

Стоматология ортопедическая (ВО) Вторая категория

1. Абсолютным показателем к протезированию является потеря жевательной эффективности по Н.А.Агапову

- а) свыше 10%
- б) 20%
- в) 25%
- г) 50%

2. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами

- а) 1 год
- б) 3 года
- в) 5 лет
- г) 10 лет

3. В поднимании нижней челюсти не участвуют мышцы

- а) собственно жевательная
- б) медиальная крыловидная
- в) верхняя часть височной
- г) латеральная, крыловидная

4. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

- а) клинический
- б) рентгенологический
- в) биометрический
- г) измерение диагностических моделей челюстей

5. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти является

- а) дентальная рентгенография
- б) панорамная рентгенография
- в) ортопантомография
- г) телерентгенография

6. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют следующие методы

- а) измерение высоты нижнего отдела лица
- б) анализ функциональной окклюзии
- в) рентгенологическое исследование
- г) электромиографическое исследование

7. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава

- а) расширение суставной щели
- б) сужение суставной щели
- в) контуры суставной головки нечеткие
- г) деформация костных элементов сустава

8. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава

- а) сужение суставной щели
- б) отсутствие суставной щели
- в) расширение суставной щели
- г) изменение формы костных элементов сустава

9. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

- а) мышечно-суставная дисфункция
- б) артрит
- в) артроз
- г) остеома суставного отростка нижней челюсти

10. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

- а) полукруг
- б) трапеция
- в) треугольник
- г) верхнего - полуэллипс, нижнего – парабола

11. Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
- б) смыкание по 2 классу энгля
- в) каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца, каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим
- г) смыкание по 3 классу энгля

12. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты

- а) имеющие элементы функциональных аппаратов
- б) имеющие элементы механических аппаратов
- в) имеющие элементы функциональных и механических аппаратов
- г) имеющие резиновую тягу

13. Функциональными называются аппараты

- а) действующие при активации винта
- б) действующие при наложении резиновой тяги
- в) действующие при активации проволоки
- г) действующие при сокращении мускулатуры

14. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и(или) оральная поверхности зубов, называется

- а) декомпенсированная
- б) вертикальная
- в) компенсированная
- г) горизонтальная

15. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено

- а) смещением нижней челюсти
- б) ростом альвеолярного отростка челюстей
- в) височно-нижнечелюстного сустава
- г) выдвиганием зубов

16. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

- а) пломб
- б) вкладок
- в) культевых коронок
- г) штампованных коронок

17. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо

- а) изготовить диагностические модели
- б) измерить разницу между внол при физиологическом покое и в цо
- в) провести рентгенологическое исследование зубов
- г) провести ЭОД

18. При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится

- а) в один этап
- б) в два этапа
- в) в три этапа
- г) в пять этапов

19. Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно

- а) сразу же после окончания курса лечения
- б) через 6-8 месяцев
- в) спустя год после проведения курса лучевой терапии
- г) при нормальной (клинический анализ) картине крови

20. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител
- г) все вышеперечисленное верно

21. Для уменьшения отрицательного воздействия протезов возможно

- а) изготовление цельнолитых мостовидных протезов
- б) изготовление протезов с литыми базисами
- в) изготовление протезов из бесцветной пластмассы
- г) все вышеперечисленное верно

22. Аномалия" прикуса - это

- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- б) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- в) изменения в мышечной системе
- г) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

23. Деформация зубочелюстной системы - это

- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- б) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
- в) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
- г) открытый прикус

24. Истинная прогения - это

- а) мезиальное смещение нижней челюсти
- б) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней
- в) чрезмерное развитие нижней челюсти
- г) уплощение фронтального участка верхней челюсти

25. Причиной вторичного глубокого прикуса является

- а) частичная потеря зубов
- б) патологическая стираемость зубов
- в) заболевание тканей пародонта
- г) все вышеперечисленное

26. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

- а) короткая верхняя губа
- б) развернутый угол нижней челюсти
- в) нарушение речи
- г) все вышеперечисленное

27. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

- а) изменить положение суставов относительно основания черепа
- б) восстановить соответствие величин челюстей
- в) изменить положение зуба или группы зубов
- г) изменить угол нижней челюсти

28. Для деформирующего остеопароза характерным является

- а) чрезмерное резцовое перекрытие
- б) истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
- в) стирание сочлененных поверхностей
- г) склерозирование сочлененных поверхностей

29. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

- а) изменения положения верхней челюсти
- б) расширения верхней челюсти
- в) устранения неправильное положение зубов
- г) изменения формы челюстей

30. Применение съемного протеза с литым базисом показано

- а) при глубоком резцовом перекрытии
- б) при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
- в) при функциональной перегрузке зубов
- г) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

31. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

- а) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов

- б) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
- в) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
- г) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

32. Наиболее эффективным методом лечения при дистальном положении нижней челюсти относительно основания черепа, является

- а) смещение зубов нижней челюсти
- б) сочетание хирургических и ортопедических методов лечения
- в) хирургическое вмешательство
- г) удаление зубов на нижней челюсти

33. Первым действием при лечении прогенического прикуса (мезиальное смещение нижней челюсти) будет

- а) устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
- б) нормализация функции языка и глотания
- в) пришлифовывание зубов
- г) аппаратурное лечение аномалии

34. Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

- а) травматическая окклюзия
- б) повышенная стираемость зубов
- в) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- г) деформация окклюзионной поверхности

35. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

- а) исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
- б) создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами
- в) восстановление непрерывности зубного ряда
- г) улучшение внешнего вида больного

36. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть

- а) чувство дискомфорта

- б) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- в) увеличение атрофии альвеолярных отростков
- г) повреждение пародонта оставшихся зубов

37. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является

- а) большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
- б) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
- в) недостаток места для пластмассового базиса, возможность его поломки
- г) сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

38. Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающимся с повышенной стираемостью, является

- а) нормализация положения нижней челюсти
- б) увеличение межальвеолярной высоты
- в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- г) предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов

39. По классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку к первому классу относятся

- а) полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов
- б) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- в) полости на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

40. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров,
- б) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

41. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

42. К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) на жевательных поверхностях моляров и премоляров
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

43. К пятому классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости

- а) располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- б) на проксимальных поверхностях передних зубов
- в) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- г) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

44. При работе с твердыми тканями клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности на верхушках бугров и в пришеечной зоне
- в) вестибулярной и оральной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях

45. При работе с твердыми тканями премоляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
- г) на жевательной поверхности

46. При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- б) на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) на проксимальных поверхностях
- г) на жевательной поверхности

47. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?

- а) да
- б) да, но только на передней поверхности
- в) да, если зуб депульпирован
- г) нет

48. Какие возможны ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок?

- а) перфорация стенки корня
- б) раскол корня
- в) расцементировка вкладки
- г) все перечисленные выше моменты

49. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

- а) патологическая стираемость зубов
- б) если зуб депульпирован более года тому назад
- в) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад
- г) дефект коронковой части на 1/3 и более

50. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет

- а) 1/3 корня
- б) 1/2 длины корня
- в) 2/3 длины корня
- г) на всю длину корня

51. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

- а) на верхней челюсти
- б) на нижней челюсти
- в) на обеих челюстях одинаково
- г) преимущественно в группе боковых зубов

52. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм

53. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) передние небные дуги

54. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов I-A класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее

55. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

- а) среднее
- б) заднее
- в) переднесреднее
- г) заднесреднее

56. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину
- г) больше в ширину

57. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм

58. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер

59. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня
- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня

60. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до 1/2 длины базиса протеза
- б) до бугров верхней челюсти
- в) на всю длину базиса
- г) на 2/3 базиса протеза

61. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до 1/3 длины базиса протеза

- б) до $1/2$ длины базиса протеза
- в) до $2/3$ длины базиса протеза
- г) на всю длину базиса протеза

62. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на $1/3$ длины базиса протеза
- в) на $1/2$ длины базиса протеза
- г) на $2/3$ длины базиса протеза

63. Кипмайдер - это

- а) шинирующее устройство
- б) фиксирующее устройство
- в) антипрокидывающее устройство
- г) эстетическое приспособление

64. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

- а) продольная ось зуба
- б) линия анатомического экватора
- в) контрольная линия
- г) линия десневого края

65. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии, принято называть

- а) линией поднутрения
- б) линией анатомического экватора
- в) линией обзора
- г) линией десневого края

66. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют

- а) зоной поднутрения

- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности

67. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называют

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) кламмерной зоной

68. Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается

- а) в окклюзионной зоне
- б) в ретенционной зоне
- в) в зоне безопасности
- г) в кламмерной зоне

69. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

- а) рабочей
- б) дублированной гипсовой
- в) дублированной супергипсовой
- г) дублированной огнеупорной

70. Для получения огнеупорной модели необходимо провести

- а) параллеломерию рабочей модели
- б) параллелографию рабочей модели
- в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели
- г) дублировать рабочую модель

71. Место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти

- а) передняя треть твердого неба
- б) задняя треть твердого неба

- в) средняя треть задней трети твердого неба
- г) не имеет значения

72. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти обуславливает

- а) желание пациента
- б) форма твердого неба
- в) выраженный тонус шов твердого неба
- г) топография дефекта зубного ряда

73. Главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

- а) устойчивость зуба
- б) выраженность анатомического экватора
- в) высота клинической коронки
- г) поражение твердых тканей зубов

74. Наиболее выгодно направление кламмерной линии

- а) трансверзальное
- б) сагиттальное
- в) диагональное
- г) трансверзально-сагиттальное

75. Основной элемент бюгельного протеза

- а) дуга
- б) седло с искусственными зубами
- в) опорно-удерживающий кламмер
- г) многозвеньевой кламмер

76. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать

- а) анатомический оттиск
- б) функциональный оттиск
- в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

77. При изготовлении цельнолитого бюгельного протеза при I классе протяженного дефекта нижней челюсти достаточно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

78. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта на нижней челюсти нужно сделать

а) анатомический оттиск

б) функциональный оттиск

в) дифференцированный оттиск

г) дифференцированно-комбинированный оттиск

79. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлиненным плечом кламмера Роуча

а) нет зазора

б) 0.6 мм

в) 0.8 мм

г) от 0.8 до 1 мм

80. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и дугой нижнего бюгеля

а) нет зазора

б) 0.4 мм

в) 1.0 мм

г) от 1.0 до 1.5 мм

81. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

а) возможность лучшей фиксации протеза

б) сохранение межальвеолярной высоты

в) перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции

г) все вышеперечисленное

82. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

а) возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)

б) передача жевательного давления через сохранившийся корень

в) замедление атрофии альвеолярного отростка

г) все вышеперечисленное

83. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод хирургической подготовки

а) устранение тяжей, перемещение уздечек

б) углубление преддверия полости рта

в) субпериостальная имплантация

г) все вышеперечисленное по показаниям

84. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию при полной потере зубов является

а) нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты

б) профилактика артропатий

в) удовлетворение эстетических запросов

г) восстановление функции речи

85. Для протезирования при полном отсутствии зубов наиболее благоприятна

а) плотная слизистая оболочка

б) тонкая слизистая оболочка

в) рыхлая, податливая слизистая оболочка

г) подвижная слизистая оболочка

86. При полном отсутствии зубов для протезирования наиболее благоприятна форма альвеолярного отростка

а) отлогая

б) отвесная

в) с резко выраженными буграми

г) с неравномерной атрофией

87. Наиболее целесообразной тактикой при наличии турса средней выраженности является

а) хирургическое вмешательство

б) дифференциальный оттиск

в) изоляция турса

г) моделировка базиса протеза с обходом турса

88. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

а) хирургическое иссечение резцового сосочка

б) оттиск с дифференцированным давлением

в) изоляция резцового сосочка на модели

г) выпиливание базиса протеза в области сосочка

89. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления полного съемного протеза является

а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка

б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе

г) выраженная атрофия в переднем отделе

90. Следует уделить особое внимание формированию части полного съемного протеза на нижней челюсти

а) в области преддверия полости рта

б) в подъязычной области

в) в позадимолярной области

г) их значение равноценно

91. Целесообразно применять декомпенсированный оттиск на беззубой челюсти

а) при наличии резкой атрофии альвеолярного отростка

б) при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа

в) при истонченной слизистой оболочке

г) все вышеперечисленное верно

92. Способы разгрузки протезного ложа

- а) декомпенсированные оттиски
- б) сужение окклюзионной поверхности зубов
- в) использование эластичных пластмасс
- г) все вышеперечисленные

93. Метод функционального оформления краев оттиска используется

- а) для создания клапанной зоны
- б) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц
- в) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований
- г) все вышеперечисленное верно

94. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

- а) равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах
- б) определенное положение суставных головок в суставных ямках
- в) определенное положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу
- г) совокупность всех вышеперечисленных признаков

95. Применять жесткие базисы целесообразно

- а) при получении оттиска под контролем жевательного давления
- б) при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии
- в) при использовании фонетических проб для постановки зубов
- г) во всех вышеперечисленных случаях

96. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

- а) антропометрический метод
- б) с помощью циркуля золотого сечения
- в) с помощью фонетических и глотательных проб

г) ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти

97. Тактика врача при протезировании больных с привычным "передним" положением нижней челюсти

а) зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти

б) постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов

в) шлифовать зубы для обеспечения большей свободы движений нижней челюсти

г) все вышеперечисленное

98. Какое преимущество имеет методика внутриротовой шлифовки окклюзионных валиков

а) индивидуальность оформления окклюзионной плоскости

б) возможность более точного воспроизведения режцового пути

в) возможность более точного определения соотношения челюстей

г) возможность более точного воспроизведения суставного пути

99. Лабораторная перебазировка протезов необходима

а) при недостаточной фиксации съемных протезов

б) при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования

в) при незначительном снижении высоты нижней трети лица

г) все вышеперечисленное

100. Применение эластичной пластмассы целесообразно

а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки

б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков

в) для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей

г) все вышеперечисленное

101. Причиной повышенного рвотного рефлюкса может быть

а) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах

б) удлиненный дистальный край протеза

в) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов

г) все вышеперечисленное

102. Suppli предложил классификацию

- а) методов получения слепков
- б) формы скатов альвеолярных гребней
- в) типов слизистой оболочки рта
- г) беззубых челюстей

103. Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку ВНЧС:

- а) истончение головки нижней челюсти
- б) деформация суставного бугорка
- в) стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование
- г) щелканье в суставе

104. Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

- а) возбуждение, раздражение, состояние комфорта
- б) возбуждение, раздражение, торможение
- в) возбуждение, раздражение, полное торможение
- г) раздражение, частичное торможение, полное торможение

105. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

- а) при сухой малоподатливой слизистой оболочке
- б) при гипертрофированной слизистой оболочке
- в) при "болтающемся" альвеолярном гребне
- г) при повышенном рвотном рефлексе

106. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

- а) вперед
- б) вниз
- в) вверх
- г) кзади и вверх

107. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

- а) должен перекрывать линию "а" на 1-2 мм

- б) не должен доходить до линии "а" на 5 мм
- в) должен оканчиваться на линии "а"
- г) не имеет значения

108. Горизонтальное положение оптимально при:

- а) гипервентиляции
- б) асфиксии
- в) коллапсе
- г) приступе бронхиальной астмы

109. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах:

- а) 40-80 ударов в минуту
- б) 60-100 ударов в минуту
- в) 80-120 ударов в минуту
- г) 90-130 ударов в минуту

110. Какой из анестетиков можно применить при наличии у пациента бронхиальной астмы:

- а) ультракаин ds
- б) лидокаин 2% с адреналином 1:100000
- в) мепивакаин 3% без адреналина
- г) прилокаин 4% без адреналина

111. У пациентов с склонностью к кровотечениям предпочтение нужно отдавать следующим видам анестезии:

- а) ментальной
- б) мандибулярной
- в) подслизистой
- г) резцовой

112. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:

- а) анамнеза
- б) клинических симптомов

- в) лабораторных анализов
- г) дополнительных методов исследования

113. Действие врача при стоматите, вызванном протезом:

- а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели
- б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
- в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
- г) изготовление протеза из золота

114. Препараты для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекции в ЛПУ:

- а) 70% этиловый спирт, спиртовой раствор йода, вода (водопроводная или стерильная), калетра (лопинавир/ритонавир), комбивир (зидовудин/ламивудин)
- б) хлоргексидин 20%, октисепт или октинеде, спирт этиловый 70%, 10% протаргол, водный раствор йода 5%
- в) 6% перекись, спирт этиловый 70*, 5% раствор йода, 40% сульфацил
- г) перманганат калия 0,05%, 10% протаргол

115. Что не входит в понятие "Триада ВИЧ-деменции":

- а) парестезии
- б) нарушение когнитивной функции
- в) двигательные расстройства
- г) нарушение поведения

116. Склонность к мутации у ВИЧ

- а) выражена
- б) слабо выражен
- в) не выражена
- г) не выявлена

117. Наименьшая концентрация ВИЧ определяется:

- а) в кров
- б) во влагалищном секрете
- в) в околоплодных водах

г) в грудном молоке

118. 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) исследование методом полимеразной цепной реакции

119. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- а) на срок не более 5 дней
- б) на срок не более 15 дней
- в) на срок не более 30 дней
- г) на весь срок нетрудоспособности

120. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- а) пациент и его законный представитель
- б) родственники
- в) работодатели
- г) страховой агент

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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

126. 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

127. 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)

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

- а) 112
- б) 113
- в) 109
- г) 118

129. 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

130. 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