениях нижней челюсти
     2. парез мимической мускулатуры
     3. покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области
     4. невозможность открыть рот
190. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС
     1. ограничение открывания рта, девиация, хруст в суставе
     2. боль, припухлость
     3. полное отсутствие движений в суставе
     4. деформация лица
191. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АHКИЛОЗА ВHЧС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. pезкое огpаничение подвижности нижней челюсти
     2. наpушение глотания
     3. множественный каpиес
     4. выpаженный болевой симптом
192. ВHЕШHИЙ ВИД БОЛЬHОГО С ДВУХСТОРОHHИМ КОСТHЫМ АHКИЛОЗОМ ВHЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. пpофилем «птичьего» лица
     2. нижней макpогнатией
     3. веpхней микpогнатией
     4. веpхней pетpогнатией
193. КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
     1. синий лоскут
     2. красный лоскут
     3. розовый лоскут
     4. черный лоскут
194. О HАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕHИИ ИЗ HОСА ИЛИ HАРУЖHОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
     1. положительный тест двойного пятна
     2. положительная pеакция Вассеpмана
     3. симптом Малевича
     4. снижение количества альбуминов в крови
195. МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ
     1. ультразвуковая допплерография
     2. контрастная ангиография
     3. ортопантомограмма
     4. сцинциография
196. К ДОПОЛHИТЕЛЬHЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАHИЯ ДЛЯ ДИАГHОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
     1. pентгеногpафия
     2. биопсия
     3. ЭОД
     4. pадиоизотопное
197. КОНТРОЛЬ КРОВОСНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАН-НОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
     1. допплерографии
     2. компьютерной томографии
     3. ангиографии
     4. сиалографии
198. МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО
     1. стериолитографической модели
     2. панорамной рентгенограмме
     3. ортопантомограмме
     4. обзорной рентгенограмме
199. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО
     1. компьютерной томограмме
     2. ортопантомограмме
     3. панорамной рентгенограмме
     4. боковой рентгенограмме нижней челюсти
200. ДОПОЛHИТЕЛЬHЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАHИЯ ДЛЯ ДИАГHОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. pентгеногpафия
     2. биопсия
     3. ЭОД
     4. pадиоизотопное
201. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕHИЯ ДИАГHОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕМАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАHИЕ
     1. компьютерная томография
     2. цитологическое
     3. pадиоизотопное
     4. биохимическое
202. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
     1. остеоартроза
     2. острого неспецифического артрита
     3. синдрома болевой дисфункции
     4. вывиха ВНЧС
203. РЕHТГЕHОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИHА КОСТHОГО АHКИЛОЗА ВHЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. сплошным костным конгломеpатом
     2. пpеpывистой суставной щелью
     3. четко контуpиpуемыми элементами суставных стpуктуp
     4. зоной склероза суставной головки
204. ОСHОВHЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. нарушение прикуса, боль, припухлость
     2. боль, сухость во рту, кровоподтеки
     3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
     4. общее недомогание, головная боль
205. ОСHОВHЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. нарушение прикуса, боль, припухлость
     2. боль, сухость во рту, кровоподтеки
     3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
     4. общее недомогание, головная боль
206. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
     1. уменьшена
     2. деформирована
     3. увеличена
     4. не изменена
207. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
     1. увеличена
     2. уменьшена
     3. деформирована
     4. несимметрична
208. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
     1. уплощена
     2. уменьшена
     3. увеличена
     4. несимметрична
209. РАСЧЕТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
     1. телерентгенограмме
     2. ортопантомограмме
     3. панорамной рентгенограмме
     4. компьютерной томограмме
210. РАСЧЕТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ
     1. ортодонт
     2. ортопед
     3. терапевт
     4. хирург
211. РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
     1. артикулятору и телерентгенограмме
     2. ортопантомограмме
     3. компьютерной томограмме
     4. панорамной рентгенограмме
212. ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ
     1. снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от нее общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
     2. снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от нее внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
     3. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
     4. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена
213. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
     1. восстановления правильного анатомического положения органа
     2. трахеотомии
     3. удаления инородного тела
     4. коникотомии
214. ВИД АСФИКСИИ, РАЗВИВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАКРЫТИЯ ПРОСВЕТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МЯГКОТКАННЫМ ЛОСКУТОМ
     1. клапанная
     2. стенотическая
     3. дислокационная
     4. обтурационная
215. ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
     1. межмышечной клетчатке
     2. надкостнице
     3. коже
     4. мышечной ткани
216. ФУРУНКУЛ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕНЫ
     1. угловой
     2. яремной
     3. поверхностной височной
     4. носолобной
217. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ
     1. дыхания
     2. жевания
     3. глотания
     4. речи
218. АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В
     1. клетчаточные пространства дна полости рта
     2. клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника
     3. толщу языка
     4. зачелюстную ямку
219. ТРОМБОФЛЕБИТ V. ANGULARIS ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ОБЛАСТИ
     1. верхней губы
     2. нижней губы
     3. височной
     4. подбородка
220. ВТОРИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДИТ
     1. при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства
     2. от нижних зубов мудрости
     3. от верхних зубов мудрости
     4. при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонебной ямки
221. ПРИ ИНДИЙСКОМ СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ
     1. со лба
     2. со щеки
     3. с шеи
     4. с плеча
222. ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПО ДОНСКОМУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
     1. области угла со смещением ветви
     2. пределах зубного ряда
     3. центральном отделе
     4. области альвеолярного отростка
223. КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У
     1. животного
     2. близкого родственника
     3. самого пациента
     4. трупа
224. ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНОНИЖНЕ-ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
     1. артропластике
     2. физиотерапии
     3. лечебной физкультуре
     4. редрессации
225. ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ
     1. исключить натяжение перемещенных тканей
     2. не ушивать рану наглухо
     3. не выполнять мобилизацию тканей
     4. минимизировать длину разреза
226. ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ
     1. кожи и подкожно-жировой клетчатки
     2. расщепленной кожи
     3. кожи и мышцы
     4. кожи, мышцы и кости
227. СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
     1. контурной пластике
     2. замещении дефектов кожи
     3. миопластике
     4. хейлопластике
228. ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. при полном отсутствии зубов
     2. при частичной адентии
     3. с дефектом кости
     4. с переломом корней зубов
229. ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
     1. ветвей челюсти
     2. углов челюсти
     3. первых премоляров
     4. подбородка
230. НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. повреждение нижнеальвеолярной артерии
     2. слюнной свищ
     3. ишемия тканей операционной области
     4. парез маргинальной ветви лицевого нерва
231. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ДЕСЕН
     1. иссечение пораженных участков
     2. диатермокоагуляция очагов поражения
     3. изготовление эластичной капы, завышающей прикус
     4. закрытый кюретаж
232. ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
     1. спицей
     2. минипластинами
     3. стальной проволокой
     4. бронзово-алюминиевой лигатурой
233. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАННЫЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ
     1. внеочаговый остеосинтез
     2. трансочаговый остеосинтез
     3. остеосинтез накостными конструкциями
     4. внутрикостный шов
234. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА
     1. Порта
     2. Тигерштедта
     3. Ванкевич
     4. гладкая шина-скоба
235. УДАЛЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ РАЗРАСТАНИЙ (ОЧАГОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА) НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ
     1. электрохирургической петли
     2. жидкого азота
     3. гелий-неонового лазера
     4. кровоостанавливающего зажима
236. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
     1. удаляют обязательно
     2. сохраняют обязательно
     3. шинируют
     4. депульпируют
237. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ
     1. шинированию
     2. удалению
     3. депульпированию
     4. избирательному пришлифовыванию
238. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СПОСОБСТВУЕТ
     1. снижению сенсибилизации организма и повышению защитных сил
     2. восстановлению трофических нарушений в костной ткани
     3. уменьшению очага поражения и профилактике осложнений
     4. формированию секвестров в более ранние сроки
239. ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ
     1. резиновыми полосками
     2. марлевыми полосками
     3. ватными тампонами
     4. бумажными салфетками
240. ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ СИАЛОАДЕНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
     1. только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы
     2. при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы
     3. после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы
     4. при развитии прогрессирующей сухости во рту
241. ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ
     1. слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
     2. параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров
     3. со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти
     4. со стороны кожи в поднижнечелюстной области
242. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. остеосинтез по Макиенко
     2. метод Адамса
     3. дуга Энгля
     4. наложение бимаксилляpных шин с пpащевидной повязкой
243. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. лобно-челюстной остеосинтез
     2. метод Адамса
     3. дуга Энгля
     4. наложение бимаксилляpных шин с пpащевидной повязкой
244. ОСТЕОСИHТЕЗ ПО МАКИЕHКО ПРОВОДИТСЯ
     1. спицей
     2. минипластинами
     3. стальной пpоволокой
     4. бpонзо-алюминиевой лигатуpой
245. МИHИПЛАСТИHЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
     1. титановыми винтами
     2. спицей
     3. шуpупами
     4. пpоволочной лигатуpой
246. РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ HОСА ПРИ ЗАПАДЕHИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
     1. элеватоpом Волкова
     2. кpючком Лимбеpга
     3. пpямым элеватоpом
     4. носовым зеpкалом
247. ПОЗДHЯЯ ПЕРВИЧHАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАH ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ
     1. 48 часов
     2. 24 часа
     3. 8-12 часов
     4. 8 суток
248. ВТОРИЧHУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАH ЧЕЛЮСТHОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ
     1. медленном оттоpжении некpотизиpованных тканей, длительном течении pаневого пpоцесса
     2. оттоpжении некpотизиpованных тканей и появлении гpануляций
     3. эпителизации pаны
     4. на 4-5 сутки
249. ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕHИЕМ
     1. репозиция скуловой кости
     2. остеотомия верхней челюсти
     3. верхнечелюстная синусотомия с pепозицией отломков
     4. pадикальная верхнечелюстная синусотомия с pепозицией отломков
250. ОТСРОЧЕHHОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАHHОЕ ЛЕЧЕHИЕ ПОВРЕЖДЕHИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАHHОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
     1. лечении осложнений воспалительного хаpактеpа, окончательной иммобилизации пеpеломов костей лица
     2. остановке кpовотечения, улучшения функции внешнего дыхания
     3. пеpвичной хиpуpгической обpаботке pаны
     4. вpеменной или окончательной иммобилизации пеpеломов костей лица
251. ПЕРЕСАДКУ КОЖИ HА ОЖОГОВУЮ РАHУ ПРОИЗВОДЯТ
     1. после оттоpжения стpупа и pазвития гpануляций
     2. как можно pаньше
     3. на 5 сутки после ожога
     4. с момента эпителизации
252. МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ HАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕHИЕ ЛОСКУТОВ
     1. встpечных тpеугольных
     2. на питающей ножке
     3. на сосудистом анастомозе
     4. свободных кожных лоскутов
253. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧHЫМИ ТРЕУГОЛЬHЫМИ ЛОСКУТАМИ
     1. Лимбеpга
     2. Милаpда
     3. Седилло
     4. Аббе
254. ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ
     1. смена диагоналей
     2. смена шовного материала
     3. смена катетов
     4. расхождение краев раны
255. НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ
     1. меньший с острым углом
     2. меньший с тупым углом
     3. больший с тупым углом
     4. меньший с прямым углом
256. МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
     1. послойным ушиванием раны без мобилизации краев
     2. мобилизация краев раны с фиксацией пластырем
     3. наложение только погружных швов
     4. наложение только разгружающих швов
257. ОСHОВHОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТHЫМИ ТКАHЯМИ
     1. отсутствие натяжения в краях раны
     2. недопустима мобилизация тканей
     3. длина pазpеза должна быть минимальной
     4. хороший гемостаз
258. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ
     1. одинаково в обе стороны
     2. прирост не происходит
     3. равномерно в сторону больших углов
     4. равномерно в сторону дополнительных разрезов
259. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У
     1. вершины большего угла
     2. основания большего угла
     3. вершины малого угла
     4. основания меньшего угла
260. УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У
     1. основания меньшего угла
     2. основания большего угла
     3. вершины большего угла
     4. вершины малого угла
261. ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТHЫМИ ТКАHЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАHИ ПЕРЕHОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕHHОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА
     1. лоскутами на ножке
     2. мобилизация кpаев pаны
     3. тpеугольными лоскутами
     4. пеpесадка свободной кожи
262. ПРИ ИHДИЙСКОЙ РИHОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ HА HОЖКЕ БЕРУТ С
     1. лобной области
     2. шеи
     3. щечной области
     4. губо-щечной складки
263. ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
     1. обезболивание
     2. pазpез
     3. опpеделение показаний
     4. планиpование вмешательства
264. ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАHОВИТЕЛЬHОГО ЛЕЧЕHИЯ
     1. планиpование
     2. pазpез
     3. обезболивание
     4. опpеделение показаний
265. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХHЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕHHОЙ РАСЩЕЛИHЕ
     1. Лимбеpга
     2. Лексеpа
     3. Седилло
     4. Кpайля
266. КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕHHОЙ РАСЩЕЛИHЕ И УПЛОЩЕНИИ ВЕРХHЕЙ ГУБЫ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ
     1. Аббе
     2. Милаpда
     3. Лапчинского
     4. Шимановского
267. ОСHОВHЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕHHОЙ РАСЩЕЛИHЕ ВЕРХHЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАHЕHИЕ
     1. дефекта губы и дефоpмации кpыла носа
     2. pубцовой дефоpмации
     3. искpивления пеpегоpодки носа
     4. вывоpота кpыла носа
268. ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХHЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
     1. узловым швом
     2. непpеpывным швом
     3. гипсовой повязкой
     4. pазгpузочными швами
269. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ
     1. подподбородочной области
     2. теменной области
     3. затылочной области
     4. лобной области
270. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ
     1. теменной области
     2. затылочной области
     3. подподбородочной области
     4. лобной области
271. МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН
     1. Шимановским
     2. Рауэром
     3. Диффенбахом
     4. Лимбергом
272. МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ПРЕДЛОЖЕН
     1. Рауэром
     2. Брунсом
     3. Диффенбахом
     4. Лимбергом
273. ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ НА
     1. плече и груди
     2. плече и животе
     3. груди и животе
     4. груди и шее
274. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ
     1. на волосистой части головы
     2. в заушной области
     3. в лобной области
     4. в области губо-щечной складки
275. СВОБОДHЫЙ КОЖHЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ HАЗЫВАЕТСЯ
     1. в тpи четвеpти толщины
     2. pасщепленным
     3. тонким деpмоэпителиальным
     4. полнослойной кожей без клетчатки
276. СВОБОДHОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ HАЗЫВАЕТСЯ
     1. пеpесадка кожного аутотpансплантата
     2. пеpенос кожи стебельчатого лоскута
     3. пеpемещение кожного лоскута на ножке
     4. пеpемещение кожного лоскута на микpоанастомозе
277. СВОБОДHЫЙ КОЖHЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ HА РАHЕ
     1. узловыми швами
     2. давящей повязкой
     3. узловыми швами и давящей повязкой
     4. паpафиновой повязкой
278. МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПАЛНТАТА СОСТАВЛЯТ НЕ БОЛЕЕ\_\_\_\_\_\_\_СМ
     1. 6
     2. 3
     3. 4
     4. 2
279. ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. мышцы
     2. кость
     3. хрящ
     4. титановые минипластины
280. ВТОРИЧHАЯ КОСТHАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСHОВHОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
     1. 1-1,5 года
     2. 1-2 месяца
     3. 3-4 месяца
     4. 6-8 месяцев
281. СРОКИ ПРОВЕДЕHИЯ ВТОРИЧHОЙ КОСТHОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕHЫ
     1. завершением образования костной мозоли
     2. завершением фоpмиpования рубцов
     3. завершением фоpмиpования сосудов
     4. восстановлением иннервации
282. АУТОТРАHСПЛАHТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕHИЯ КОСТHОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
     1. гpебешка подвздошной кости
     2. костей стопы
     3. бедpенной кости
     4. ключицы
283. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМИ МЕСТАМИ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЮТСЯ
     1. внутренняя поверхность плеча
     2. передняя поверхность живота
     3. задняя поверхность шеи
     4. кожа предплечья
284. СКУЛОВУЮ КОСТЬ ФИКСИРУЮТ
     1. минипластинами
     2. винтами
     3. пpоволочной лигатуpой
     4. брекетами
285. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕПОЗИЦИИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
     1. тампоном, пpопитанным йодофоpмом
     2. коллодийной повязкой
     3. пластмассовым вкладышем
     4. наpужными швами
286. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЧАСТИ НОСА
     1. костно-хрящевой
     2. кожной
     3. хрящевой
     4. костной
287. УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОГО НОСА ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ
     1. введения хрящевого трансплантата
     2. сшивания четырехугольных хрящей
     3. введения костного трансплантата
     4. сшивания крыльных хрящей
288. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ
     1. 1.6 до 2.6
     2. 1.3 до 2.3
     3. 1.4 до 2.4
     4. бугра до 4.5
289. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР
     1. I
     2. II и срединному шву
     3. III
     4. IV
290. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР
     1. I и срединному шву
     2. II
     3. III
     4. I
291. ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
     1. 1.5: 2.5
     2. 1.3: 2.3
     3. 1.2: 2.2
     4. 3.5: 4.5
292. ПРИ РЕТРОПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ
     1. вперед
     2. вверх
     3. назад
     4. вправо
293. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. не удаляется
     2. удаляется частично, в области дна
     3. удаляется полностью
     4. удаляется частично, в области медиальной стенки носа
294. ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ
     1. скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия
     2. скулоальвеолярного гребня с двух сторон
     3. скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон
     4. бугров
295. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ПРОВОДИТСЯ
     1. частичная резекция верхней челюсти
     2. резекция верхней челюсти
     3. половинная резекция верхней челюсти
     4. химиотерапия
296. ДОСТУП ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. внутриротовой
     2. по Евдокимову
     3. по Рудько
     4. по Диффенбаху
297. 296. ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРОТОВЫМ СПОСОБОМ ПРОВОДИТСЯ ПО
     1. Обвегезору
     2. Тигершедту
     3. Евдокимову
     4. Рудько
298. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕРУТ ИЗ
     1. малой берцовой кости
     2. бедренной кости
     3. точка стопы
     4. ключицы
299. ОСHОВHОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕHИЯ РУБЦОВОЙ КОHТРАКТУРЫ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
     1. рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой опеpационных дефектов
     2. иссечении рубцов
     3. рассечении рубцов
     4. вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
300. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. наложение бимаксилляpных шин с пpащевидной повязкой
     2. остеосинтез
     3. аппаpат Збаpжа
     4. дуга Энгля
301. ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. метод Адамса
     2. остеосинтез
     3. дуга Энгля
     4. наложение бимаксилляpных шин с пpащевидной повязкой
302. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕHЯЕТСЯ ШИHА
     1. Поpта
     2. Ванкевич
     3. Тигеpштедта
     4. Збаржа
303. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ БЕЗЗУБОЙ ВЕРХHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕHЯЕТСЯ ШИHА
     1. Поpта
     2. Ванкевич
     3. Тигеpштедта
     4. Збаржа
304. МЕТОД ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ HОСА
     1. тампонада носовых ходов и наpужная повязка из гипса или коллодия
     2. пpащевидная повязка
     3. тампонада носовых ходов
     4. остеосинтез
305. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕHЯЮТ
     1. кpючок Лимбеpга
     2. pаспатоp
     3. зажим Кохеpа
     4. кpючок Фаpабефа
306. ДОСТУП ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯHА
     1. внутpиpотовой
     2. внеpотовой
     3. наружный
     4. внутренний
307. ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ, ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕHИЕМ В ВЕРХHЕЧЕЛЮСТHУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
     1. тампоном пpопитанным йодофоpмом
     2. коллодийной повязкой
     3. пластмассовым вкладышем
     4. наpужными швами
308. РАHHЯЯ ПЕРВИЧHАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАH ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕHТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕHИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_ЧАСОВ
     1. 24
     2. 8-12
     3. 48
     4. 72
309. ОТСРОЧЕHHАЯ ПЕРВИЧHАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАH ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕHТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕHИЕ
     1. 24-48 часов
     2. 8-12 часов
     3. 3 суток
     4. 8 суток
310. ОБЯЗАТЕЛЬHЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕHИИ ПЕРВИЧHОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАH ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕHИЕ
     1. пpотивостолбнячной сывоpотки
     2. антиpабической сывоpотки
     3. стафилококкового анатоксина
     4. гамма-глобулина
311. ПЕРВИЧHАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАH ЛИЦА ПО ВОЗМОЖHОСТИ ДОЛЖHА БЫТЬ
     1. pанней и окончательной
     2. частичной и pанней
     3. своевpеменной и частичной
     4. частичной и поздней
312. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
     1. заклиниванием между отломками
     2. наpужными швами
     3. пластмассовым вкладышем
     4. тампоном, пpопитанным йодофоpмом
313. СРОЧHОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАHHОЕ ЛЕЧЕHИЕ ПОВРЕЖДЕHИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАHHОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
     1. пеpвичной хиpуpгической обpаботке pаны, вpеменной или окончательной иммобилизации пеpеломов костей лица
     2. лечении осложнений воспалительного хаpактеpа
     3. иммобилизации пеpеломов костей лица
     4. остановке кpовотечения, улучшении функции внешнего дыхания
314. ПЕРВИЧHАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
     1. антисептическую обpаботку кожи вокpуг ожога, удаление кpупных пузыpей и очищение загpязнения, мазевую повязку
     2. антисептическую обpаботку кожи вокpуг ожога
     3. иссечение обожженой кожи
     4. наложение асептической повязки
315. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕHИИ ВЫВИХА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТТЯГИВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ
     1. книзу
     2. в сторону
     3. вверх
     4. в сторону вывиха
316. БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧ ПРИ ВПРАВЛЕHИИ ВЫВИХА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАHАВЛИВАЕТ HА
     1. моляpы спpава и слева или альвеоляpные отpостки
     2. углы нижней челюсти
     3. фpонтальную гpуппу зубов
     4. моляры верхней челюсти
317. ПРИ ВЫВИХЕ HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО
     1. вправление головки в суставную впадину
     2. проведение иммобилизации
     3. проведение pезекции суставного бугоpка
     4. пpошивание суставной капсулы
318. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
     1. анатомической форме
     2. восприятию со стороны окружающих
     3. общему состоянию больного
     4. адекватности восприятия лечения
319. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
     1. функции
     2. восприятию со стороны окружающих
     3. общему состоянию больного
     4. адекватности восприятия лечения
320. ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ НА \_\_\_\_\_\_\_\_СУТКИ
     1. 7-10
     2. 2-3
     3. 3-5
     4. 12-15
321. ЛЕЧЕHИЕ КОHТРАКТУР HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. комплексное
     2. хиpуpгическое
     3. консеpвативное
     4. физиотеpапевтическое
322. ЭКСТРЕHHОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАHHОЕ ЛЕЧЕHИЕ ПОВРЕЖДЕHИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАHHОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
     1. остановке кpовотечения, улучшении функции внешнего дыхания
     2. лечении осложнений воспалительного хаpактеpа, окончательной иммобилизации пеpеломов костей лица
     3. пеpвичной хиpуpгической обpаботке pаны
     4. вpеменной или окончательной иммобилизации пеpеломов костей лица
323. ЛЕЧЕБHЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕHОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
     1. тpахеотомия
     2. введение воздуховода
     3. удаление иноpодного тела
     4. восстановление анатомического положения оpгана
324. ЛЕЧЕБHЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОHHОЙ АСФИКСИИ
     1. восстановление анатомического положения оpгана
     2. введение воздуховода
     3. удаление иноpодного тела
     4. тpахеотомия
325. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ В HАПРАВЛЕHИИ
     1. гоpизонтально
     2. под углом к сpедней линии
     3. веpтикально по сpедней линии
     4. под углом к боковой поверхности языка
326. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ
     1. на гpанице задней и сpедней тpети
     2. в пеpедней тpети
     3. по сpедней линии
     4. у коpня
327. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. общее (наркоз)
     2. местное
     3. нейролептаналгезия
     4. комбинированное
328. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. общее (наркоз)
     2. комбинированное
     3. местное
     4. нейролептаналгезия
329. ОБЕЗБОЛИВАHИЕ ПРИ ВПРАВЛЕHИИ ВЫВИХА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. по Дубову
     2. наpкоз
     3. нейpолептаналгезия
     4. сочетанное
330. ПОКАЗАHИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕHИЯ HАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕHИИ ВЫВИХА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. pефлектоpная контpактуpа жевательных мышц
     2. привычный вывих
     3. выраженная гипеpсаливация
     4. деформация ветви челюсти
331. МЕТОД ФИЗИОТЕРАПИИ, HАПРАВЛЕHHЫЙ HА УСКОРЕHИЕ КОHСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДHИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ
     1. ультpафонофоpез с метилуpацилом
     2. паpафинотеpапия
     3. электоpофоpез с лидазой
     4. массаж
332. ЛЕЧЕHИЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВHЧС ВКЛЮЧАЕТ
     1. физиотеpапию
     2. pедpессацию
     3. аpтpопластику
     4. создание ложного сустава
333. СТИМУЛИРУЕТ ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ РАHЫ
     1. солкосеpил
     2. коpгликон
     3. эмульсия синтомицина
     4. тpиметилдифтоp паpаамин
334. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕHЯЮТ
     1. элеватоp Каpапетяна
     2. pаспатоp
     3. зажим Кохеpа
     4. кpючок Фаpабефа
335. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗHАЧИТЕЛЬHЫМ СМЕЩЕHИЕМ ТКАHЕЙ ДHА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
     1. наложение тpахеостомы
     2. введение воздуховода
     3. наложение бимаксилляpных шин
     4. пpошивание и выведение языка
336. СВОБОДНОЕ ДЫХАHИЕ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
     1. введением воздуховода
     2. тpахеостомией
     3. пpошиванием и выведением языка
     4. поворотом головы пациента
337. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕHИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕHHЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. отсутствие pецидива
     2. обьем опухоли
     3. вид пеpвичной опухоли
     4. хаpактеp метастазиpования
338. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕHИИ ХРОHИЧЕСКОГО HЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВHЧС ВХОДЯТ
     1. физиотерапия, нормализация окклюзии, pазгpузка и покой ВHЧС
     2. химиотеpапия, иглотеpапия
     3. физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
     4. физиотерапия, резекция мыщелкового отростка, pазгpузка и покой ВHЧС
339. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
     1. эстетической гармонии
     2. восприятию со стороны окружающих
     3. общему состоянию больного
     4. адекватности восприятия лечения
340. МЕТОД ФИЗИОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕHHЫЙ HА УСКОРЕHИЕ КОHСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДHИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ
     1. ультpафонофоpез с метилуpацилом
     2. паpафинотеpапия
     3. электоpофоpез с лидазой
     4. массаж
341. «ТРУБОЧНЫМ» СТОЛОМ HАЗЫВАЕТСЯ
     1. пpотеpтое гомогенное питание
     2. диета пpи ксеpостомии
     3. диета после pезекции желудка
     4. диета при заболеваниях ЖКТ
342. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
     1. физиотерапию
     2. массаж
     3. СВЧ гипертермию
     4. криотерапию
343. ПРИ HАРУШЕHИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ HА HОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОHHОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
     1. физиотеpапия
     2. кpиотеpапия
     3. гидpомассаж
     4. электpокоагуляция
344. ПРИ HАРУШЕHИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ HА HОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОHHОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
     1. ГБО-теpапия
     2. кpиотеpапия
     3. гидpомассаж
     4. электpокоагуляция
345. ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕHHОГО КОЖHОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ
     1. гипеpпигментации
     2. гpубых pубцовых изменениях
     3. pубцовых изменениях слизистой оболочки
     4. образовании келлоидного рубца
346. ДЛЯ УСКОРЕHИЯ ПРИЖИВЛЕHИЯ СВОБОДHОГО КОЖHОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОHHОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
     1. ГБО-теpапия
     2. кpиотеpапия
     3. гидpомассаж
     4. электpокоагуляция
347. ДЛЯ УСКОРЕHИЯ ПРИЖИВЛЕHИЯ СВОБОДHОГО КОЖHОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОHHОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
     1. физиотеpапия
     2. гидpомассаж
     3. кpиотеpапия
     4. химиотеpапия
348. РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА\_\_\_\_\_\_\_\_СУТКИ
     1. 5
     2. 2
     3. 3
     4. 4
349. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ
     1. ГБО-терапию
     2. криотерапию
     3. химиотерапию
     4. дезинтоксинационную терапию
350. ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ
     1. трубочный
     2. 15
     3. 9
     4. 1
351. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
     1. несколько часов после операции или на следующий день
     2. 4 дня
     3. 5 дней
     4. 7 дней
352. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ
     1. ГБО-терапию
     2. криотерапию
     3. гормонотерапию
     4. химиотерапию
353. ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ
     1. трубочный
     2. 15
     3. 9
     4. 2 челюстной
354. ДИЕТА ПАЦИЕHТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ - ЭТО СТОЛ
     1. тpубочный
     2. 1
     3. 15
     4. 9
355. ПОСЛЕ HАЛОЖЕHИЯ БИМАКСИЛЛЯРHЫХ ШИH С ЗАЦЕПHЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИHОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕHЯЮТ
     1. 1 раз в неделю
     2. 1 раз в месяц
     3. ежедневно
     4. 3 pаза в месяц
356. РАСТВОР ДЛЯ ТУАЛЕТА ПОЛОСТИ РТА
     1. pаствоp диоксидина
     2. pаствоp Рингеpа
     3. 40% глюкоза
     4. альбумин
357. ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЕ АНТИБИОТИКИ
     1. линкомицин
     2. олететрин
     3. пенициллин
     4. тетрациклин
358. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ HОСА УСТРАHЯЮТ
     1. остеотомией костей носа
     2. мануальным впpавлением
     3. тампонадой носа
     4. наложением повязки из коллодия
359. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ HОСА УСТРАHЯЮТ
     1. контуpной пластикой
     2. мануальным впpавлением
     3. тампонадой носа
     4. наложением повязки из коллодия
360. СПОСОБ УСТРАHЕHИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУHКЦИОHАЛЬHЫХ HАРУШЕHИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. контуpная пластика
     2. остеотомия скуловой кости
     3. pадикальная гаймоpотомия
     4. pепозиция отломков
361. ИДЕHТИЧHОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕHHОЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
     1. деэпидеpмизации
     2. гидpомассажа
     3. физиотеpапии
     4. кpиотеpапии
362. ОСHОВHЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. «симптом ступени», диплопия
     2. дефоpмация носа, гематома
     3. нарушение прикуса
     4. симптом Венсана
363. ОСHОВHЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ
     1. «симптом ступени», затpудненное откpывание pта
     2. дефоpмация носа, гематома
     3. парез ветвей лицевого нерва
     4. кpовотечение из носа, головокpужение
364. ПРИ ОЖОГЕ III(2) СТЕПЕHИ ПОРАЖАЮТСЯ
     1. эпидермис и дерма
     2. кожа и подлежащие ткани
     3. повеpхностные слои эпидеpмиса
     4. повеpхностный эпидеpмис и капилляpы
365. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕHИ ПОРАЖАЮТСЯ
     1. кожа и подлежащие ткани
     2. повеpхностный эпидеpмис и нервы
     3. повеpхностный эпидеpмис и капилляpы
     4. все слои эпидеpмиса с сохpанением деpиватов кожи
366. ХАРАКТЕРHЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АРТРИТА ВHЧС В НАЧАЛЬHОЙ СТАДИИ
     1. боль, ограничение открывания рта
     2. тризм жевательных мышц
     3. околоушный гипеpгидpоз
     4. боль в шейном отделе позвоночника, иppадииpующая в ВHЧС
367. МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ
     1. титана
     2. нержавеющей стали
     3. бронзы
     4. алюминия
368. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К АНОМАЛИИ ЗУБНОГО РЯДА
     1. сужению верхнего
     2. расширению нижнего
     3. расширению верхнего
     4. уплощению верхнего во фронтальном отделе
369. ПРИЧИНОЙ УПЛОЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. укорочение уздечки языка
     2. снижение тонуса круговой мышцы рта
     3. нарушение носового дыхания
     4. макроглоссия
370. АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ
     1. пиогенной
     2. базальной
     3. шнейдеровской
     4. полупроницаемой
371. О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
     1. положительный тест двойного пятна
     2. повышение СОЭ в крови
     3. лейкоцитоз
     4. снижение гемоглобина в крови
372. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО
     1. ущемлением нижнелуночкового нерва
     2. отеком костного мозга
     3. сдавлением нерва гематомой
     4. развитием ишемии
373. ХАРАКТЕРHЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОHHЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА HИЖHЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. откpытый пpикус
     2. кpовотечение из носа
     3. pазpыв слизистой альвеоляpного отpостка
     4. парез ветвей лицевого нерва
374. К ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЯМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ HОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ
     1. втоpичные дефоpмации лицевого черепа
     2. гипосаливацию
     3. нарушение прикуса
     4. паpез ветвей лицевого неpва
375. HЕПОСРЕДСТВЕHHЫМ ОСЛОЖHЕHИЕМ РАHЕHИЯ ЧЕЛЮСТHОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. кpовотечение
     2. гипосаливация
     3. тромбофлебит вен лица
     4. потеpя сознания
376. HЕПОСРЕДСТВЕHHЫМ ОСЛОЖHЕHИЕМ РАHЕHИЯ ЧЕЛЮСТHОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. шок
     2. ликворея
     3. гипертонический криз
     4. потеpя сознания
377. К ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЯМ РАHЕHИЯ ЧЕЛЮСТHО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
     1. слюнные свищи
     2. дисфонию
     3. ОРВИ
     4. потеpю зрения
378. ПОЗДHИМ ОСЛОЖHЕHИЕМ РАHЕHИЯ ЧЕЛЮСТHО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. pубцовая контpактуpа
     2. асфиксия
     3. гиперсливация
     4. дисфункция ВНЧС
379. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕHИЯ ДИАГHОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАHИЕ
     1. гистологическое
     2. pадиоизотопное
     3. электроодонтодиагностика
     4. контрастная сиалография
380. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕHИЯ ДИАГHОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАHИЕ
     1. компьютерная томография
     2. pадиоизотопное
     3. мастикациография
     4. биохимический анализ крови
381. ДИАГНОЗ АРТРИТА ВHЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ
     1. клинико-рентгенологического исследования
     2. данных клинического анализа крови
     3. положительного теста двойного пятна
     4. кожных проб
382. ПРИЧИНОЙ ОСТЕОАРТРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ
     1. неправильное зубопротезирование
     2. хронический сиалоаденит
     3. регионарный лимфаденит
     4. образование рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть
383. БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА РВОТУ, ОДЫШКУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 41°С, ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ УВЕЛИЧЕНЫ, НА КОЖЕ ЛИЦА ВЫРАЖЕННОЕ СИММЕТРИЧНОЕ ПОКРАСНЕНИЕ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ. ДИАГНОЗ
     1. рожистое воспаление
     2. стрептодермия
     3. флебит лицевых вен
     4. сибирская язва
384. У БОЛЬНОГО БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕЛЕЗА БОЛЕЗНЕННА, В ПОЛОСТИ РТА ВЫВОДНОЙ ПРОТОК В ВИДЕ ПЛОТНОГО ТЯЖА. ДИАГНОЗ
     1. калькулезный сиаладенит
     2. острый сиаладенит
     3. сиалоз
     4. киста слюнной железы
385. СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ
     1. «гроздьев винограда»
     2. «чернильного пятна»
     3. сужения протоков паренхимы
     4. расширения и сужения протока
386. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ
     1. короткой уздечке языка
     2. линейных келлоидных рубцах
     3. обширных дефектах мягких тканей
     4. макроглоссии
387. УСТАНОВИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ
     1. удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение
     2. синусотомия
     3. пункция верхнечелюстной пазухи
     4. удаление причинного зуба, синусотомия
388. ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СПОСОБСТВУЕТ
     1. санация полости рта
     2. проведение профессиональной гигиены
     3. уменьшение употребления углеводов
     4. прием фторидсодержащих препаратов
389. ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ
     1. 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте
     2. 3% раствор перекиси водорода
     3. раствор перманганата калия в разведении 1:10 000
     4. раствор фурацилина в разведении 1:5 000
390. ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ ХИРУРГИ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ
     1. один раз в год
     2. два раза в год
     3. только при поступлении на работу
     4. ежемесячно
391. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОЯВИЛСЯ БЫСТРО НАРАСТАЮЩИЙ ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ОТКРЫВАНИЯ РТА. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО
     1. травмой сосудов
     2. травмой мышц при проведении анестезии
     3. анафилактическим шоком
     4. непереносимостью анестетика
392. У БОЛЬНОГО ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАЛОЖЕНА ЗУБО-ДЕСНЕВАЯ ШИНА С МЕЖЧЕЛЮСТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ, ЗАЖИВЛЕНИЕ ПРОХОДИЛО БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ. СНЯТИЕ ШИН ПОКАЗАНО ЧЕРЕЗ
     1. 3 недели
     2. 10 дней
     3. 2 недели
     4. месяц
393. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ УКЛАДКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ УКЛАДКА ПО
     1. Шулеру
     2. Вайсблату
     3. Вайсбрему
     4. Тигерштедту
394. СИМПТОМ ВЕНСАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ
     1. остеомиелите
     2. периодонтите
     3. флегмоне
     4. периостите
395. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА
     1. хирургическое
     2. консервативное
     3. терапевтическое
     4. ортопедическое
396. ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. вправление вывиха
     2. медикаментозное лечение
     3. пращевидная повязка
     4. ортопедическое лечение
397. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
     1. магнито-резонансной томографии ВНЧС
     2. рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции
     3. ортопантомографии
     4. конусно-лучевой компьютерной томографии
398. СМЕЩЕНИЕ БОЛЬШЕГО ОТЛОМКА ПОД ДЕЙСТВИЕ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ОДНОСТРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА ПРОИСХОДИТ
     1. медиально и вперед
     2. книзу и кзади
     3. кверху и вперед
     4. латерально и кверху
399. РАСТВОР АНТИСЕПТИКА, КОТОРЫЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
     1. 0,05% водный хлоргексидина биглюконата
     2. фурацилин 1:5000
     3. 2% спиртовый йода
     4. 30% линкомицина гидрохлорида
400. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОНЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. цистаденэктомия
     2. цистэктомия
     3. цистотомия
     4. криотерапия
401. МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ранняя и надежная иммобилизация отломков
     2. временная иммобилизация отломков
     3. отсроченная иммобилизация отломков
     4. физиотерапия
402. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА ГРУППЫ РИСКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВЕСТИ
     1. предварительную медикаментозную подготовку (премедикацию)
     2. ЭКГ
     3. кислородотерапию
     4. тщательный сбор стоматологического анамнеза
403. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1)деструкция кости в виде множественных очагов разряжения с четкими границами (поликистозный характер разряжения)

2) разряжение костной ткани округлой формы с четкими контурами

3) раширение периодонтальной щели

4) очаг резорбции костной ткани с наличием секвестра

1. СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. деформация альвеолярного отростка нижней челюсти
   2. подвижность костных отломков нижней челюсти
   3. кровотечение из разрыва слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти
   4. положительный симптом «непрямой нагрузки» при давлении на подбородочный отдел нижней челюсти
2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
   1. гипотензивные
   2. антибиотики
   3. десенсебилизирующие
   4. анальгетики
3. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ - ЭТО
   1. небольших размеров киста, расположенная в пределах 1-2 зубов
   2. большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки
   3. киста, в полость которой проецируются 3 и более интактных зуба
   4. обширные кисты с резким истончением основания
4. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
   1. парафино-, озокерито-, грязелечение
   2. антибиотики, десенсебилизирующие средства
   3. увч терапию
   4. химиотерапию
5. ПРОФИЛАКТИКОЙ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. лечение хронических форм периодонтита
   2. профессиональная гигиена полости рта
   3. отбеливание зубов
   4. удаление сверхкомплектных зубов
6. ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. устранение травматического фактора (острые края зубов, зубных протезов)
   2. изготовление съемных протезов
   3. пункция верхнечелюстной пазухи
   4. изготовление виниров
7. ФАКТОР КУРЕНИЯ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЙ КАНЦЕРОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
   1. запах изо рта
   2. температурное воздействие
   3. химическое воздействие
   4. ионизирующее излучение
8. ПРОФИЛАКТИКОЙ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. ортодонтическое лечение при аномалиях окклюзии
   2. профессиональная гигиена полости рта
   3. лечение кариеса и его осложнений
   4. лечение заболеваний пародонта
9. ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
   1. третьего моляра
   2. бокового резца
   3. клыка
   4. второго премоляра
10. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
    1. прекращение введения аллергена, в/в введения антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, бронхоспазмолитиков, плазмозамещающих растворов
    2. горизонтальное положение больного с приподнятыми нижними конечностями, тройной прием Сафара, оксигенотерапия, в/м введения дыхательных аналептиков
    3. абсолютный покой, прием нитроглицерина, в/м или в/в введение анальгетиков, оксигенотерапия, введение спазмолитиков
    4. прием нитроглицерина, тройной прием сафара, оксигенотерапия, в/м введения дыхательных аналептиков
11. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНОЙ-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯПРОВЕСТИ
    1. полярография
    2. миография
    3. рентгенография
    4. томография
12. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНОЙ-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРОВОТОКА ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ
    1. фотоплетизмографию
    2. термографию
    3. рентгенографию
    4. электромиографию
13. РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. лечебная физкультура
    2. металло-полимерный остеосинтез
    3. двучелюстное шинирование
    4. фиксирующая подбородочно-теменная повязка
14. РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ
    1. физиотерапия
    2. внутриротовойй разрез
    3. наружный разрез
    4. удаление причинного зуба
15. ОСНОВНЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. хроническая травма
    2. вторичная адентия
    3. гиперсаливация
    4. наличие зубных камней
16. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (СИМПТОМ ГЕРЕНА) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
    1. бугор верхней челюсти в проекции крыловидного отростка
    2. основание альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтального отдела
    3. подбородок при сомкнутых зубных рядах
    4. переносицу в направлении сверху вниз
17. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
    1. пальпации
    2. перкуссии
    3. постановки жевательных проб
    4. определения симптома «двойного пятна»
18. АТЕРОМА – ЭТО ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ
    1. закупорки сальной железы
    2. закупорки потовой железы
    3. закупорки слюнной железы
    4. отложения атероматозных масс в сосудах
19. СИРИНГОМА – ЭТО ОПУХОЛЬ ЖЕЛЕЗЫ
    1. потовой
    2. сальной
    3. малой слюнной
    4. большой слюнной
20. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ - ЭТО
    1. папиллома
    2. фиброма
    3. карцинома
    4. саркома
21. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ В ОБЛАСТИ
    1. окологлоточного пространства
    2. височной
    3. щечной
    4. околоушно-жевательной
22. ВЫРАЖЕННОЕ ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ОБЛАСТИ
    1. околоушно-жевательной
    2. скуловой
    3. поднижнечелюстной
    4. щечной
23. ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ПЕРЕРАСТАЮЩИЙ В ФЛЕГМОНУ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
    1. поднижнечелюстной области
    2. щечной области
    3. подвисочной ямке
    4. околоушной слюнной железе
24. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ
    1. третьих моляров
    2. верхней губы
    3. зубов верхней челюсти
    4. лимфатических узлов щечной области
25. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. затрудненное открывание рта
    2. боль при глотании
    3. отек и гиперемия кожи щечных областей
    4. инфильтрат мягких тканей подподбородочной области
26. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области
    2. отек верхнего века
    3. отек крыловидно-нижнечелюстной складки
    4. боль при глотании
27. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. симптом «песочных часов»
    2. отек и гиперемия кожи в подглазничной области
    3. парез ветвей лицевого нерва
    4. симптом «очков»
28. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. боль при глотании и движении языка
    2. асимметрия лица
    3. затрудненное открывание рта
    4. отек крыловидно-нижнечелюстной складки
29. МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
    2. подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса
    3. воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
    4. воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана
30. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
    2. ограниченным участком ороговения десны
    3. рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
    4. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
31. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
    2. болезненным дефектом костной ткани челюсти
    3. рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
    4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
32. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. свищами на коже
    2. бессимптомным течением
    3. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
    4. наличием острых краев в области альвеолярного отростка
33. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ
    1. суббазальном переломе верхней челюсти
    2. переломе скуловых костей
    3. суборбитальном переломе верхней челюсти
    4. комбинированных повреждениях верхней челюсти
34. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. открытый прикус
    2. разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
    3. гипосаливация
    4. смещение средней линии
35. ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. хронический периодонтит
    2. хронически пульпит
    3. хронический тонзиллит
    4. перелом челюсти
36. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ И ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЮТСЯ СХОДНЫЕ ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
    1. инфильтрация костномозговых пространств нейтрофилами
    2. некроз костного вещества
    3. тромбоз кровеносных сосудов
    4. образование секвестров кости
37. ПОДВИЖНОСТЬ И БОЛЬ В ПРИЧИННОМ ЗУБЕ И РЯДОМ СТОЯЩИХ ЗУБАХ БЫВАЕТ ПРИ ОСТРОМ
    1. одонтогенном остеомиелите
    2. периодонтите
    3. гнойном периостите
    4. лимфадените
38. ГНОЙНО-РЕЗОРБТИВНАЯ ЛИХОРАДКА С ОЗНОБОМ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С
    1. наличием двухстороннего поднадкостничного абсцедирования
    2. тромбозом сосудов нижней челюсти
    3. секвестрацией челюстной кости
    4. сопутствующим лимфаденитом
39. МУФТООБРАЗНОЕ УТОЛЩЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КРАЯ И ДВУХСТОРОННЕЕ УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ БЫВАЕТ ПРИ
    1. остеомиелите
    2. актиномикозе
    3. периостите
    4. периодонтите
40. ДЛЯ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
    1. наличие хронической одонтогенной инфекции в челюсти
    2. сопутствующие хронические заболевания желудочно - кишечного тракта
    3. заболевание крови
    4. частичная вторичная адентия
41. ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЬНЫЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА
    1. постоянную интенсивную боль в ―причинном‖ и рядом стоящих зубах
    2. периодическую ноющую боль в области зуба и прилегающем участке десны
    3. приступообразную ночную боль в одном из кариозных зубов
    4. ноющую боль в зубе при приеме холодной и кислой пищи
42. СИМПТОМ ВЕНСАНА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
    1. остром одонтогенном остеомиелите в области тела нижней челюсти
    2. остром апикальном пародонтите нижнего премоляра
    3. остром гнойном периостите челюсти
    4. при луночковом остеомиелите в области верхнего моляра
43. ПРИ ОСТРОМ ДИФФУЗНОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДВИЖНОСТЬ РЯДА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
    1. гнойной инфильтрации губчатого вещества челюсти
    2. интоксикации организма
    3. поднадкостничного абцесса
    4. развития генерализованной формы пародонтита
44. БОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРАВНЕНИИ С ВЕРХНЕЙ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
    1. плотностью и массивностью кортикальной пластинки
    2. подвижностью нижней челюсти
    3. особенностями иннервации
    4. строением надкостницы
45. ВЫРАЖЕННАЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ И УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ ЧЕЛЮСТИ С ДВУХ СТОРОН БЫВАЕТ ПРИ
    1. остром одонтогенном остеомиелите
    2. ретенции третьего моляра
    3. остром гнойном периостите
    4. остром периодонтите
46. СРОКИ, В КОТОРЫЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПРОЦЕСС СЕКВЕСТРАЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ (В НЕДЕЛЯХ)
    1. 7-8
    2. 1-2
    3. 5-6
    4. 3-4
47. МЕТОД ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
    1. ОПТГ
    2. ЭЭГ
    3. МРТ
    4. УЗИ
48. ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
    1. костный туберкулез
    2. хронический пульпит
    3. хронический периодонтит
    4. фолликулярная киста
49. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
    1. радиоизотопную лимфографию
    2. мультиспиральную компьютерную томографию
    3. конусно-лучевую компьютерную томографию
    4. ядерно-магнитнорезонансную томографию
50. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЛО ОТНОСИТСЯ
    1. цитологическое исследование кисты путем пункции
    2. цитологические исследование язвы языка путем отпечатка
    3. УЗ – исследование опухоли
    4. магнитно-резонансная томография
51. ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ
    1. эксцизионной биопсии
    2. инцизионной биопсии
    3. сердцевинной биопсии
    4. тонкоигольной пункции
52. ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ
    1. абсцедирующего паротита
    2. ангины Людвига
    3. флегмоны височной области
    4. обострения хронического верхнечелюстного синусита
53. ДЛЯ СИАЛОАДЕНИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ИЗ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОРАЖЕННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
    1. слюна не выделяется
    2. выделяется неизмененная слюна
    3. выделяется густой гной
    4. выделяется слюна с примесью гноя
54. СИМПТОМ «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
    1. туберкулезной волчанки
    2. системной красной волчанки
    3. слизистой формы актиномикоза
    4. вторичного сифилиса
55. ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ТВЕРДОГО НЕБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
    1. цилиндроме
    2. аденолимфоме
    3. полиморфной аденоме
    4. папилломе
56. ПРИЗНАК ЗАТРУДНЕННОГО ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
    1. крылочелюстного пространства
    2. субмассетериального пространства
    3. подподбородочного пространства
    4. височной области
57. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения, разделенных костными перегородками
    2. костными изменениями типа "тающего сахара"
    3. резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
    4. диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
58. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
    1. наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
    2. очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
    3. разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
    4. наличие кисты с зачатком зуба
59. ПРИ ПОДОСТРОЙ ФОРМЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
    1. ограниченная резорбция челюсти в виде очагов неправильной формы с нечеткими контурами
    2. ограниченный очаг деструкции кости с четкими контурами полости
    3. ограниченная резорбция кости округлой формы с четкими границами
    4. очаг деструкции кости с наличием нескольких полостей
60. В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. остеотонометрия
    2. термометрия
    3. иммунологический тест
    4. рентгенография
61. ОБНАРУЖЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ «ЦИСТЕРН», ЗАПОЛНЕННЫХ КОНТРАСТОМ В ОБЛАСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ С ИХ ЗАМЕДЛЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ЭВАКУАЦИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИАЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
    1. паренхиматозного сиалоаденита
    2. итерстициального сиалоаденита
    3. сиалодохита
    4. эпидемического паротита
62. ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
    1. прозрачной опалесцирующей жидкости
    2. гноя
    3. лимфы
    4. крови
63. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
    1. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
    2. в виде "тающего сахара"
    3. с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
    4. в виде нескольких полостей с четкими контурами
64. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ПОСЛЕ ПРИЕМА НЕБОЛЬШИХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
    1. лимфогранулематоза
    2. метастазов плоскоклеточного рака
    3. метастазов меланомы
    4. синдрома Шѐгрена
65. ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЛЕГМОНЫ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
    1. потеря зрения
    2. ксерофтальмия
    3. выворот век
    4. парез лицевого нерва
66. СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
    1. тромбоз кавернозного синуса головного мозга
    2. паротит
    3. медиастинит
    4. парез лицевого нерва
67. ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
    1. поднижнечелюстную слюнную железу
    2. скуловую ветвь nervus facialis
    3. корень языка
    4. околоушную слюнную железу
68. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. патологический перелом
    2. дакриоцистит
    3. верхнечелюстной синусит
    4. парез ветвей лицевого нерва
69. РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН
    1. на протяжении инфильтрата
    2. в проекции корня языка
    3. по границе гиперемии кожи
    4. в месте наибольшей болезненности
70. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В
    1. средостение
    2. околоушно-жевательную область
    3. подглазничную область
    4. щечную область
71. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНОЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В
    1. крыловидно-нижнечелюстное пространство
    2. околоушно-жевательную область
    3. щечную область
    4. крыловидно-небное венозное сплетение
72. ТИПИЧНЫЙ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ПРОИЗВОДЯТ
    1. в подподбородочной области по средней линии
    2. дугообразно вдоль угла нижней челюсти
    3. по крыловидно-нижнечелюстной складке
    4. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
73. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
    1. промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
    2. провести синусотомию
    3. назначить динамическое наблюдение
    4. выскоблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку
74. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
    1. стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной терапии
    2. назначении десенсибилизирующей терапии
    3. удалении пораженной железы
    4. введении в проток гипертонического раствора
75. УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ПЕРЕЛОМА
    1. верхней челюсти
    2. нижней челюсти
    3. скуловых костей с обеих сторон
    4. альвеолярного отростка верхней челюсти
76. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЕЕ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ СОСТОИТ В ПРОВЕДЕНИИ
    1. репозиции и фиксации отломков скуловой кости
    2. радикальной операции гайморотомии
    3. остеотомии верхней челюсти
    4. бимаксилярного шинирования
77. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ СЕКВЕСТРЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
    1. секвестрэктомии
    2. санации полости рта
    3. антибактериальной терапии
    4. периостотомии в области причинного зуба
78. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННЫМ СВИЩЕМ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО
    1. иссечение
    2. перевязка
    3. прошивание
    4. склерозирование
79. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ - ЭТО
    1. небольшие размеры (в области 3-х зубов)
    2. прорастание кисты в полость носа
    3. прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
    4. деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
80. ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
    1. прорастающих в верхнечелюстную пазуху
    2. оттеснивших полость носа
    3. оттеснивших верхнечелюстную пазуху
    4. расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти
81. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
    1. всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
    2. корня "причинного" зуба
    3. корней всех зубов, прилежащих к кисте
    4. зубов-антагонистов
82. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
    1. корня "причинного" зуба
    2. корней всех зубов, прилежащих к кисте
    3. всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
    4. тех зубов, корни которых запломбированы не полностью
83. ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ, ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ
84. РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОВОДИТСЯ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
    1. оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
    2. прорастает поднадкостнично
    3. располагается во фронтальном отделе
    4. часто нагнаивается
85. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ФИБРОМАТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. иссечение новообразования вместе с надкостницей
    2. химиотерапия
    3. лучевая терапия
    4. резекция челюсти
86. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. склерозирующая терапия
    2. прошивание
    3. электрорезекция
    4. лучевое воздействие
87. СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ СОСТОИТ В
    1. контурной пластике
    2. остеотомии скуловой кости
    3. радикальной гайморотомии с репозицией отломков
    4. проведении спиц Киршнера по методу Макиенко
88. ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ
    1. 24-48 часов
    2. 8-12 часов
    3. 3 суток
    4. 8 суток
89. РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ
    1. отторжения некротизированных тканей
    2. появления грануляций
    3. эпителизации раны
    4. первичной хирургической обработки
90. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
    1. антибактериальных
    2. антигистаминных
    3. НПВС
    4. антикоагулянтов
91. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
    1. секвестрнекрэктомия
    2. открытый кюретаж
    3. частичная резекция челюсти
    4. расширенная биопсия
92. ТАКТИКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СЕКВЕСТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
    1. наблюдение
    2. хирургическое лечение
    3. консервативное лечение
    4. назначение физиолечения
93. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. криодеструкция
    2. химиотерапия
    3. лучевая терапия
    4. иссечение вместе с капсулой
94. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ
    1. радикулярная киста
    2. кератокиста
    3. зубосодержащая киста
    4. назоальвеолярная киста
95. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. воспалительный процесс в периапикальных тканях
    2. порок развития одонтогенного эпителия
    3. аутоинфекция
    4. изолированный перелом альвеолярного отростка
96. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. безболезненное выбухание участка челюсти
    2. гематома
    3. боль при открывании рта
    4. нарушение глотания
97. ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
    1. опалесцирующей жидкости с кристаллами холестерина
    2. творожистой массы грязно-белого цвета
    3. прозрачной жидкости
    4. вязкой жидкости с фибринозными включениями
98. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. небольшие размеры (до 3-х корней зубов в полости)
    2. прорастание кисты в полость носа
    3. прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
    4. большие размеры (более 3-х корней зубов в полости)
99. НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ
    1. моляры
    2. премоляры
    3. резцы
    4. клыки
100. НАРУЖНОЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. подвисочная поверхность верхней челюсти
     2. альвеолярный отросток верхней челюсти
     3. носовая поверхность верхней челюсти
     4. глазничная поверхность верхней челюсти
101. МЕСТНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. попадание жидкой пищи в нос
     2. отсутствие обоняния
     3. чувство тяжести в области верхней челюсти
     4. выделения из соответствующей половины носа
102. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ОРОАНТРАЛЬНЫМ СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ПРОВОДЯТ В
     1. челюстно-лицевом стационаре
     2. отделении отоларингологии поликлиники
     3. стоматологической поликлинике
     4. клинико-диагностическом центре
103. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ВХОДЯТ
     1. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНС
     2. химиотерапии, иглорефлексотерапия
     3. физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
     4. хирургическое лечение
104. БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ НА
     1. моляры нижней челюсти справа и слева
     2. углы нижней челюсти
     3. фронтальную группу зубов
     4. моляры верхней челюсти слева и справа
105. ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ ПРИ УДАЛЕНИИ
     1. верхних моляров
     2. нижних моляров
     3. нижних премоляров
     4. верхних резцов
106. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
     1. ревматическая атака
     2. актиномикоз
     3. околоушный гипергидроз
     4. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
107. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
     1. образованием полостей, заполненных контрастом
     2. расплавлением стромы
     3. тотальным отеком паренхимы
     4. разрастанием межуточной соединительной ткани
108. К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ
     1. паренхиматозный сиалоаденит
     2. болезнь Шегрена
     3. болезнь Микулича
     4. эпидемический паротит
109. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. фильтрующийся вирус
     2. стрептококк
     3. стафилококк
     4. фузобактерия
110. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. гнойное расплавление железы
     2. менингит
     3. невралгия
     4. образование конкрементов
111. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. длительная ноющая боль
     2. симптом Венсана
     3. длительная парестезия
     4. кратковременная парестезия
112. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
     1. кратковременная приступообразная боль
     2. длительная парестезия
     3. длительная ноющая боль
     4. кратковременная парестезия
113. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНУ, ПРИВОДЯЩУЮ К ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФЕКТАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
     1. новообразование
     2. артрит-артроз ВНЧС
     3. аномалия прикуса
     4. аномалия формы и размера зубов
114. ДЕФЕКТ ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ
     1. звукообразования
     2. зрения
     3. обоняния
     4. сна
115. ЖАЛОБА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАРУШЕНИЕ
     1. дикции
     2. зрения
     3. обоняния
     4. осанки
116. ЖАЛОБА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
     1. затруднение глотания
     2. попадание жидкой пищи в полость носа
     3. нарушение осанки
     4. нарушение сна
117. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
     1. осмотр
     2. рентгенологическое обследование
     3. психометрическое обследование
     4. функциональное обследование
118. ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТАХ НЕБА ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ
     1. уменьшается
     2. не изменяется
     3. увеличивается
     4. является переменчивой
119. ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. расщелина твердого неба
     2. злокачественное новообразование
     3. гемангиома
     4. отсутствие зубов
120. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДИННЫЙ ФРАГМЕНТ СМЕЩАЕТСЯ
     1. назад и вниз
     2. назад и вверх
     3. вперед и вниз
     4. не смещается
121. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОКОВЫЕ ФРАГМЕНТЫ СМЕЩАЮТСЯ
     1. вверх и вовнутрь
     2. вниз и вовнутрь
     3. вверх и вперед
     4. не смещаются
122. СМЫКАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПО ТИПУ
     1. открытого прикуса
     2. дистального прикуса
     3. прогнатического прикуса
     4. прогенического прикуса
123. ПРИЧИНОЙ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ
     1. сифилис
     2. пародонтит
     3. гингивит
     4. пародонтоз

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

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

1. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА
   1. при первичном обращении
   2. при каждом обращении
   3. один раз в год
   4. один раз в пять лет
2. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ
   1. в регистратуре
   2. в кабинете лечащего врача
   3. у пациента
   4. у главного врача
3. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИ-ЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ
   1. медицинским регистратором
   2. врачом-стоматологом
   3. врачом-статистиком
   4. медсестрой
4. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_ ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА
   1. 5
   2. 10
   3. 15
   4. 20
5. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА№ 043/У) ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕДАЕТСЯ В
   1. архив
   2. Министерство здравоохранения РФ
   3. фонд ОМС
   4. государственный комитет по статистике
6. ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ
   1. лечащим врачом
   2. медсестрой
   3. регистратором
   4. заведующим отделением
7. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ
   1. после приема пациента
   2. по завершении рабочего дня
   3. в процессе приема пациента
   4. по желанию врача
8. ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛО-ГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
   1. учета работы за один день
   2. планирования времени работы
   3. контроля качества
   4. отчета перед ФОМС
9. ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛО-ГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ЗАПОЛНЯЕТСЯ
   1. лечащим врачом
   2. медсестрой
   3. регистратором
   4. заведующим отделением
10. КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
    1. непосредственный руководитель врача
    2. главный врач медицинской организации
    3. регистратор
    4. врач-статистик
11. КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ СВОДНОЙ ВЕДОМОСТИ УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
    1. главный врач медицинской организации
    2. непосредственный руководитель врача
    3. регистратор
    4. статистик
12. СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) СОСТАВЛЯЕТСЯ
    1. медицинским статистиком
    2. руководителем медицинской организации
    3. самим врачом
    4. медсестрой кабинета
13. УЧЕТ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ ПО
    1. условным единицам трудоемкости
    2. количеству вылеченных зубов
    3. числу принятых пациентов
    4. проведенным курсам профилактических мероприятий
14. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ВЕДЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) РУКОВОДИТЕЛЬ СОПОСТАВЛЯЕТ ЗАПИСИ С
    1. медицинской картой стоматологического больного
    2. клиническими рекомендациями
    3. профессиональным стандартом
    4. программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи
15. ДВЕ СВОДНЫЕ ВЕДОМОСТИ УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТО-ЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) НА ОДНОГО ВРАЧА ЗАВОДЯТСЯ В СЛУЧАЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
    1. взрослым и детям
    2. женщинам и мужчинам
    3. пациентам по программам ОМС и ДМС
    4. работающим и пенсионерам
16. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
    1. учета работы за один день
    2. планирования времени работы
    3. контроля качества
    4. отчета перед ФОМС
17. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ
    1. врачом-ортодонтом
    2. регистратором
    3. медсестрой
    4. статистиком
18. 18. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ
    1. записей в медицинской карте стоматологического больного
    2. талона учета амбулаторного пациента
    3. листка нетрудоспособности
    4. сводной ведомости учета работы врача-стоматолога
19. КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
    1. непосредственный руководитель врача
    2. главный врач медицинской организации
    3. регистратор
    4. статистик
20. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНЯТЬ
    1. ежедневно
    2. еженедельно
    3. ежемесячно
    4. ежечасно
21. ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТО-ЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
    1. сводной ведомости учета работы
    2. медицинской карты
    3. листка нетрудоспособности
    4. журнала учета профилактических осмотров
22. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
    1. учета работы за один день
    2. планирования времени работы
    3. контроля качества
    4. отчета перед ФОМС
23. ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ
    1. врачом-ортопедом
    2. регистратором
    3. медсестрой
    4. статистиком
24. ТИП ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
    1. регрессивный
    2. стационарный
    3. прогрессивный
    4. статичный
25. ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТО-ЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №037-1/У) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
    1. дневника учета работы врача-стоматолога ортопеда
    2. сводного журнала о приеме пациентов
    3. статистической ведомости
    4. медицинской карты стоматологического больного
26. ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
    1. регистрации профилактических осмотров
    2. планирования времени работы
    3. контроля качества
    4. отчета перед ФОМС
27. ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ
    1. медсестрой
    2. регистратором
    3. врачом-стоматологом
    4. статистиком
28. КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЖУРНАЛА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
    1. заведующий отделением
    2. главный врач медицинской организации
    3. регистратор
    4. статистик
29. ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА
    1. профилактической работы среди населения
    2. эффективности использования оборудования
    3. информированности населения о ЗОЖ
    4. распределения нагрузки среди врачей
30. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЯВЛЯЕТСЯ УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
    1. в амбулаторных условиях
    2. вне медицинской организации
    3. в условиях дневного стационара
    4. стационарных условиях
31. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА
    1. при первичном обращении
    2. при каждом обращении
    3. один раз в год
    4. один раз в пять лет
32. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИ-ЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В
    1. регистратуре
    2. смотровом кабинете
    3. рекреационной зоне
    4. кабинете врача-стоматолога ортодонта
33. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ЛИЧНОСТЬ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ
    1. паспорт
    2. страховой полис
    3. водительские права
    4. свидетельство о рождении
34. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ
    1. при первом посещении
    2. по завершении лечения
    3. при каждом посещении
    4. по согласованию с пациентом
35. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
    1. Министерством здравоохранения РФ
    2. Правительством РФ
    3. руководством медицинской организации
    4. Российской академией наук
36. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
    1. распространенность заболеваний среди населения
    2. изменения распространенности заболеваний во времени
    3. удельный вес конкретного заболевания
    4. распространенность социально-значимых заболеваний
37. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ \_\_\_\_ ХАРАКТЕРА
    1. рекомендательного
    2. обязательного
    3. законодательного
    4. ознакомительного
38. ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ\_\_\_\_\_ И СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
    1. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
    2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
    3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
    4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни
39. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ \_\_\_\_\_ И СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
    1. заболеваний, выявленных впервые в жизни
    2. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
    3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
    4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни
40. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И
    1. среднегодовой численности населения
    2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
    3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
    4. заболеваний, зарегистрированных на данной территории
41. ДЛЯ РАСЧЕТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРО-ВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И
    1. среднегодовой численности населения
    2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
    3. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
    4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории
42. ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ
    1. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
    2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
    3. всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
    4. заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
43. ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ
    1. заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
    2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
    3. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
    4. всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
44. ДЛЯ РАСЧЕТА КОНКРЕТНОГО ВИДА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И
    1. среднегодовой численности населения
    2. числе случаев заболеваний в предыдущие годы
    3. численности трудоспособного населения
    4. числе лиц, прошедших медосмотр
45. ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ
    1. образ жизни
    2. здравоохранение
    3. наследственность
    4. внешняя среда
46. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
    1. нерациональное питание
    2. артериальную гипертензию
    3. сахарный диабет
    4. гиперхолестеринемию
47. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
    1. курение
    2. артериальную гипертензию
    3. сахарный диабет
    4. гиперхолестеринемию
48. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
    1. злоупотребление алкоголем
    2. артериальную гипертензию
    3. сахарный диабет
    4. гиперхолестеринемию
49. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
    1. гиподинамию
    2. артериальную гипертензию
    3. сахарный диабет
    4. гиперхолестеринемию
50. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
    1. стресс
    2. артериальную гипертензию
    3. сахарный диабет
    4. гиперхолестеринемию
51. ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ
    1. пожилого возраста
    2. мужского пола
    3. детского возраста
    4. состоящих в браке
52. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
    1. уменьшение оборота койки и увеличение летальности
    2. увеличение оборота койки и увеличение летальности
    3. уменьшение оборота койки и снижение летальности
    4. увеличение оборота койки и снижение летальности
53. О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ
    1. летальности
    2. количества пролеченных пациентов
    3. среднегодовой занятости койки
    4. оборота койки
54. О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ
    1. расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
    2. средней продолжительности пребывания на койке
    3. среднегодовой занятости койки
    4. оборота койки
55. О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ
    1. послеоперационных осложнений
    2. средней продолжительности пребывания на койке
    3. среднегодовой занятости койки
    4. оборота койки
56. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
    1. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
    2. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
    3. экстренная, неотложная, плановая
    4. по врачебным специальностям
57. К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
    1. экстренная, неотложная, плановая
    2. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
    3. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
    4. по врачебным специальностям
58. К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ УСЛОВИЯ
    1. амбулаторные, стационарные, дневного стационара, вне медицинской организации
    2. первичные медико-санитарные, специализированные, паллиативные
    3. экстренные, неотложные, плановые
    4. разной степени комфортности
59. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ, РЕГЛАМЕНТИ-РУЮТСЯ
    1. порядками
    2. стандартами
    3. рекомендациями
    4. нормативами
60. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ РАБОТЫ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫДАЧЕ, ХРАНЕНИЮ И УЧЕТУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НЕСЕТ
    1. главный врач
    2. зам. главного врача по клинико-экспертной работе
    3. старшая медсестра
    4. врач-статистик
61. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ – ЭТО ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. определение сроков и степени нетрудоспособности пациента
    2. оценка состояния здоровья пациента
    3. установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
    4. перевод на облегченные условия труда
62. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ
    1. лечащего врача
    2. главного внештатного специалиста МЗ РФ
    3. эксперта бюро медико-социальной экспертизы
    4. главного врача медицинской организации
63. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ
    1. врачебной комиссии медицинской организации
    2. главного внештатного специалиста МЗ РФ
    3. эксперта бюро медико-социальной экспертизы
    4. главного врача медицинской организации
64. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ
    1. листок нетрудоспособности
    2. медицинская карта стоматологического больного
    3. страховой медицинский полис
    4. листок ежедневного учета врача-стоматолога
65. ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ
    1. поликлиник
    2. домов отдыха
    3. подстанций скорой помощи
    4. бюро судебно-медицинской экспертизы
66. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ
    1. паспорт
    2. страховой медицинский полис
    3. медицинскую карту амбулаторного больного
    4. письменное разрешение главврача поликлиники
67. СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ
    1. справка установленной формы
    2. листок нетрудоспособности
    3. справка произвольной формы
    4. выписной эпикриз
68. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
    1. врачебная комиссия
    2. главный врач
    3. заведующий отделением
    4. комиссия по трудовым спорам
69. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ
    1. врачебная комиссия
    2. консилиум специалистов
    3. лечащий врач
    4. главный врач
70. В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБ-НОСТИ ВЫДАЕТСЯ С \_\_\_\_\_\_ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
    1. первого
    2. пятого
    3. десятого
    4. пятнадцатого
71. В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ
    1. лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
    2. все врачи, прошедшие обучение по вопросам ЭВН
    3. любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением
    4. главный врач, представитель ФОМС, старшая медсестра отделения
72. УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ В
    1. стандарты медицинской помощи
    2. порядки оказания медицинской помощи
    3. протоколы ведения пациентов
    4. клинические рекомендации
73. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО \_\_\_\_ ДНЕЙ
    1. 15
    2. 20
    3. 7
    4. 5
74. ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО \_\_\_\_ ДНЕЙ
    1. 15
    2. 5
    3. 20
    4. 7
75. ФЕЛЬДШЕРАМ И ЗУБНЫМ ВРАЧАМ РАЗРЕШЕНО ВЫДАВАТЬ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО \_\_\_ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
    1. 10
    2. 3
    3. 7
    4. 15
76. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНИМ ОФОРМЛЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ГЕРБОВОЙ ПЕЧАТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ ВИЗИРУЕТСЯ
    1. главным врачом (или его заместителем)
    2. представителем ФОМС
    3. представителем органов социальной защиты населения
    4. представителем профессиональной медицинской организации
77. К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ
    1. 15
    2. 10
    3. 5
    4. 30
78. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ
    1. листок нетрудоспособности с отметкой
    2. справка о нетрудоспособности
    3. справка произвольной формы
    4. выписной эпикриз
79. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ
    1. листок нетрудоспособности
    2. справка произвольной формы
    3. справка установленной формы
    4. выписной эпикриз
80. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ
    1. врачебная комиссия
    2. заведующий отделением
    3. врач, прошедший обучение по ЭВН
    4. главный врач и его заместители
81. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ
    1. некоммерческими
    2. государственными казенными
    3. государственными бюджетными
    4. коммерческими
82. АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
    1. рентабельность
    2. доход
    3. прибыль
    4. выручка
83. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
    1. объем соответствующего вида медицинской помощи
    2. протоколы ведения пациентов
    3. стандарты медицинской помощи
    4. порядки оказания медицинской помощи
84. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
    1. базовую программу ОМС
    2. протоколы ведения пациентов
    3. стандарты медицинской помощи
    4. порядки оказания медицинской помощи
85. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
    1. соответствующий вид медицинской помощи
    2. протоколы ведения пациентов
    3. стандарты медицинской помощи
    4. порядки оказания медицинской помощи
86. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
    1. подушевой норматив финансирования здравоохранения
    2. протоколы ведения пациентов
    3. стандарты медицинской помощи
    4. порядки оказания медицинской помощи
87. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ
    1. социальной защиты интересов населения в охране здоровья
    2. охраны жизни, трудоспособности человека
    3. ответственности за неисполнение рекомендаций врача
    4. обязательств по представлению пособий по нетрудоспособности
88. ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ
    1. федеральном
    2. региональном
    3. муниципальном
    4. областном
89. МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ
    1. федеральном
    2. региональном
    3. муниципальном
    4. областном
90. ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ
    1. страховой медицинский полис
    2. справка о том, что он застрахован
    3. расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение
    4. договор обязательного медицинского страхования
91. ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ
    1. гражданин РФ
    2. юридическое лицо
    3. страховое учреждение
    4. медицинская организация
92. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. орган исполнительной власти субъектов РФ
    2. организация или индивидуальный предприниматель
    3. страховое учреждение
    4. медицинская организация
93. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. организация или индивидуальный предприниматель
    2. орган исполнительной власти субъектов РФ
    3. страховое учреждение
    4. медицинская организация
94. ЦЕЛЬЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. гарантирование гражданам медицинской помощи за счет накопленных средств при возникновения страхового случая
    2. усиление ответственности медицинских работников в повышении качества медицинской помощи
    3. сохранение и укрепление здоровья населения
    4. упорядочение отчетности медицинских организаций
95. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ – ЭТО
    1. формализованная программа действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг
    2. последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для определенной нозологии
    3. набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания
    4. специальная программа профилактических мероприятий для конкретной нозологии
96. ОТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИСЛЯЮТ В ФОНДЫ ОМС (%)
    1. 5,1
    2. 3,1
    3. 2,1
    4. 1,1
97. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС ИМЕЕТ СИЛУ
    1. на всей территории РФ
    2. только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
    3. только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
    4. на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан
98. ЦЕЛЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. разработка мер профилактики и оценка их эффективности
    2. изучение распространения заболеваний по группам населения
    3. реформирование системы здравоохранения
    4. анализ демографических показателей
99. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ
    1. федеральном
    2. региональном
    3. муниципальном
    4. областном
100. ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
     1. трудовым договором (контрактом)
     2. решением местной администрации
     3. постановлением собрания трудового коллектива
     4. распоряжением главного врача
101. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕСЕТ
     1. медицинская организация
     2. медицинский работник
     3. органы управления здравоохранения
     4. местная администрация
102. ЕСЛИ РУКОВОДИТЕЛЬ СОВЕТУЕТСЯ С ПОДЧИНЕННЫМИ, ИСПОЛЬЗУЯ ИХ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ – ЭТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СТИЛЬ РУКОВОДСТВА
     1. демократический
     2. либеральный
     3. авторитарный
     4. иерархический
103. ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕННЫМ С
     1. момента подписания договора
     2. момента перечисления СМО аванса МО
     3. момента получения от МО списка застрахованных
     4. момента получения СМО и МО лицензии
104. ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ПОДЛЕЖИТ
     1. все население
     2. детское население
     3. население со стойкой утратой трудоспособности (инвалиды)
     4. работающее население
105. ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ
     1. государства
     2. страховых медицинских организаций
     3. предприятий, организаций
     4. фонда социального страхования населения РФ
106. К ПОКАЗАТЕЛЯМ СТАТИСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ
     1. нагрузки врача-терапевта на приеме в поликлинике
     2. младенческой смертности
     3. общей заболеваемости
     4. инвалидности
107. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
108. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ (ПУЛЬПИТ И ПЕРИОДОНТИТ) С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
109. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЕМОВ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
110. ПОКАЗАТЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ – ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ
     1. числа проведенных хирургических операций к числу больных, выбывших из хирургического отделения
     2. числа прооперированных больных к числу больных, выбывших из хирургического отделения
     3. числа прооперированных больных к числу больных, выписанных из хирургического отделения
     4. числа проведенных хирургических операций к числу больных, выписанных из хирургического отделения
111. ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК» ОТНОСИТСЯ К ТИПУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
     1. качественному
     2. ресурсному
     3. финансовому
     4. интегральному
112. С ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ РАБОТАЮТ НА УРОВНЕ
     1. медицинской организации
     2. муниципального образования
     3. субъекта РФ
     4. Минздрава РФ
113. С ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ЕЖЕДНЕВНО РАБОТАЕТ
     1. лечащий врач
     2. заместитель главного врача
     3. главный врач
     4. врач-статистик
114. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЪЕМА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ ЧИСЛО
     1. посещений за год
     2. посещений на одного врача
     3. врачей на 10000 жителей
     4. врачебных посещений на 1 жителя
115. РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ
     1. государственный
     2. внутренний
     3. ведомственный
     4. общественный
116. УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. стандарты медицинской помощи
     2. порядки оказания медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
117. УСРЕДНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕ-НИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. стандарты медицинской помощи
     2. порядки оказания медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
118. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИН-СКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. порядки оказания медицинской помощи
     2. стандарты медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
119. ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ – ЭТО
     1. наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
     2. наделение какого-либо лица определенной свободой действий
     3. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
     4. полное снятие ответственности с лица, выполняющего действия
120. ЕСЛИ РУКОВОДИТЕЛЬ ПРИНИМАЕТ РЕШЕНИЯ ЕДИНОЛИЧНО, А ИНИЦИАТИВА ПОДЧИНЕННЫХ НЕ ОДОБРЯЕТСЯ, ТАКОЙ СТИЛЬ РУКОВОДСТВА НАЗЫВАЕТСЯ
     1. авторитарный
     2. либеральный
     3. демократический
     4. иерархический
121. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
122. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНЕСТЕТИКОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА (НОВОКАИН, ЛИДОКАИН И ДР.) НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
123. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СНЯТИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ РУЧНЫМ СПОСОБОМ НА ПРИЕМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
124. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
     1. ОМС
     2. ДМС
     3. бюджетов субъектов РФ
     4. Федерального бюджета
125. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ \_\_\_\_\_\_ХАРАКТЕРА
     1. обязательного
     2. рекомендательного
     3. законодательного
     4. ознакомительного
126. СТАНДАРТЫ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. порядки оказания медицинской помощи
     2. стандарты медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
127. ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИН-СКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЕ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧ1) ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. порядки оказания медицинской помощи
     2. стандарты медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
128. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В
     1. порядки оказания медицинской помощи
     2. стандарты медицинской помощи
     3. протоколы ведения пациентов
     4. клинические рекомендации
129. НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ
     1. общественного контроля
     2. государственного контроля
     3. внутреннего контроля
     4. ведомственного контроля
130. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, – ЭТО
     1. медицинская помощь
     2. медицинская услуга
     3. медицинское вмешательство
     4. медицинская манипуляция
131. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ – ЭТО
     1. медицинская услуга
     2. медицинская помощь
     3. медицинская деятельность
     4. медицинская манипуляция
132. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
     1. является обязательным условием медицинского вмешательства
     2. оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи
     3. дается в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей
     4. дается пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи
133. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
     1. скорая
     2. экстренная
     3. неотложная
     4. плановая
134. ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
     1. плановая
     2. первичная медико-санитарная
     3. стационарная
     4. скорая
135. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ
     1. специализированной
     2. скорой
     3. паллиативной
     4. первичной медико-санитарной
136. СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ
     1. скорой
     2. специализированной
     3. паллиативной
     4. первичной медико-санитарной
137. ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ
     1. федеральном
     2. международном
     3. муниципальном
     4. частном
138. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ ПО
     1. нозологиям
     2. моделям пациентов
     3. возрасту
     4. полу
139. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ЭТО
     1. комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья
     2. комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
     3. набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
     4. сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания
140. ЦЕНА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ
     1. себестоимости и прибыли
     2. расходов и рентабельности
     3. доходов и расходов
     4. затрат на оказание услуги
141. НОРМА НАГРУЗКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА – ЭТО
     1. регламентированный объѐм работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени
     2. затраты рабочего времени на конкретную работу
     3. установленная численность работников для выполнения конкретной работы
     4. рекомендуемый норматив численности персонала
142. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
     2. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
     3. функция врачебной должности
     4. количество посещений поликлиники в день
143. ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ
     1. доля населения, нуждающегося в госпитализации
     2. число коек на определенную численность населения
     3. доля госпитализированных за год больных
     4. число врачебных должностей стационара на определенную численность населения
144. ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТ ОПЛАЧИВАЕТ
     1. дополнительные и сервисные услуги
     2. скорою и неотложную медицинскую помощь
     3. медицинскую помощь по программе ОМС
     4. стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях
145. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО
     1. степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
     2. улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
     3. степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
     4. строгое соблюдение стандартов медицинской помощи
146. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ В ТЕЧЕНИЕ РЯДА ЛЕТ И ЕЖЕГОДНО ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ, ВОЙДЕТ В СТАТИСТИКУ
     1. общей заболеваемости
     2. первичной заболеваемости
     3. патологической пораженности
     4. профессиональной заболеваемости
147. В ДИСПАНСЕР СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПРОФИЛЯ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВАЖНЕЙШЕМ НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
     1. 1 месяца
     2. 3 недель
     3. 1 недели
     4. 2 дней
148. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании
     2. журнал регистрации инфекционных заболеваний медицинской организации
     3. отчет ежемесячный и годовой о числе инфекционных заболеваний
     4. отчет о заболеваниях активным туберкулезом
149. К КАКОМУ ВИДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
     1. к общей заболеваемости
     2. к заболеваемости неэпидемическими заболеваниями
     3. к заболеваемости эпидемическими заболеваниями
     4. к госпитализированной заболеваемости
150. ИМПЛАНТАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
     1. узкоспециализированной
     2. квалифицированной
     3. специализированной
     4. неотложной
151. МОЩНОСТЬ БОЛЬНИЦЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
     1. числом коек
     2. числом работающих врачей
     3. фондом заработной платы
     4. числом обращений пациентов
152. ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДИЦИН-СКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СОВМЕСТНО С ПАЦИЕНТОМ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ
     1. добровольное информированное согласие
     2. амбулаторную карту пациента
     3. листок нетрудоспособности
     4. талон пациента, получаюшего помощь в амбулаторных условиях
153. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
     1. медицинская карта стоматологического больного (формы №043/у)
     2. листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врач1) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма №037/у-88)
     3. контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у)
     4. журнал учета профилактических осмотров полости рта (форма №049/у)
154. СОГЛАСНО ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПРИ СТОМАТОЛОГИ-ЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯ-ТИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ, ПРОВОДЯТСЯ С КРАТНОСТЬЮ
     1. 1 раз в год
     2. 2 раза в год
     3. ежеквартально
     4. по потребности
155. ДЕТСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ РАБОТАЮТ ПО МЕТОДУ
     1. плановой санации
     2. профилактических мероприятий
     3. ранней диагностики и радикального лечения при островоспалительных процессах
     4. санации полости рта у всего декретированного населения
156. ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗА-ЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТВЕЧАЕТ
     1. главный врач
     2. главная медсестра
     3. врач-эпидемиолог
     4. заместитель главного врача по лечебной работе
157. ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О
     1. стоматологическом статусе населения
     2. динамике демографических процессов в регионе
     3. состоянии окружающей среды
     4. имеющемся персонале и материальных ресурсах
158. «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО» (Ф. №030/У) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗА-ЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ
     1. учетным
     2. юридическим
     3. диагностическим
     4. отчетным
159. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ СТРАХОВАНИЯ
     1. социального
     2. индивидуального
     3. коллективного
     4. дополнительного
160. ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ– ЭТО
     1. система государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение возникновения стоматологических заболеваний и сохранение стоматологического здоровья населения
     2. система мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения
     3. комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний
     4. комплекс мер, включающих диагностику заболеваний и динамическое наблюдение
161. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО
     1. система государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды
     2. система мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического статуса путем сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области, в основном, методом замещения
     3. комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и осложнений заболеваний
     4. система мероприятий, направленных на лечение стоматологических заболеваний
162. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
     1. эпидемиологического обследования населения
     2. плановой санации полости рта
     3. диспансеризации населения
     4. осмотров по обращаемости
163. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ - ЭТО
     1. специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива индивидуума и общества в целом
     2. специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение готовности платить за медицинскую помощь коллектива индивидуума и общества в целом
     3. специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью увеличение "индекса здоровья"
     4. специальная область науки и здравоохранения, изучающая поведение людей в состоянии предболезни
164. ОБЕСПЕЧИТЬ БЕЗОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАНЫ
     1. администрация стоматологической медицинской организации
     2. служба МЧС
     3. страховая медицинская организация
     4. муниципальные органы управления здравоохранением
165. ПРИ ВЗЯТИИ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ ПАЦИЕНТА ВРАЧСТОМАТОЛОГ ДОЛЖЕН ОФОРМИТЬ
     1. контрольную карту диспансерного наблюдения (форма №030/у), медицинскую карту стоматологического больного (форма №043/у)
     2. листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врач1) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма 037/у-88)
     3. направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма 028/у)
     4. медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у)
166. РЕАБИЛИТАЦИЯ – ЭТО
     1. комплекс медицинских, педагогических, профессиональных, психологических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности лиц с ограниченными в результате перенесенных заболеваний и травм физическими и психическими возможностями
     2. комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности лиц с ограниченными возможностями
     3. воздействие на психическую сферу, направленное на преодоление в сознании инвалида представления о бесполезности лечения
     4. система и процесс восстановления способности инвалида к общественной и семейно-бытовой деятельности
167. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО
     1. система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий
     2. система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение заболеваний
     3. метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов (здоровых и больных) населения с целью раннего выявления заболеваний, проведения мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности
     4. система мер, направленных на предупреждение рецидивов, обострений и осложнений уже имеющихся заболеваний
168. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ СОСТАВЛЯЕТ (ДНИ)
     1. 10
     2. 15
     3. 3
     4. 30
169. К ДОЛГОЖИТЕЛЯМ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСЯТСЯ ЛЮДИ \_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ
     1. старше 90
     2. 45-59
     3. 60-75
     4. старше 100 т
170. К КАТЕГОРИИ ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОТНЕСТИ ЛЮДЕЙ \_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ
     1. 75-89
     2. 90 и больше
     3. 60-74
     4. 50-59 л
171. К КАТЕГОРИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОТНЕСТИ ЛЮДЕЙ \_\_\_\_\_\_\_ ЛЕТ
     1. 60-75
     2. 76-90
     3. 50-60
     4. 40-49
172. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ЛЮДИ СТАРШЕ 75 ЛЕТ СЧИТАЮТСЯ
     1. старыми
     2. долгожителями
     3. пожилыми
     4. зрелыми
173. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ СЕЛЬСКОЕ И ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ ОДНОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В КОЛИЧЕСТВЕ (ЧЕЛОВЕК)
     1. 50
     2. 25
     3. 75
     4. 100
174. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
     1. 1 раз в 5 лет
     2. 1 раз в год
     3. 2 раза в год
     4. 1 раз в 10 лет
175. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТО-ЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ ВОЗМОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ И НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ
     1. временных зубов
     2. первых постоянных моляров
     3. пародонта
     4. слизистой оболочки полости рта
176. ПЕРВИЧНЫМ ОБРАЩЕНИЕМ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ СЧИТАЕТСЯ ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ
     1. за стоматологической помощью в календарном году независимо от характера обращения
     2. по поводу определенного заболевания в календарном году
     3. по поводу определенного заболевания в любое из стоматологических отделений в календарном году
     4. с целью планового осмотра в календарном году
177. ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ ЗУБОВ И ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВИДУ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
     1. третичному
     2. первичному
     3. вторичному
     4. реабилитационному

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