

Стоматология хирургическая (ВО) Первая категория

1. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость
- в) инвалидность
- г) демографические показатели

2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на:

- а) один год
- б) один год и на плановый период последующих двух лет
- в) три года
- г) пять лет

3. Есть ли у пациента право выбрать лечащего врача в учреждении здравоохранения?

- а) есть, но в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования
- б) есть, но только при получении платных медицинских услуг
- в) есть всегда
- г) нет

4. Медицинская этика это:

- а) философская модель, изучающая мораль, нравственность
- б) учение о роли нравственных начал в деятельности медицинских работников;
- в) учение о должном
- г) совокупность соответствующих морально-этических и правовых принципов и правил, которыми должны руководствоваться медицинские работники

5. Медицинская деонтология это:

- а) философская дисциплина, изучающая мораль, нравственность
- б) учение о роли нравственных начал в деятельности медицинских работников
- в) учение о должном
- г) совокупность соответствующих морально-этических и правовых принципов и правил,

которыми должны руководствоваться медицинские работники;

6. Медицину и этику объединяет:

- а) человек как предмет изучения
- б) методы исследования
- в) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- г) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им

7. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

- а) профилактических осмотров
- б) эпидемиологического стоматологического обследования;
- в) профилактических мероприятий
- г) осмотров населения в поликлинике

8. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей
- г) четкую работу регистратуры

9. Стоматологический кабинет должен иметь минимальную площадь:

- а) 7 м²
- б) 14 м²;
- в) 21 м²
- г) 18 м².

10. Врач-стоматолог ежедневно заполняет документацию:

- а) медицинская карта — учетная форма 043/у;
- б) медицинская карта — учетная форма 025/у;
- в) контрольная карта диспансерного наблюдения — учетная форма 030/у
- г) все перечисленное верно.

11. Зубную формулу в медицинскую карту стоматологического больного (учетная

форма 043/у) заносят:

- а) при первичном обращении в стоматологическую поликлинику;
- б) при повторном посещении больного;
- в) после санации;
- г) при подготовке выписки из медицинской карты.

12. Имеет ли право пациент ознакомиться с медицинской документацией (историей болезни, амбулаторной картой, результатами исследований и др.)?

- а) имеет
- б) имеет, но только по разрешению заведующего отделением или руководителя медицинского учреждения
- в) имеет, но только при оказании платных медицинских услуг или медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования
- г) не имеет

13. Имеет ли право лечащий врач отказать больному в предоставлении полной информации о состоянии его здоровья?

- а) не имеет
- б) имеет, если прогноз развития заболевания неблагоприятный
- в) имеет, если это делается в интересах больного
- г) имеет, если это делается по просьбе родных больного и в его интересах

14. Контроль правильности заполнения медицинской карты (учетная форма 043/у) проводит:

- а) медрегистратор;
- б) заведующий отделением;
- в) главный врач;
- г) все перечисленное верно.

15. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- а) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи
- б) медицинский работник
- в) законный представитель гражданина

г) все вышеперечисленные

16. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

а) не чаще чем два раза в год

б) не чаще чем один раз в год;

в) не чаще одного раза в 2 года.

г) не имеет права

17. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.09.2020г. N925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа»;

б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. N514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»

в) приказом ФСС РФ N18, Минздрава РФ N29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

г) нет правильного ответа

18. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.09.2020г. N925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа»

б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. No347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;

в) приказом ФСС РФ No18, Минздрава РФ No29 от 29.01.2004г. «Об утверждении и Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

г) нет правильного ответа

19. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.09.2020г. N925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования

листов нетрудоспособности в форме электронного документа»

б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»

в) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении «Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

г) нет правильного ответа

20. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

а) интубационная

б) проводниковая

в) эпидуральная

г) внутривенная

21. Подъязычный нерв иннервирует:

а) зубы верхней челюсти

б) слизистую оболочку неба

в) слизистую оболочку десны с язычной стороны

г) нижнюю губу и кожу подбородочной области

22. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

а) гематома

б) коллапс

в) обморок

г) анафилактический шок

23. Местным осложнением при обезболивании является:

а) обморок

б) контрактура нижней челюсти

в) анафилактический шок

г) коллапс

24. Вазоконстрикторы вызывают:

а) расширение сосудов

- б) сужение сосудов
- в) гиперемиию кожных покровов
- г) парестезии

25. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия:

- а) большого небного
- б) резцового
- в) подбородочного
- г) нижнечелюстного

26. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

- а) щечного, нижнелуночкового, язычного.
- б) носонебного, нижнелуночкового, подбородочного
- в) щечного, нижнелуночкового, небного
- г) нижнелуночкового, небного

27. Удаление 3.7 и 4.7 зуба наиболее эффективно под анестезией:

- а) мандибулярной
- б) туберальной
- в) щечной и ментальной
- г) торусальной

28. Удаление 1.2 и 2.2 зубов эффективно проводить под анестезией:

- а) инфильтрационной с вестибулярной стороны
- б) инфильтрационной с вестибулярной стороны и резцовой
- в) инфраорбитальной
- г) туберальной

29. Мандибулярной анестезией выключают нервы:

- а) щечный и язычный
- б) язычный и нижнеальвеолярный
- в) ушно-височный и щечный
- г) средние верхние альвеолярные ветви

30. Торусальной анестезией выключают нервы:

- а) язычный, нижнелуночковый, щечный
- б) задние верхние альвеолярные ветви
- в) средние верхние альвеолярные ветви
- г) щечный и нижнеальвеолярный

31. При удалении шестого зуба нижней челюсти производят первое движение:

- а) ротацию
- б) ротацию и люксацию
- в) люксацию в язычную сторону
- г) люксацию в щечную сторону

32. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится:

- а) невралгия тройничного нерва
- б) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- в) паротит
- г) луночковое кровотечение

33. Общей причиной кровотечения после удаления зуба является:

- а) острый воспалительный процесс в костной ткани
- б) разрыв десны
- в) гемофилия
- г) отлом альвеолярного края

34. Возможное местное осложнение при удалении зубов на верхней челюсти:

- а) перфорация верхнечелюстной пазухи
- б) перелом мышцелкового отростка
- в) обморок
- г) коллапс

35. Признаком вскрытия дна верхнечелюстной пазухи является:

- а) выделение крови из лунки удаленного зуба
- б) выделение гноя из лунки удаленного зуба

- в) кровотечение из носа
- г) положительная рото-носовая проба

36. Для остановки кровотечения при повреждении мягких тканей применяют:

- а) переливание крови
- б) наложение швов на рану
- в) общую гемостатическую терапию
- г) антикоагулянты внутривенно

37. При вскрытии дна верхнечелюстной пазухи проводят:

- а) промывание раствором антисептика
- б) ушивание лоскутом
- в) тугую тампонаду лунки
- г) аппликацию антибиотиками

38. Причина малой эффективности инфильтрационной анестезии на нижней челюсти:

- а) кортикальная пластинка толстая, малое количество отверстий;
- б) большой мышечный массив вокруг нижней челюсти
- в) богатое кровоснабжение
- г) сложная топография

39. При проведении туберальной анестезии блокируются:

- а) верхние задние альвеолярные нервы;
- б) крылонебный узел
- в) большой небный нерв
- г) верхние средние альвеолярные нервы

40. Метод лучевой диагностики, позволяющий исследовать состояние мягких тканей ВНЧС:

- а) томография;
- б) магнито-резонансная томография;
- в) компьютерная томография;

г) рентгенография.

41. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии

а) тризм жевательных мышц

б) околоушный гипергидроз

в) боль, ограничение открывания рта

г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

42. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать

а) с острым отитом

б) с острым гайморитом

в) с околоушным гипергидрозом

г) с переломом верхней челюсти

43. Что такое флегмона:

а) острое гнойное разлитое воспаление клетчатки;

б) хроническое гнойное воспаление клетчатки;

в) ограниченное воспаление клетчатки;

г) специфическое воспаление клетчатки.

44. В день обращения при остром одонтогенном периостите челюстей необходимо:

а) вскрыть гнойный очаг

б) удалить зуб

в) решить вопрос о «причинном» зубе, провести периостотомию;

г) назначить физиотерапевтическое лечение.

45. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе:

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подбородочной области по средней линии

в) слизистой и надкостницы по переходной складке;

г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти.

46. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается:

- а) в подвижности всех зубов на челюсти
- б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- в) в ознобе, подвижности зубов, «муфтообразном» инфильтрате альвеолярного отростка;
- г) в положительном симптоме нагрузки, симптоме "ступеньки".

47. Подъязычный нерв иннервирует:

- а) зубы верхней челюсти
- б) слизистую оболочку неба
- в) слизистую оболочку десны с язычной стороны
- г) нижнюю губу и кожу подбородочной области

48. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии:

- а) удаляют иглу
- б) делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки
- в) проводят повторную анестезию
- г) госпитализируют больного

49. Наиболее часто используемый метод исследования при травматических повреждениях челюстно-лицевой области

- а) цитологический
- б) гистологический
- в) рентгенологический
- г) УЗИ

50. Наиболее часто используемый метод обследования слюнных желез по поводу слюнно-каменной болезни

- а) рентгенологический с наливкой железы
- б) рентгенологический без наливки железы
- в) цитологическое исследование
- г) компьютерная томография

51. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

52. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

53. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

- а) дуга Энгля
- б) остеосинтез
- в) метод Адамса
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

54. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

55. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти:

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- г) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

56. Характерный симптом при двустороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти:

- а) открытый прикус

- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

57. Какие щипцы применяются для удаления верхних малых коренных зубов с сохранившейся коронкой?

- а) S-образные с шипиками
- б) S –образные с гладкими не сходящимися щечками
- в) прямые щипцы
- г) специальные, типа байонетов

58. Больной сидит прямо, подбородок приведен к низу, нижняя челюсть на уровне локтевого сустава врача, врач сзади и справа. При удалении, каких зубов используется данное положение?

- а) нижние моляры слева
- б) все зубы на верхней челюсти
- в) все нижние премоляры
- г) нижние премоляры и моляры справа

59. Все признаки щипцов названы правильно, кроме:

- а) признак изгиба ручек
- б) признак смыкания щечек
- в) признак стороны
- г) признак длины ручек

60. S-образными щипцами с шипом удаляют:

- а) резцы
- б) 3-моляры
- в) моляры верхней челюсти
- г) премоляры верхней челюсти

61. Байонетными (штыковидными) щипцами удаляют:

- а) резцы нижней челюсти
- б) премоляры нижней челюсти

в) моляры верхней челюсти

г) корни верхней челюсти

62. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

а) синусит

б) альвеолит

в) остеомиелит

г) гипертонический криз

63. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти называются:

а) прямые щипцы

б) иглодержатель

в) клювовидные щипцы с шипом

г) клювовидные сходящиеся щипцы

64. Для ортогнатического прикуса характерно следующее взаимоотношение передних зубов (при сомкнутых зубных рядах):

а) верхние передние зубы перекрывают нижние приблизительно на величину $1/3$ длины их коронки;

б) верхние передние зубы перекрывают нижние, на величину более $1/2$ длины их коронки

в) верхние и нижние передние зубы контактируют встык своими режущими краями

г) передние зубы не контактируют, в вертикальной плоскости между ними выявляется щель.

65. Для глоссалгии, развивающейся на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, характерны:

а) боли в области кончика и боковых поверхностей передних $2/3$ языка, исчезающие во время приема пищи

б) боли в области кончика и боковых поверхностей передних $2/3$ языка, усиливающиеся во время приема пищи

в) боли в области задней трети языка, повышенная чувствительность к горькому

г) диффузные боли в языке, усиливающиеся при глотании.

66. Для клинической картины опоясывающего лишая, локализующегося в челюстно-лицевой области не характерно:

- а) наличие невралгических болей за 24-48 часов до появления высыпаний
- б) двусторонний характер поражения;
- в) пузырьковые высыпания, локализующиеся по ходу расположения основных стволов тройничного нерва
- г) после вскрытия пузырьков образуются эрозии с фестончатым краем, покрытые пиогенными корками.

67. Для клинической картины язвенно-некротического стоматита Венсана характерно:

- а) некроз, преимущественно в области десневого края, начинающийся с вершин межзубных сосочков и постепенно вовлекающий в процесс прилегающую слизистую оболочку;
- б) диффузное разрастание десен
- в) появление эрозий округлой формы, окруженных венчиком гиперемии
- г) появление участков ороговения с четкими краями, не возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой.

68. Симптом нагрузки при переломе верхней челюсти (симптом Герена) определяется давлением:

- а) на основание альвеолярного отростка (части) верхней челюсти в области фронтального отдела
- б) за бугор верхней челюсти в проекции крыловидного отростка;
- в) на подбородок при сомкнутых зубных рядах
- г) на переносицу в направлении сверху вниз.

69. Перелом верхней челюсти по среднему типу (Ле Фор II) проходит:

- а) от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
- б) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
- в) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скулолобного шва;
- г) от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо.

70. При переломе верхней челюсти характерным является появление кровоизлияний в параорбитальную клетчатку, появляющихся:

- а) в первые часы после травмы;
- б) спустя сутки после травмы
- в) спустя неделю после травмы
- г) спустя месяц после травмы.

71. Дистопированный зуб - это:

- а) непрорезавшийся зуб
- б) частично прорезавшийся зуб
- в) зуб, расположенный вне зубной дуги;
- г) сверхкомплектный зуб.

72. Для флегмоны окологлоточного пространства характерна следующая клиническая картина:

- а) острое начало, резкие боли при глотании, высокая температура, гиперемия зева, увеличенные, болезненные лимфатические узлы шеи с обеих сторон
- б) острое начало, высокая температура, резко выраженное ограничение открывания рта, инфильтрат в области угла нижней челюсти на стороне поражения, передняя небная дужка смещена медиально, сильные боли при глотании;
- в) постепенное развитие заболевания в течении 2-3 суток, образование болезненного инфильтрата в задних отделах поднижнечелюстной области, субфебрильная температура, сухость во рту, умеренно выраженные боли при глотании
- г) острое начало, высокая температура, движения языка резко болезненны, инфильтрация подъязычной области, язык приподнят, боли при глотании.

73. Для изолированного перелома скуловой кости со смещением отломков характерно:

- а) кровотечение из носа и нарушение прикуса
- б) нарушение прикуса и затрудненное открывание рта
- в) затрудненное открывание рта и кровотечение из носа;
- г) нарушение прикуса и боли при глотании.

74. При каких переломах костей средней зоны лица происходит повреждение костей орбиты

- а) при переломе нижней челюсти по нижнему типу (Ле Фор I)
- б) при переломе нижней челюсти по среднему типу (Ле Фор II);

в) при вертикальном типе перелома верхней челюсти (Герену)

г) при переломе альвеолярной части верхней челюсти.

75. Кровотечение из наружного слухового прохода отмечается при переломах нижней челюсти в области:

а) мышечкового отростка;

б) венечного отростка

в) угла

г) альвеолярной части.

76. Прогрессирующее ограничение открывания рта характерно для:

а) ангины

б) перикоронита

в) абсцесса твердого неба

г) хронического рецидивирующего герпеса.

77. Найдите ошибку: показанием для наложения проволочных назубных шин являются:

а) переломы тела нижней челюсти

б) переломы альвеолярной части нижней челюсти

в) переломы верхней челюсти

г) переломы скуловой кости.

78. Характерными местными клиническими признаками актиномикоза челюстно-лицевой области являются:

а) наличие малоболезненного инфильтрата деревянистой плотности, истончение, цианоз кожных покровов над ним, наличие свищевых ходов с характерным крошковидным гнойным отделяемым;

б) стремительное развитие заболевания, быстро нарастающий болезненный инфильтрат мягких тканей, гиперемия кожи над ним, в центре определяется участок размягчения, флюктуации; общее состояние пациента ухудшается за счет интоксикации

в) сильные приступообразные боли, иррадиирующие по ходу одной или нескольких ветвей тройничного нерва; появление пятен гиперемии, на фоне которых возникают пузыри с мутным содержимым; поражение носит односторонний характер

г) появление очагов повышенного ороговения на слизистой оболочке полости рта с четкими границами, возвышающихся над окружающими тканями; больные испытывают

чувство стянутости, неловкости в области очагов поражения; болей нет.

79. Гигантоклеточный эпюлид представляет собой:

- а) разрастание десен воспалительного характера
- б) кавернозную форму костной гемангиомы
- в) периферическую форму остеобласткlastомы;
- г) фиброму с локализацией в области альвеолярного гребня.

80. Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:

- а) вправление зуба и иммобилизация
- б) после вправления зуба экстирпацию пульпы
- в) операция реплантация;
- г) электроодонтометрия

81. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа при пародонтите:

- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки;
- б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками
- в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов
- г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков

82. Целью кюретажа при пародонтите является:

- а) удаление грануляционной ткани
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного прижизнения десны к тканям зуба;
- г) удаление участков проросшего эпителия десны

83. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в линии перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов:

- а) удаление;
- б) консервативное лечение

- в) шинирование быстротвердеющей пластмассой
- г) шинирование лигатурной проволокой

84. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:

- а) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
- б) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов;
- в) язычные поверхности первых постоянных моляров
- г) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов

85. Маловероятной причиной возникновения гипертонического криза является:

- а) гипертоническая болезнь
- б) поражения почек
- в) поражение ЦНС
- г) поражение системы крови;

86. У пациента наблюдается быстрое повышение АД, резкая головная боль, рвота, дрожь во всем теле, тахикардия. Имеет место:

- а) приступ стенокардии
- б) коллапс
- в) гипогликемия
- г) гипертонический криз;

87. Коронаролитическими свойствами обладает:

- а) анальгин
- б) эуфиллин
- в) кофеин
- г) нитроглицерин;

88. Тахикардия, нарушение ритма, одышка, боль за грудиной с иррадиацией, неэффективность неоднократного приема нитроглицерина свидетельствуют в пользу:

- а) пароксизмальной тахикардии⁴
- б) стенокардии напряжения

- в) стенокардии покоя
- г) инфаркта миокарда;

89. Для клинической картины гипогликемии нехарактерен симптом:

- а) чувства голода
- б) общей слабости; -
- в) влажность кожных покровов
- г) спутанность сознания, вплоть до его потери.

90. Для гипогликемии характерен симптом:

- а) снижение глюкозы крови;
- б) запах ацетона изо рта
- в) глубокое, шумное дыхание
- г) снижение мышечного тонуса

91. Доминирующим симптомом системной анафилаксии является:

- а) диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- б) кардиогенный шок
- в) гипертонический криз
- г) сосудистый коллапс;

92. При остром гнойном периодонтите преобладают микроорганизмы:

- а) аэробы
- б) ассоциации аэробов и факультативных анаэробов
- в) ассоциации аэробов и облигатных анаэробов
- г) ассоциации факультативных и облигатных анаэробов;

93. Наиболее оптимальным для закрытия перфорации корня является:

- а) фосфат-цемент
- б) стеклоиономерные цементы
- в) Pro Root МТА;
- г) препараты на основе гидроокиси кальция.

94. Действие врача при декубитальной язве:

- а) исследование язвы;
- б) прижигание язвы
- в) консультация онколога
- г) биопсия

95. Препараты, используемые для общего лечения глоссалгии:

- а) квадевит, эуфиллин, ацетилсалициловая кислота
- б) Прозерпин, тималин, инъекции витамина В
- в) анальгин, финлепсин, инъекции витамина В12
- г) пентовит, метацил, супрастин

96. Клиническими признаками вторичного сифилиса являются:

- а) пузыри в полости рта, регионарный лимфаденит, сыпь на коже, повышение температуры тела
- б) изолированные эрозивные и белые папулы на слизистой оболочке полости рта и зева, регионарный лимфаденит, сыпь на коже;
- в) пузырьки, мелкоточечные эрозии в полости рта, регионарный лимфаденит, высыпания на коже
- г) группирующиеся голубовато-белые папулы на неизменной слизистой полости рта

97. Клиническими признаками красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта являются:

- а) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка;
- б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии
- в) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемизованном фоне с явлениями мацерации
- г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой

98. Клиническими признаками катарального гингивита являются:

- а) кровоточивость десен
- б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость

десен, отсутствие десневого кармана;

г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов

99. Клиническими признаками фиброзной формы хронического гингивита являются:

а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании

б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы

в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при пальпации, на зубах большое количество налета и зубного камня;

г) наличие глубоких десневых карманов

100. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести:

а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;

б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет

в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба

г) наличие большого количества зубных отложений

101. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет:

а) 2%

б) 0.5%

в) 0.1%

г) 0.02 до 2%.

102. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются:

а) наличие окклюзионной травмы

б) дистопия зубов

в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов;

г) подвижность зубов, дистопия зубов

103. Характерный признак злокачественной опухоли.

- а) капсула
- б) клеточный атипизм;
- в) тканевой атипизм
- г) медленный рост

104. Папиллома развивается из:

- а) фиброзной ткани
- б) грубой волокнистой
- в) железистой
- г) эпителиальной;

105. К облигатным предракам относятся:

- а) лейкоплакия
- б) папиллома
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог

106. К факультативным предракам относятся:

- а) лейкоплакия
- б) папиллома
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог

107. Больным гемофилией перед операцией удаления зуба необходимо назначить:

- а) антибиотики
- б) препараты факторов крови;
- в) аминокaproновую кислоту
- г) ферракрил

108. Наиболее достоверно для диагноза хронического неспецифического паротита:

- а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области
- б) сухость во рту
- в) наличие в анамнезе эпидемического паротита

г) мутная с примесями слюна;

109. Противопоказанием к проведению плановых амбулаторных стоматологических операций является:

- а) гипертоническая болезнь
- б) сахарный диабет
- в) острая вирусная инфекция;
- г) носительство вируса гепатита С

110. Иммуитет это:

- а) способность иммунной системы вырабатывать антитела
- б) способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
- в) способность (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетически чужеродной информации;
- г) способность некоторых клеток уничтожать бактериальные клетки, попадающие из внешней среды

111. Хирургическими методами лечения хронических периодонтитов является:

- а) дренирование около верхушечного очага через корневой канал, удаление зуба, резекция верхушки корня, реплантация
- б) удаление зуба, резекция верхушки корня, гемисекция, реплантация, трансплантация
- в) резекция верхушки корня, реплантация, пломбирование канала и зуба
- г) раскрытие зуба, физиолечение, пломбирование канала

112. Во время лечения 47 зуба по поводу хронического периодонтита произошла перфорация дистального корня. Ваша тактика:

- а) зуб удалить
- б) реплантация
- в) коронно-радикулярная сепарация
- г) трансплантация

113. Противопоказанием для операции реплантации является все, кроме:

- а) подвижность зуба III степени
- б) атрофия альвеолярного отростка с оголением корней зуба на 1/3 длины
- в) наличие сильно искривленных корней

г) сохранение функциональной целостности зуба

114. Типичным клиническим признаком острого периостита челюсти является:

а) подвижность нескольких зубов в зоне воспаления

б) затрудненное открывание рта

в) инфильтрация мягких тканей лица, отек по переходной складке

г) гиперемия, отек, наличие инфильтрата по переходной складке в области 2-3 зубов

115. Оперативное лечение хронического луночкового остеомиелита:

а) секвестрэктомия

б) разрез слизистой по переходной складке

в) мукогингиволастика

г) простая гингивэктомия

116. Больному с одонтогенным остеомиелитом назначена операция секвестрэктомия.

Однако хирург, осмотрев больного накануне, счел ее преждевременной, поскольку еще нет признаков секвестрации. Что это за признаки?

а) прекращение отделяемого из послеоперационной раны

б) возникновение подвижности зубов и усиление гноетечения из раны и свищей

в) рентгенологическая картина угрозы спонтанного перелома и формирования множества секвестров

г) выбухание грануляций из свищей, обильный жидкий гной из свищей, результаты зондирования свищевого хода и рентгенологического исследования

117. Больному выставлен диагноз: Острый одонтогенный остеомиелит челюсти.

Опишите изменения в полости рта больного:

а) подвижность всех зубов на челюсти, болезненная перкуссия зубов

б) воспалительный инфильтрат без четких границ в области альвеолярного отростка, положительный симптом нагрузки, болезненная перкуссия зубов

в) деформация челюсти, симптом Дюпюитрена, боль в челюсти

г) муфтообразное утолщение альвеолярного отростка, гной из под десны, подвижность и болезненная перкуссия зубов

118. К врачу обратился больной 30 лет на следующий день после удаления зуба

"мудрости" на нижней челюсти слева. Жалуется на ноющие боли в области оперативного вмешательства, усиливающиеся во время закрывания рта, приема пищи. Боль появилась через 1,5-2 часа после удаления. При осмотре лицо

симметричное, поднижнечелюстные лимфоузлы болезненны. Рот открывает свободно. Лунка заполнена кровяным сгустком. 37 зуб интактный, перкуссия болезненна. Разрушенных зубов и зубов с кариозной полостью не обнаружено. Ваш предположительный диагноз:

- а) альвеолит 38 зуба
- б) неврит луночкового нерва
- в) травматический периодонтит 37 зуба
- г) перелом нижней челюсти

119. Отделы челюстей, где показано проведение внутрикостной имплантации:

- а) только альвеолярные отростки
- б) только фронтальный отдел верхней челюсти
- в) исключительно фронтальный отдел нижней челюсти
- г) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантаты без риска повреждения определённых анатомических структур

120. Для оценки сократительной функции жевательных мышц следует провести:

- а) рентгенографию
- б) гнатодинамометрию
- в) томографию
- г) термометрию

121. Состояние околоворхушечных тканей зуба оценивается:

- а) осмотром
- б) пальпацией
- в) пробой Кулаженко
- г) рентгенографией

122. Плотность челюстных костей определяется методом:

- а) рентгенографии
- б) остеоденситометрии
- в) гнатодинамометрии
- г) электроодонометрии

123. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического

стоматологического кабинета:

- а) наличие санитарных книжек у сотрудников
- б) результаты бактериологического контроля содержания кабинета;
- в) объём и характер производимых хирургических вмешательств;
- г) результаты азопирамовой пробы.

124. Самое распространённое оперативное вмешательство, проводимое в хирургическом стоматологическом кабинете:

- а) удаление зубов;
- б) взятие биопсии
- в) вскрытие абсцесса
- г) удаление новообразований.

125. Обработка операционного поля при внутриротовых доступах осуществляется:

- а) спиртом 70 градусным
- б) спиртом 96 градусным
- в) раствором антисептиков (хлоргесидин, фурациллин);
- г) лучше ничем не обрабатывать.

126. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится:

- а) физикальный;
- б) биохимический;
- в) цитологический;
- г) иммунологический.

127. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится:

- а) физикальный ;
- б) биохимический ;
- в) гистологический;
- г) ангиографический.

128. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных

новообразований:

- а) ранних симптомов;
- б) препаратов для лечения;
- в) профессиональных вредностей ;
- г) допустимых доз лучевой терапии.

129. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

- а) кератокиста;
- б) корневая киста;
- в) фолликулярная киста;
- г) назоальвеолярная киста.

130. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

- а) вторичная адентия;
- б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица;
- в) хроническая травма слизистой оболочки полости рта;
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета .

131. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- а) болезненным дефектом костной ткани челюсти;
- б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия;
- в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;
- г) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации.

132. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- а) костными изменениями типа "тающего сахара" ;
- б) костными изменениями типа "матового стекла";
- в) деструкцией кости в виде множественных очагов;
- г) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками.

133. Основным методом лечения фиброматоза является:

- а) химиотерапия;
- б) лучевая терапия;
- в) комбинированное;
- г) устранение хронической травмы слизистой оболочки.

134. Основным методом лечения липомы является:

- а) химиотерапия;
- б) криодеструкция;
- в) комбинированное;
- г) иссечение вместе с капсулой.

135. Предраки - это

- а) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты;
- б) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью;
- в) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления;
- г) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица.

136. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- а) прорастание кисты в полость носа;
- б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;
- в) небольшие размеры (до 3 зубов в полости);
- г) большие размеры (более 3 зубов в полости).

137. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

- а) в виде "тающего сахара";
- б) с нечеткими границами в области образования;
- в) в виде нескольких полостей с четкими контурами;
- г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов.

138. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать:

- а) с одонтомой;
- б) с цементомой;

- в) с амелобластомой;
- г) с твердой одонтомой.

139. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) подвижность интактных зубов
- г) парез мимической мускулатуры

140. Аллергические реакции немедленного типа могут развиваться после попадания аллергена в организм:

- а) в течении 4- 5 часов
- б) через 1- 2 суток
- в) в течение 15- 20 минут
- г) через 2-3 часа

141. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- а) 24 часа
- б) 36 часов
- в) до 48 часов
- г) до 72 часов

142. Ранула-это:

- а) Киста подъязычной слюнной железы
- б) Киста подчелюстной слюнной железы
- в) Боковая киста шеи
- г) Срединная киста шеи

143. ПОД ОСТЕОИНТЕГРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ:

- а) внедрение костного отломка в мягкие ткани
- б) процесс репаративного остеогенеза
- в) образование хрящевой ткани между поверхностью имплантата и костью
- г) структурное и функциональное соединение костной ткани челюсти с поверхностью

несущего нагрузку имплантата.

144. В ФАЗЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТИ ПРОИСХОДИТ

- а) образование первичного матрикса на поверхности имплантата
- б) дифференциация костеобразующих клеток из предшественников, осуществляющаяся на поверхности «прекостного» матрикса при регулирующем воздействии факторов роста, поступающих из резорбирующегося матрикса материнской кости
- в) построением юной трабекулярной костной ткани в участках активной остеокластической резорбции недифференцированного костного вещества
- г) замещение незрелых костных структур более зрелыми и адаптация к условиям нагрузок

145. УСИЛИЕ ЗАТЯГИВАНИЕ ВИНТА, ФИКСИРУЮЩЕГО СУПРАСТРУКТУРУ К ИМПЛАНТАТУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) тактильными ощущениями врача
- б) степенью подвижности супраструктуры
- в) инструкциями по применению элементов системы имплантатов
- г) показаниями динамометрического ключа

146. ЭФФЕКТ «ПРОВАЛИВАНИЯ» ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОЖА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) о перфорации верхнечелюстной пазухи
- б) о переломе бора
- в) о повреждении щечно-мезиального корня большого коренного зуба
- г) о повреждении корня клыка

147. МИНИМАЛЬНЫМ РАССТОЯНИЕМ ДО СТЕНКИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) 2 мм
- б) 4 мм
- в) 0,5 мм
- г) 1 мм

148. ПРИ УСТАНОВКЕ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ОН ПОГРУЖАЕТСЯ В КОСТЬ

- а) на уровне альвеолярного гребня
- б) на 1-1,5 мм ниже уровня кости
- в) на 1мм выше уровня кости
- г) на 0,5-1 мм ниже уровня кости

149. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) аномалии прикуса
- б) пародонтит
- в) беременность
- г) заболевания крови и кроветворных органов

150. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие одного из зубов во фронтальном отделе
- б) неудовлетворительная гигиена полости рта
- в) заболевания цнс
- г) односторонний и двухсторонний концевой дефекты зубного ряда

151. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- г) Результат не возвращается в МО, проводившее обследование, направляется в Центр СПИД

152. Метод окончательного подтверждения серопозитивности к ВИЧ:

- а) исследование сыворотки методом ИФА в 2-х тест системах
- б) выявление антигена с помощью иммунофлюоресцентных методов
- в) исследование сыворотки методом иммуноблота|
- г) экспресс тестирование на ВИЧ

153. Работники каких профессий, учреждений подлежат тестированию на ВИЧ при прохождении мед.осмотров:

- а) медперсонал специализированных учреждений по ВИЧ-инфекции, связанный непосредственно с диагностикой, обследованием, лечением, обслуживанием ВИЧ-инфицированных, медперсонал родильных домов, отделений медперсонал хирургических стационаров и режимных кабинетов
- б) инфекционисты, гематологи, медицинский персонал службы крови
- в) сотрудники клиничко – диагностических лабораторий
- г) все медицинские работники вне зависимости от специализации

154. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- а) 124
- б) 120
- в) 125
- г) 118

155. Группы риска граждан для расширения добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию:

- а) Лица, направляемые на оперативные вмешательства
- б) Лица, направляемые на эндоскопические исследования
- в) Женщины, находящиеся в послеродовом периоде
- г) Все медицинские работники при прохождении медицинского осмотра

156. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

- а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА
- б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции
- в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию
- г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

157. Рекомендуются в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

- а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские

учреждения любого профиля

в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности

г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

158. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

а) 112

б) 113

в) 109

г) 118

159. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования

б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД

в) Довести информацию до руководителя подразделения|

г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

160. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего

б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных

в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО

г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД