**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А.И.Евдокимова**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ и ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С/Ф**

**(и.о.зав. кафедрой, профессор М.Я.Абрамова)**

**Г.Москва, ул.Долгоруковская, д.4, стр.2, тел. 8-499-973-02-23**

 **Тестовые задания для специального экзамена по специальности**

**«Стоматология общей практики»**

**Выберите один вариант ответа:**

1. Иммунные зоны зуба располагаются:
	1. фиссуры и углубления на зубах
	2. пришеечная треть видимой коронки зуба
	3. жевательные поверхности зубов
	4. бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
	5. режущий край
2. Причины возникновения кариеса:
	1. кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
	2. кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
	3. легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
	4. высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
	5. углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали
3. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится:
	1. при свете галогенового светильника стоматологической установки
	2. при искусственном освещении в вечернее время
	3. идеально высушенной поверхности зуба
	4. при нейтральном дневном освещении
	5. при ярком солнечном свете
4. Основой соверменных композитов является:
	1. эпоксидная смола
	2. полиакриловая кислота
	3. ортофосфорная кислота
	4. БИСГМА
	5. ортофосфорная кислота
5. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:
	1. некроз ткани пульпы
	2. увеличение количества фиброзных волокон
	3. значительное разрастание грануляционной ткани
	4. уменьшение количества волокнистых элементов
	5. 5)уменьшение количества клеточных элементов
6. Боль при пульпите зубов нижней челюсти иррадиирует:
	1. в затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
	2. в висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
	3. в шею, глаз, надбровную область
	4. в язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
	5. на противоположную сторону челюсти
7. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:
	1. этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
	2. ортофосфорная кислота
	3. оксиэтилендифосфоновая кислота
	4. полиакриловая кислота
	5. мышъякосвистая кислота
8. Лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение температуры тела отмечаются при:
	1. обострении хронического пульпита
	2. обострении хронического периодонтита
	3. кариесе
	4. хроническом периодонтите (ремиссия)
	5. остром пульпите
9. Гипоплазия твердых тканей зубов:
	1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде.
	2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.
	3. сращение, слияние и раздвоение зубов.
	4. нарушение эмалеобразования, выражающиеся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов.
	5. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии.
10. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются:
	1. заболевания матери в период беременности
	2. заболевания ребенка в первый год после рождения
	3. генетические факторы
	4. высокое содержание фтора в питьевой воде
	5. низкое содержание фтора воде
11. Внешние факторы, изменяющие цвет зуба:
	1. длительный прием антибиотиков тетрациклинового ряда
	2. гибель пульпы
	3. пищевые продукты и лекарственные вещества для полоскания полости рта
	4. кровоизлияния в пульпу
	5. эндодонтическое лечение
12. Гипоплазия твердых тканей зубов возникает в результате:
	1. избытка фтора в воде
	2. наследственных нарушений
	3. нарушение минерального и белкового обмена в организме плода или ребенка
	4. инфекционных факторов
	5. воздействия зубной бляшки
13. Часть десны, непосредственно окружающая зуб на участке от края десны до десневого желобка:
	1. круговая
	2. свободная
	3. межзубная
	4. прикрепленная
	5. кератинизированная
14. Полярография тканей пародонта позволяет определить:
	1. содержимое пародонтальных карманов
	2. уровень резорбции альвеолярной кости
	3. регионарную гемодинамику в пародонте
	4. парциальное давление кислорода в тканях
	5. интенсивность и распространенность воспалительных изменений
15. Клинические признаки хронического катарального гингивита:
	1. кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
	2. поддесневой зубной камень
	3. пародонтальные карманы до 5 мм
	4. обнажение корней
	5. некроз десневого сосочка
16. При фиброзной форме гипертрофического гингивита проводят:
	1. гингивэктомию
	2. гингивотомию
	3. кюретаж
	4. открытый кюретаж
	5. лоскутную операцию
17. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:
	1. жалобы пациента
	2. длительность заболевания
	3. кровоточивость десны при чистке зубов
	4. глубина пародонтального кармана
	5. степень подвижности зубов
18. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:
	1. наддесневого и поддесневого зубного камня
	2. поддесневого зубного камня и грануляций
	3. поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия
	4. наддесневого зубного камня и десневого эпителия
	5. наддесневого зубного камня и грануляций
19. Для антисклеротической и вазотропной терапии пародонтоза применяют:
	1. трентал
	2. кларитин
	3. метронидазол
	4. нистатин
	5. амоксиклав
20. Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:
	1. язва
	2. эрозия
	3. трещина
	4. рубец
	5. узелок
21. При герпесе в цитологическом препарате находят клетки:
	1. Тцанка
	2. Лангханса
	3. гигантские многоядерные
	4. акантолитические
	5. атипичные
22. Первичный сифилис на СОПР проявляется как:
	1. папулезный сифилид
	2. твердый шанкр
	3. творожистый налет
	4. гумма
	5. пятнистый сифилид
23. Острыми формами кандидоза являются:
	1. псевдомембранозная и атрофическая
	2. атрофическая и гиперпластическая
	3. веррукозная и псевдомембранозная
	4. гиперпластическая и псевдомембранозная
	5. плоская и гиперпластическая
24. Лечебные мероприятия при лечении глоссалгии:
	1. ротовые ванночки с анестетиком
	2. седативная терапия
	3. антимикробная терапия
	4. массаж воротниковой зоны
	5. верно 1), 2) и 4)
25. Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:
	1. эрозия
	2. корочка
	3. язва
	4. чешуйка
	5. пузырек
26. Пелликула зуба образована:
	1. коллагеном
	2. кератином
	3. скоплением микроорганизмов и углеводов
	4. глюкопротеидами слюны
	5. слущенным эпителием
27. Начальные повреждения эмали козникают при рН:
	1. 3,5–4,5
	2. 4,5–5,5
	3. 5,5–6,5
	4. 6,5–7,5
	5. 8,5–10,5
28. Препарирование кариозной полости I класса предполагает:
	1. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
	2. частичное раскрытие фиссуры
	3. полное раскрытие фиссуры
	4. максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
	5. иссечение бугров
29. Для определения качества препарирования кариозной полости используется:
	1. перкуссия
	2. медикаментозная обработка
	3. окрашивание детектором кариеса
	4. кондиционирование эмали
	5. кондиционирование дентина
30. Микроорганизмы, вызывающие воспаление в пульпе:
	1. фузобактерии
	2. спирохеты
	3. гемолитические и негемолитические стрептококки
	4. лактобактерии
	5. актиномицеты
31. Отсутствие контактного пункта между зубами можетпривести к пародонтиту:
	1. локализованному
	2. генерализованному
	3. ювенильному
	4. быстропрогрессирующему
	5. не приводит
32. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана 5 мм:
	1. кюретаж
	2. «открытый» кюретаж
	3. лоскутная операция
	4. гингивотомия
	5. гингивэктомия
33. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:
	1. уменьшают
	2. увеличивают
	3. не изменяют
	4. исправляют
	5. затрудняют
34. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:
	1. акантозе
	2. акантолизе
	3. гиперкератозе
	4. паракератозе
	5. папилломатозе
35. Лечение травматической язвы включает:
	1. хирургическое иссечение участка поражения
	2. прижигание раствором бриллиантового зеленого
	3. антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
	4. устранение травмирующих факторов
	5. устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств
36. Хронический рецидивирующий герпес следует дифференцировать с:
	1. сифилисом
	2. плоской лейкоплакией
	3. гиперпластическим кандидозом
	4. атрофическим кандидозом
	5. атопическим хейлитом
37. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:
	1. пятно
	2. афта
	3. налет
	4. эрозия
	5. язва
38. Лечебные мероприятия при контактной аллергии направлены на:
	1. устранение аллергена
	2. десенсибилизацию организма
	3. обезболивание
	4. верно 1), 2) и 3)
	5. устранение очаговой инфекции
39. Синдром Гриншпана – тяжелое проявление:
	1. лейкоплакии
	2. плоского лишая
	3. хронического рецидивирующего афтозного стоматита
	4. многоформной экссудативной эритемы
	5. рецидивирующего герпеСА
40. К кератопластическим средствам относят:
	1. теброфеновую мазь
	2. аспириновую мазь
	3. масляный раствор витамина А
	4. гепариновую мазь
	5. бутадионовую мазь
41. **Назовитеосновныесвойстварентгеновскихлучей:**
	1. проникающее,
	2. флюорекцирующее
	3. ионизирующее
	4. разлагатьгалоидныесоединениясеребра
	5. все ответыправильны.
42. **Кому из физиков была вручена Нобелевская премия 10 декабря 1903 г.:**
	1. Беккерель;
	2. Рентген;
	3. Попов;
	4. Кюри.
43. **К ионизирующим излучениям относятся:**
	1. квантовое (фотонное) и корпускулярное
	2. световое (видимая часть спектра);
	3. ультрафиолетовое;
	4. лазерное;
	5. инфракрасное
44. **Укажите препарат, относящийся к группе Н-холиномиметики (аналептики рефлекторного типа действия):**
	1. Физостигмин
	2. Ацеклидин
	3. Цитизин
	4. Платифиллин
	5. Гоматропина гидробромид
45. **Укажите препарат, относящийся к группе М,Н-холиномиметики (прямого типа действия):**
	1. Ацетилхолин
	2. Галантамин
	3. Ипратропия бромид
	4. Никотин
	5. Пахикарпин
46. **Укажите препарат, относящийся к группе М,Н-холиномиметики (непрямого типа действия):**
	1. Атропин
	2. Ацеклидин
	3. Метоциния йодид
	4. Ривастигмин
47. **При повреждении большого ушного нерва происходит**
	1. потеря чувствительности нижних двух третей ушной раковины и прилегающих отделов шеи и щеки
	2. потеря чувствительности всей ушной раковины
	3. снижение слуха
	4. нарушение функции кивательной мышцы
	5. нарушение слюноотделения околоушной слюнной железой
48. **При повреждении височной ветви лицевого нерва происходит**
	1. потеря чувствительности височной области
	2. птоз брови соответсвующей стороны из-за паралича лобной мышцы
	3. нарушение чувствительности лобной области
	4. диплопия
	5. слезотечение
49. **При повреждении щечной ветви лицевого нерва происходит**
	1. потеря чувствительности щеки и губы соответствующей стороны
	2. опущение угла рта соответствующей стороны
	3. невозможность полностью закрыть рот
	4. смещение угла рта в сторону поражения
	5. поднятие угла рта соответствующей стороны
50. **Пилинг это**
	1. удаление волос
	2. различные методы дермабразии
	3. устранение алопеции
	4. иссечение рубцов
	5. удаление избытка жира в гиподерме
51. Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится:
	1. с глубоким кариесом
	2. острым и обострившимся хроническим периодонтитом
	3. хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии
	4. острыми формами пульпита
	5. со средним кариесом
52. Корневой канал при остром воспалении пульпы пломбируют:
	1. до анатомической верхушки
	2. до физиологической верхушки
	3. за пределы апикального отверстия
	4. не доходя 2 мм до апикального отверстия
	5. не доходя 3 мм до апикального отверстия
53. Болезненная пальпация по переходной складке, подвижность зуба – симптом, характерный для:
	1. хронического периодонтита в стадии ремиссии
	2. обострения хронического периодонтита
	3. хронического пульпита
	4. острого пульпита
	5. кариеса
54. Обострение воспалительного процесса наблюдается чаще при:
	1. хроническом фиброзном
	2. хроническом гранулирующем
	3. хроническом гранулематозном
	4. кистогранулеме
	5. очаг деструкции с нечеткими контурами
55. Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов требует проведения:
	1. более длительного протравливания поверхности эрозии ,чем при кариесе
	2. препарирования только твердосплавными борами
	3. использование пломбировочных материалов без предварительного протравливания
	4. реминерализующей терапии
	5. пломбирование проводить только стеклоиономерными цементами
56. Интенсивность окрашивания «тетрациклиновых зубов» зависит от:
	1. количества билирубина при гемолитической болезни новорожденных
	2. вида тетрациклина и его количества
	3. наследственных нарушений развития эмали
	4. избытка фтора в питьевой воде
	5. нарушений минерализации эмали
57. Зубы Гетчинсона – это проявление:
	1. системной гипоплазии
	2. местной гипоплазии
	3. флюороза
	4. стирания
	5. кариеса
58. Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:
	1. флюорозе
	2. гипоплазии
	3. несовершенном амело и дентиногенезе
	4. истирании
	5. кислотном некрозе
59. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:
	1. клинический карман глубиной 3 мм
	2. симптом кровоточивости десны
	3. патологическая подвижность зуба
	4. неудовлетворительная гигиена полости рта
	5. изменение цвета и формы десневого сосочка
60. Наличие ложного десневого кармана характерно для:
	1. пародонтита
	2. пародонтоза
	3. гипертрофического гингивита
	4. катарального гингивита
	5. язвенно-некротического гингивита
61. Базовое лечение катарального гингивита необходимо начать с:
	1. противовоспалительной терапии
	2. удаления зубных отложений
	3. коррекции гигиены зубов
	4. санации зубов
	5. избирательного пришлифовывания
62. Первый этап базового лечения пародонтита:
	1. медикаментозное противовоспалительное лечение
	2. ортодонтическое лечение
	3. ортопедическое лечение
	4. профессиональная гигиена полости рта
	5. хирургическое лечение
63. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:
	1. гингивотомия
	2. гингивэктомия
	3. лоскутная операция
	4. френулотомия
	5. кюретаж
64. При лечении гиперестезии дентина у пациентов с пародонтозом предпочтение отдают препаратам, содержащим:
	1. кальций
	2. фосфаты
	3. аморфный фосфат кальция
	4. гидрокиспатит
	5. все вышеверечисленное
65. Пузырек – первичный морфологический элемент поражения при:
	1. плоском лишае
	2. простом герпесе
	3. лейкоплакии
	4. пузырчатке
	5. сифилисе
66. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:
	1. атопическим хейлитом
	2. гиперпластическим кандидозом
	3. атрофическим кандидозом
	4. десквамативным глосситом
	5. аллергическим (медикаментозным) стоматитом
67. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:
	1. плоская лейкоплакия
	2. волосистая лейкоплакия
	3. веррукозная лейкоплакия
	4. эрозивная лейкоплакия
	5. лейкоплакия Таппейнера
68. Налет при кандидозе состоит из:
	1. смешанной флоры полости рта, клеток эпителия
	2. единичных грибов Candida, клеток эпителия и фибрина
	3. лептотрихий, вейлонелл, фибрина, клеток эпителия
	4. почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, фибрина, клеток эпителия, лейкоцитов
	5. фузобактерий, единичных грибов Candida, фибрина и десквамированных клеток эпителия
69. Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с:
	1. острым герпетическим стоматитом и вульгарной пузырчаткой
	2. лейкоплакией и кандидозом
	3. кандидозом и опоясывающим лишаем
	4. ящуром и герпангиной
	5. кандидозом и хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом
70. Симптом Никольского положительный при:
	1. эрозивной форме плоского лишая
	2. истинной пузырчатке
	3. эрозивной форме лейкоплакии
	4. герпетическом стоматите
	5. верно 1) и 2)
71. Наиболшьее влияние на созревание эмали оказывает:
	1. фтор
	2. молибден
	3. стронций
	4. кальций
	5. магний
72. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводится с:
	1. поверхностным кариесом
	2. гипоплазией
	3. очаговым пульпитом
	4. кариесом дентина
	5. кариесом цемента
73. Препарирование кариозной полости включает:
	1. обезболивание, некрэктомию, финирование
	2. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомия
	3. расширение кариозной полости, некрэктомию,финирование
	4. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирование
	5. обезболивание, некрэктомию
74. Основная функция одонтобластов:
	1. образование межклеточного вещества
	2. защитная функция
	3. образование коллагеновых волокон
	4. образование дентина
	5. образование эмали
75. Интерглобулярный дентин – это:
	1. основное вещество между дентинными слоями
	2. часть дентина, прилегающая к полости зуба
	3. отложение дентина в течение жизни человека
	4. дентин, возникающий в процессе развития зуба
	5. дентин,образующийся вследствие разрушения (эрозия, кариес и т.д.)
76. Электровозбудимость пульпы при хроническом фиброзном пульпите (мкА):
	1. 2–6
	2. 10–12
	3. 30–40
	4. 40–60
	5. 60–90
77. Причиной кистогранулем, кист, онкологических образований являются клетки:
	1. фибробласты
	2. плазматические клетки
	3. эпителиальные клетки (островки Маляссе)
	4. остеобласты
	5. цементобласты
78. Расширение периодонтальной щели – рентгенологический симптом, который выявляется при:
	1. кариесе
	2. остром пульпите
	3. хроническом гранулирующем периодонтите
	4. хроническом фиброзном пульпите (30%)
	5. гипоплазии
79. Флюороз:
	1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде.
	2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.
	3. сращение, слияние и раздвоение зубов.
	4. нарушение эмалеобразования, выражающиеся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов.
	5. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии.
80. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен:
	1. уменьшением межпризменных пространств, зонами гипоминерализации
	2. увеличением межпризменных пространств, зонами гиперминерализации
	3. увеличением межпризменных простпранств, зонами гипо- и гиперминерализации
	4. поверхностной деминерализацией
	5. подповерхностной деминерализацией
81. Для выявления скрытых кариозных полостей применяется:
	1. ЭОД
	2. температурная проба
	3. рентгенография
	4. реодентография
	5. осмотр
82. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см:
	1. хронического фиброзного периодонтита
	2. хронического гранулематозного периодонтита
	3. хронического гранулирующего периодонтита
	4. кистогранулемы
	5. среднего кариеса
83. При отсутствии лечения хронического гранулирующего периодонтита возможен:
	1. переход в фиброзную форму
	2. переход в корневую кисту или гранулему
	3. переход к клиническому излечению
	4. переход к физиологическому излечению
84. Эрозия зубов:
	1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде.
	2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.
	3. нарушение эмалеобразования, выражающиеся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов.
	4. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии.
	5. сращение, слияние и раздвоение зубов.
85. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:
	1. чувство «оскомины»
	2. «слипание зубов»
	3. боль химических раздражителей
	4. боль от температурных раздражителей
	5. боль от механических раздражителей
86. Повысить эффективность отбеливания можно с помощью:
	1. предварительного депульпирования зуба
	2. удаления поверхностного слоя эмали
	3. повышения температуры зуба на 10°С, применения лазерной технологии
	4. уменьшения экспозиции отбеливателя
	5. увеличения экспозиции отбеливателя
87. Факторы развития флюороза:
	1. хронический периодонтит молочного зуба
	2. интоксикация фтором
	3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
	4. передача патологии твердых тканей по наследству
	5. заболевания женщины в период беременности
88. Утрата соединительнотканного прикрепления зуба на расстоянии от цементо-эмалевой границы до дна пародонтального кармана – это:
	1. ложный карман
	2. клиническая десневаяборозда
	3. глубина пародонтального кармана
	4. обнажение поверхности корня зуба
	5. потеря пародонтального прикрепления
89. Индекс API определяет:
	1. уровень гигиены полости рта
	2. патологическую подвижность зуба
	3. симптом кровоточивости десны
	4. степень гипертрофии десны
	5. размер обнажения корня зуба
90. Методы удаления зубных отложений:
	1. ручной (механический), ультразвуковой, звуковой, содоструйный
	2. ручной (механический), ультразвуковой, звуковой, содоструйный, химический
	3. механический, ультразвуковой, звуковой
	4. ультразвуковой, звуковой
	5. механический, ультразвуковой
91. **Под ионизацией понимается**
	1. вырывание электрона с внутренней оболочки нейтрального атома
	2. соединение электрона с нейтральным атомом
	3. вырывание электрона с удаленной от ядра электронной оболочки атома
	4. правильно всё перечисленное.
92. **Источником рентгеновского излучения служит:**
	1. радионуклид,
	2. пьезоэлектрический кристалл,
	3. электронно-лучевая трубка,
	4. тело человека,
	5. радиочастотный генератор.
93. **Приемником ультразвуковых волн в ультразвуковых аппаратах служит:**
	1. сцинтилляционный счетчик,
	2. флюоресцирующий экран,
	3. экран электронно-оптического усилителя,
	4. телевизионный экран,
	5. пленка,
	6. пьезоэлектрический кристалл.
94. **Укажите препарат, относящийся к группе антихолинэстеразные средства (обратимого типа действия):**
	1. Атропин
	2. Неостигмина бромид (прозерин)
	3. Армин
	4. Имехин
	5. Карбахол
95. **Укажите препарат, относящийся к группе М,Н-холиномиметики:**
	1. Тровентол
	2. Ацеклидин
	3. Карбахол
	4. Платифиллин
	5. Гиосциамин
96. **Укажите препарат, относящийся к группе М-холиноблокаторы:**
	1. d - Тубокурарин
	2. Пирензепин
	3. Аминостигмин
	4. Ривастигмин
	5. Ацетилхолин
97. **Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти является**
	1. веpхняя макpогнатия
	2. снижение высоты пpикуса
	3. укоpочение ветвей нижней челюсти
	4. огpаничение подвижности нижней челюсти в ВHЧС
	5. вееpообpазное положение фpонтальной гpуппы зубов
98. **Стойкая контрактура нижней челюсти обсловлена**
	1. ослаблением жевательных мышц
	2. наличием воспалительного инфильтрата околочелюстных тканей
	3. паpаличем мимической мускулатуpы
	4. наличием pубцов в околочелюстных тканях
	5. наличием воспалительного инфильтрата жевательной мускулатыры
99. **Hестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена**
	1. ослаблением жевательных мышц
	2. паpаличем мимической мускулатуpы
	3. наличием pубцов в околочелюстных тканях
	4. наличием воспалительного инфильтрата жевательной мускулатыры
	5. парезом лицевого нерва
100. **Hестокая контрактура нижней челюсти обусловлена**
	1. ослаблением жевательных мышц
	2. наличием рубцов околочелюстных тканей
	3. гематомой в подчелюстной области
	4. наличием воспалительного инфильтрата медиальной крыловидной мышцы
	5. наличием воспалительного инфильтрата мимической мускулатыры
101. Клиновидные дефекты наиболее выражены на:
	1. резцах верхней челюсти
	2. резцах нижней челюсти
	3. молярах верхней челюсти
	4. клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
	5. молярах нижней челюсти
102. Жалобы больных при пятнистой форме флюороза:
	1. иррадиирующие боли по ходу ветвей тройничного нерва
	2. на ночные боли в зубах
	3. на косметический дефект
	4. на боли от температурных раздражителей
	5. на боли при накусывании на зуб
103. Клинический признак пародонтального кармана – это погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями пародонта на глубину (в мм):
	1. 1 и более
	2. 2 и более
	3. 3 и более
	4. 4 и более
	5. 5 и более
104. Трехстенный дефект альвеолярной кости формируется при:
	1. гингивите
	2. пародонтите
	3. пародонтозе
	4. фиброматозе десны
	5. синдроме Папийона-Лефевра
105. Гипертрофический гингивит фиброзной формы дифференцируют с:
	1. пародонтозом
	2. гингивитом Венсана
	3. эпулисом
	4. герпетическим гингивостоматитом
	5. пародонтитом
106. Операцию гингивэктомии планируют:
	1. после удаления зубных отложений
	2. после завершения базового лечения
	3. в случае появления гнойного экссудата
	4. при неотложных показаниях к удалению зуба
	5. при фуркационных дефектах 3-го класса
107. Удаление поддесневого зубного камня проводят:
	1. до кюретажа
	2. в процессе кюретажа
	3. не имеет значения
	4. спустя 7 дней после кюретажа
	5. не проводят
108. Пародонтоз дифференцируют с пародонтитом в стадии ремиссии по данным:
	1. рентгенологического обследования
	2. электроодонтометрии
	3. клинического определения состояния пародонта
	4. клинического анализа крови
	5. анализа крови на содержание глюкозы
109. Показания к хирургическому лечению рецессии десны:
	1. эстетическое закрытие оголенных корней передних зубов
	2. очаговая деминерализация эмали
	3. средний кариес корня зуба 3.6
	4. клиновидный дефект зубов 2.4, 2.5
	5. эрозии эмали зубов 1.1, 2.1
110. Признаки озлокачествления травматической язвы:
	1. изменение размеров язвы
	2. блюдцеобразная форма язвы
	3. эозинофилия
	4. уплотнение краев и дна язвы
	5. изменение цвета окружающих тканей
111. Препарат, обладающий противовирусной активностью:
	1. нистатин
	2. дибазол
	3. трихопол
	4. ацикловир
	5. цифран
112. Вторичный сифилис на СОПР проявляется как:
	1. папулезный сифилид
	2. твердый шанкр
	3. творожистый налет
	4. гумма
	5. множественные язвы
113. Суточная лечебная доза флуконазола:
	1. 25–50 мг
	2. 50–100 мг
	3. 100–150 мг
	4. 150–200 мг
	5. 200–300 мг
114. Бактериоскопия при черном волосатом языке чаще всего выявляет:
	1. стафилококки
	2. грибы Candida и лептотрихии
	3. вирусы
	4. анаэробы
	5. стрептококки
115. Признаки озлокачествения эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:
	1. наличие фибринозного налета
	2. воспаление вокруг очага поражения
	3. появление жжения
	4. уплотнение краев и основания очага поражения
	5. гиперсаливация
116. Кариес в стадии пятна характеризуется:
	1. некрозом эмали
	2. нарушением формирования эмали
	3. поверхностной деминерализацией
	4. подповерхностной деминерализацией
	5. гиперминерализацией
117. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (среднего кариеса) проводится с:
	1. кариесом в стадии пятна
	2. хроническим фиброзным пульпитом
	3. глубоким кариесом
	4. острым диффузным пульпитом
	5. обострением хронического пульпита
118. Способ пломбирования кариозных полостей:
	1. туннельный
	2. сендвич-техника
	3. step bask
	4. crown down
	5. реминерализация
119. В этиологии пульпита основную роль играют:
	1. фузобактерии
	2. спирохеты
	3. гемолитические и негемолитические стрептококки
	4. лактобактерии
	5. простейшие
120. Общим симптомом острых форм пульпита является:
	1. боль от кислого
	2. боль от сладкого
	3. самопроизвольная боль
	4. боль от холодного, проходящая после устранения раздражителя
	5. боль от горячего, проходящая после устранения раздражителя
121. Для выявления скрытых кариозных полостей применяется:
	1. ЭОД
	2. температурная проба
	3. рентгенография
	4. реодентография
	5. осмотр
122. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см:
	1. хронического фиброзного периодонтита
	2. хронического гранулематозного периодонтита
	3. хронического гранулирующего периодонтита
	4. кистогранулемы
	5. среднего кариеса
123. При отсутствии лечения хронического гранулирующего периодонтита возможен:
	1. переход в фиброзную форму
	2. переход в корневую кисту или гранулему
	3. переход к клиническому излечению
	4. переход к физиологическому излечению
124. Эрозиязубов:
	1. эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде.
	2. порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.
	3. нарушение эмалеобразования, выражающиеся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов.
	4. прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии.
	5. сращение, слияние и раздвоение зубов.
125. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:
	1. чувство «оскомины»
	2. «слипание зубов»
	3. боль химических раздражителей
	4. боль от температурных раздражителей
	5. боль от механических раздражителей
126. Повысить эффективность отбеливания можно с помощью:
	1. предварительного депульпирования зуба
	2. удаления поверхностного слоя эмали
	3. повышения температуры зуба на 10°С, применения лазерной технологии
	4. уменьшения экспозиции отбеливателя
	5. увеличения экспозиции отбеливателя
127. Факторы развития флюороза:
	1. хронический периодонтит молочного зуба
	2. интоксикация фтором
	3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
	4. передача патологии твердых тканей по наследству
	5. заболевания женщины в период беременности
128. Утрата соединительнотканного прикрепления зуба на расстоянии от цементо-эмалевой границы до дна пародонтального кармана – это:
	1. ложный карман
	2. клиническая десневаяборозда
	3. глубина пародонтального кармана
	4. обнажение поверхности корня зуба
	5. потеря пародонтального прикрепления
129. Индекс API определяет:
	1. уровень гигиены полости рта
	2. патологическую подвижность зуба
	3. симптом кровоточивости десны
	4. степень гипертрофии десны
	5. размер обнажения корня зуба
130. Методы удаления зубных отложений:
	1. ручной (механический), ультразвуковой, звуковой, содоструйный
	2. ручной (механический), ультразвуковой, звуковой, содоструйный, химический
	3. механический, ультразвуковой, звуковой
	4. ультразвуковой, звуковой
	5. механический, ультразвуковой
131. Препарат, обладающий противовирусной активностью:
	1. нистатин
	2. дибазол
	3. трихопол
	4. ацикловир
	5. цифран
132. Вторичный сифилис на СОПР проявляется как:
	1. папулезный сифилид
	2. твердый шанкр
	3. творожистый налет
	4. гумма
	5. множественные язвы
133. Суточная лечебная доза флуконазола:
	1. 25–50 мг
	2. 50–100 мг
	3. 100–150 мг
	4. 150–200 мг
	5. 200–300 мг
134. Бактериоскопия при черном волосатом языке чаще всего выявляет:
	1. стафилококки
	2. грибы Candida и лептотрихии
	3. вирусы
	4. анаэробы
	5. стрептококки
135. Признаки озлокачествения эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:
	1. наличие фибринозного налета
	2. воспаление вокруг очага поражения
	3. появление жжения
	4. уплотнение краев и основания очага поражения
	5. гиперсаливация
136. Кариес в стадии пятна характеризуется:
	1. некрозом эмали
	2. нарушением формирования эмали
	3. поверхностной деминерализацией
	4. подповерхностной деминерализацией
	5. гиперминерализацией
137. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (среднего кариеса) проводится с:
	1. кариесом в стадии пятна
	2. хроническим фиброзным пульпитом
	3. глубоким кариесом
	4. острым диффузным пульпитом
	5. обострением хронического пульпита
138. Способ пломбирования кариозных полостей:
	1. туннельный
	2. сендвич-техника
	3. step bask
	4. crown down
	5. реминерализация
139. В этиологии пульпита основную роль играют:
	1. фузобактерии
	2. спирохеты
	3. гемолитические и негемолитические стрептококки
	4. лактобактерии
	5. простейшие
140. Общим симптомом острых форм пульпита является:
	1. боль от кислого
	2. боль от сладкого
	3. самопроизвольная боль
	4. боль от холодного, проходящая после устранения раздражителя
	5. боль от горячего, проходящая после устранения раздражителя
141. **К ионизирующим излучениям относятся:**
	1. длинноволновые электромагнитные колебания в радиочастотном диапазоне,
	2. ультразвуковое,
	3. рентгеновское,
	4. гамма
	5. бетта+ , бетта-,
	6. инфракрасное,
	7. правильно в), г) , д).
142. **Тормозное рентгеновское излучение – это:**
	1. γ- излучение некоторых радионуклидов
	2. поток электронов, получаемых в ускорителях,
	3. излучение, возникшее при торможении ускоренных электронов на мишени,
	4. излучение, возникшее при изменении энергетического состояния атома,
	5. эмиссия электронов с катода рентгеновской трубки
143. **К единицам измерения поглощенной дозы относятся все перечисленные, кроме:**
	1. Рад,
	2. Грей (Гр),
	3. рентген (Р, Rg),
	4. Джоуль/кг
144. **Укажите препарат, относящийся к группе М-холиномиметики:**
	1. Атропин
	2. Ацеклидин
	3. Метоциния йодид
	4. Ривастигмин
	5. Гиосциамин
145. **Укажите препарат, относящийся к группе ганглиоблокаторы:**
	1. Панкурония бромид
	2. Ацеклидин
	3. Пирилен
	4. Тровентол
	5. Физостигмин
146. **Укажите препарат, относящийся к группе М-холиномиметики:**
	1. Пилокарпин
	2. Физостигмин
	3. Метоциния йодид
	4. Ривастигмин
	5. Цитизин
147. **аутотрансплантат для проведения костной пластики нижней челюстиберут из**
	1. ключицы
	2. бедренной кости
	3. точка стопы
	4. малой берцовой кости
	5. лучевой кости
148. **при дефекте нижней челюсти размером более 6 см костную пластику проводят**
	1. имплантатом «Карбопол»
	2. имплантатом «Полиметилкрилат, гидрокмиапатит»
	3. реконструктивной штангой
	4. гребнем подвздошной кости на микрососудистой ножке
	5. бедренной костью
149. **фиксация аутотрансплантата после замещения дефекта нижней челюсти проводят**
	1. микропластинами
	2. реконструктивной штангой
	3. минипластинами
	4. длинными винтами
	5. аппаратом Рудько
150. **при удалении злокачественной опухоли нижней челюсти необходимо отступить от границ опухоли на**
	1. 0,5 см
	2. 1 см
	3. 1,5 см
	4. 2 см
	5. 3 см