

Стоматология хирургическая

Редакция 2018

1	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛЕВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ШИНИРОВАНИЯ И ФИКСАЦИИ	<ol style="list-style-type: none">1. шину-моноблок на область жевательных зубов справа2. проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной фиксацией3. пластмассовую зубонадесневую шину на нижнюю челюсть с пелотом справа4. гладкую шину-скобу5. костный шов
2	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРАВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ШИНИРОВАНИЯ И ФИКСАЦИИ	<ol style="list-style-type: none">1. пластмассовую зубонадесневую шину на нижнюю челюсть с пелотом слева2. проволочную шину с зацепными петлями3. пластмассовую назубную шину4. гладкую шину-скобу5. костный шов
3	ПРИ ДВОЙНОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ШИНИРОВАНИЯ И ФИКСАЦИИ	<ol style="list-style-type: none">1. шину-моноблок на область жевательных зубов справа2. проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной фиксацией3. гладкую шину-скобу4. комбинированную пластмассовую зубонадесневую шину с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной фиксацией5. шину Вебера
4	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛЕВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ШИНИРОВАНИЯ И ФИКСАЦИИ	<ol style="list-style-type: none">1. шину-моноблок на область жевательных зубов справа2. шину Вебера с пелотом справа3. проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной фиксацией4. шину Вебера с пелотом слева

		5. шину-моноблок на область жевательных зубов слева
5	ПОКАЗАНИЯМИ К СЕКВЕСТРЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. крупные секвестры 2. стойкий белок в моче 3. наличие секвестральной капсулы 4. погибшие зачатки зубов 5. секвестр, расположенный вне зоны роста, у детей до 10 лет
6	ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ПРОДУКТИВНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. неотложное хирургическое лечение, как при остром остеомиелите 2. дезинтоксикационная терапия 3. курс антибактериальной, противовоспалительной, десенсебилизирующей терапии, физиотерапия, ГБО 4. частичная резекция челюсти 5. ревизия патологических очагов разрежения в челюсти
7	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ (ЭКЗАРТИКУЛЯЦИИ) ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА:	<ol style="list-style-type: none"> 1. укорочение видимой части коронки 2. увеличение видимой части коронки 3. смещение коронки в сторону 4. видимых изменений нет 5. лунка зуба пустая
8	ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЁНКА 6 ЛЕТ НЕОБХОДИМ СЛЕДУЮЩИЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ОТВЕТ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. госпитализация, антибактериальная, противовоспалительная терапия 2. хирургическое лечение - вскрытие абсцесса в условиях поликлиники 3. госпитализация, хирургическое лечение – вскрытие абсцесса, антибактериальная и противовоспалительная терапия 4. хирургическое лечение - вскрытие абсцесса в условиях поликлиники, антибактериальная, противовоспалительная терапия 5. госпитализация, хирургическое лечение – вскрытие абсцесса
9	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВОЙ (ОДОНТОГЕННОЙ	<ol style="list-style-type: none"> 1. цистотомия

	ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ) КИСТЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОНИКАЮЩЕЙ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУС, У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 2. цистотомия с резекцией верхушки корня причинного зуба 3. цистэктомия 4. цистэктомия с верхнечелюстной синусотомией 5. цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
10	МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ (ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ) КИСТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. цистэктомия с верхнечелюстной синусотомией 2. цистотомия с удалением причинного зуба 3. цистэктомия с удалением причинного зуба 4. цистотомия с резекцией верхушки корня причинного зуба 5. цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
11	ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ	<ol style="list-style-type: none"> 1. стальные 2. титановые 3. твердосплавные 4. пластиковые 5. пластиковые 6. специальных инструментов нет
12	СОГЛАСНО КЛИНИКО- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. начальную 2. позднюю 3. диффузную 4. ограниченную 5. клинически выраженную
13	ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ	<ol style="list-style-type: none"> 1. железа плотная, бугристая 2. одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез 3. из протока выделяется чистый прозрачный секрет 4. из протока выделяется гной или секрет с примесью гноя 5. железа тестовато-пастозная
14	ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. противовоспалительную терапию 2. физиотерапевтическое лечение 3. антибактериальную терапию 4. хирургическое лечение

		5. введение 30% раствора йодолипола в проток железы
15	ДЛЯ СИАЛОЛИТИАЗА (ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО СИАЛОДЕНИТА) ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ	<ol style="list-style-type: none"> 1. периодическое увеличение объёма слюнной железы 2. усиление болей при приёме пищи 3. наличие уплотнения по ходу протока 4. тестовато-пастозная консистенция железы 5. свободное выделение секрета из протока железы
16	НЕОДОНТОГЕННУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЮТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. гигантоклеточная опухоль 2. одонтома твердая 3. фолликулярная киста 4. мукоэпидермоидная опухоль 5. цементома
17	ИСТИННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. гигантоклеточный эпюлис 2. амелобластома 3. остеома 4. травматическая костная киста 5. фиброзная дисплазия
18	МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНОЙ КАПИЛЛЯРНО-КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ У РЕБЁНКА 10 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. гормональная терапия 2. склерозирующая терапия 3. лучевая терапия 4. хирургическое лечение 5. физиолечение
19	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ангиографическое исследование 2. ультразвуковое исследование 3. осмотр 4. ультразвуковое исследование с доплерографией 5. пальпация
20	ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ I ТИПА ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. утолщение альвеолярных отростков на стороне поражения 2. макродентия на стороне поражения 3. раннее прорезывание временных и постоянных зубов 4. множественные тяжи слизистой оболочки 5. наличие расщелины нёба
21	АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НОСИТ ИМЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уварова В. М. 2. Васильева Г. А. 3. Рудько В. Ф. 4. Мухина М. В. 5. Михельсона Н. М.

22	НАРКОЗНОЕ СРЕДСТВО, ОБЛАДАЮЩЕЕ НАИМЕНЬШЕЙ ТОКСИЧНОСТЬЮ	<ol style="list-style-type: none"> 1. азота закись 2. фторотан 3. эфир 4. тиопентал-натрий 5. гексенал
23	ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. кокаин 2. ультракаин 3. анестезин 4. лидокаин 5. новокаин
24	ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ	<ol style="list-style-type: none"> 1. кора головного мозга 2. таламус 3. лимбическая система 4. белки поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи 5. чувствительные нервные окончания и проводники
25	АДРЕНАЛИН НЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. для пролонгации эффекта местных анестетиков 2. анафилактическом шоке 3. приступе бронхиальной астмы 4. гипертонической болезни 5. остановке сердца
26	УКАЖИТЕ ЗУБЫ, ВОВЛЕЧЕННЫЕ В ЗОНУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕНТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕВА	<ol style="list-style-type: none"> 1. 44,45 2. 34,35 3. 36,35 4. 46,45
27	ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА НЕ ВЛИЯЮЩЕГО НА ТОНУС СОСУДА	<ol style="list-style-type: none"> 1. новокаин 2. лидокаин 3. артикаин 4. мепивакаин 5. ансетезин
28	АСПИРАЦИОННАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ИНЪЕКЦИОННОЙ ИГЛЫ В МЯГКИЕ ТКАНИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. после прокалывания слизистой 2. перед началом создания депо раствора 3. на середине пути движения иглы 4. после введения 1/3 объема раствора 5. после создания депо раствора
29	АППЛИКАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ	<ol style="list-style-type: none"> 1. глубокого пропитывания тканей 2. проводниковой анестезии 3. инфильтрационной анестезии 4. пародонтальной анестезии 5. поверхностной местной анестезии
30	СВОЙСТВА АНЕСТЕЗИНА, ОГРАНИЧИВАЮЩЕЕ ЕГО	<ol style="list-style-type: none"> 1. плохая водорастворимость 2. высокая токсичность

	ПРИМЕНЕНИЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ	<ul style="list-style-type: none"> 3. раздражающие свойства 4. слабая анестезирующая активность 5. кратковременность эффекта анестезии
31	СВОЙСТВО ДИКАИНА, ОГРАНИЧИВАЮЩЕЕ ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ ТОЛЬКО ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ	<ul style="list-style-type: none"> 1. плохая водорастворимость 2. слабая анестезирующая активность 3. высокая токсичность 4. раздражающие свойства 5. кратковременность эффекта анестезии
32	ЭФФЕКТ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ В РАСТВОР СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ	<ul style="list-style-type: none"> 1. усиливается, удлиняется действие и увеличивается токсичность 2. усиливается, удлиняется действие и уменьшается токсичность 3. уменьшается сила и длительность действия, увеличивается токсичность 4. уменьшается сила и длительность действия, уменьшается токсичность 5. не меняется
33	МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ ТКАНЕЙ	<ul style="list-style-type: none"> 1. нейтральной 2. слабокислой 3. кислой 4. щелочной 5. активность не зависит от реакции тканей
34	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕНТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛИНА ИНЪЕКЦИОННОЙ ИГЛЫ ДОЛЖНА БЫТЬ	<ul style="list-style-type: none"> 1. 8 мм 2. 10 мм 3. 12 мм 4. 16 мм 5. 25 мм
35	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ	<ul style="list-style-type: none"> 1. круглое отверстие 2. овальное отверстие 3. нижнечелюстное отверстие 4. подглазничное отверстие 5. подбородочное отверстие
36	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТСЯ ВЕТВИ НЕРВА	<ul style="list-style-type: none"> 1. n. alveolaris inferior 2. n. mandibularis 3. n. infraorbitalis 4. n. maxillaris 5. n. auriculotemporalis
37	ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ	<ul style="list-style-type: none"> 1. проведение аллергической пробы 2. проведение аппликационной анестезии 3. орошения полости рта

	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 4. проведение аспирационной пробы 5. быстрое введение анестетика
38	ТУБЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ВЫЗЫВАЕТ ВЫКЛЮЧЕНИЕ НЕРВА (НЕРВОВ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. задние, средние верхние альвеолярные нервы 2. задние верхние альвеолярные нервы 3. нижний альвеолярный нерв 4. верхнечелюстной нерв 5. задний верхний альвеолярный и щечный нервы
39	В ЗОНУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВХОДЯТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. верхние третий и частично второй моляры 2. все верхние моляры и частично премоляры 3. верхний и нижний третьи моляры 4. верхние третий, второй и частично первый моляры 5. все нижние моляры
40	МЕПИВАКАИН 3% – ЭТО МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК С ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ В ДОЗИРОВКЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1: 100 000 2. 1: 200 000 3. 1: 300 000 4. 1: 400 000 5. без вазоконстриктора
41	ПАПИЛЛОМА – ЭТО ОПУХОЛЬ ИЗ	<ol style="list-style-type: none"> 1. железистого эпителия 2. мезенхимы 3. покровного эпителия 4. участков метаплазии 5. меланинообразующей ткани
42	АРТИКАИН ОТНОСЯТ К ПРЕПАРАТУ ГРУППЫ	<ol style="list-style-type: none"> 1. амиды 2. эфиры 3. нестероидные противовоспалительные 4. стероиды 5. гормоны
43	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРОВОДИМОГО В УСЛОВИЯХ ВОСПАЛЕНИЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. усиливается 2. не изменяется 3. уменьшается 4. пролонгируется
44	ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ БУДЕТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. бензокаина 2. прокаина 3. лидокаина 4. артикаина 5. тримекаина
45	ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ЛИДОКАИНА ИМЕЮТ КОНЦЕНТРАЦИЮ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2% 2. 4% 3. 5% 4. 10% 5. 12%

46	К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. туберальную 2. инфраорбитальную 3. мандибулярную 4. резцовую 5. инфразионную
47	ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ПРОВОДЯТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. у переднего края ветви нижней челюсти 2. медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки 3. по переходной складке от зубов 1.2 до 1.6 4. по верхнему своду преддверия рта в области моляров 5. по переходной складке в области верхнего клыка
48	ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ МНОЖЕСТВОМ МЕЛКИХ ОЧАГОВ РЕЗОРБЦИИ В КОСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. секвестрирующая 2. гранулирующая 3. гиперпластическая 4. некротическая 5. рарефицирующая
49	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА:	<ol style="list-style-type: none"> 1. верхнего клыка 2. верхнего центрального резца 3. нижнего моляра 4. верхнего третьего моляра 5. премоляра нижней челюсти
50	ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА РАЗРЕЗ ПРОВОДЯТ ОТСТУПА ОТ КРАЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА 2 СМ	<ol style="list-style-type: none"> 1. чтобы не повредить лицевую артерию 2. такой разрез даёт хороший обзор 3. чтобы не повредить лицевой нерв 4. косметически предпочтительно 5. чтобы не повредить поднижнечелюстную слюнную железу
51	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ ФИБРИНОЛИЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	<ol style="list-style-type: none"> 1. закреплении тромба в сосуде 2. переводе фибрин-мономера в фибрин-полимер 3. расширении зоны коагуляции 4. ограничении образования тромба, его растворении и восстановлении просвета сосудов 5. ретракции тромба
52	БОЛЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОГО ОЧАГА В ОБЛАСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. околоушно – жевательной 2. поднижнечелюстной 3. подподбородочной 4. окологлоточной 5. подглазничной

53	СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА ЭТО	<ol style="list-style-type: none"> 1. склерозированная костная ткань вокруг остеомиелитического очага 2. разрастание грануляционной ткани 3. участки резорбции костной ткани с четкими границами 4. отделившиеся секвестры 5. участок фиброза
54	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО	<ol style="list-style-type: none"> 1. боль в причинном зубе 2. припухлость и гиперемия лица 3. подвижность причинного зуба 4. наличие одного или нескольких свищевых ходов 5. повышение температуры тела
55	СРЕДНИЕ СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2 неделя 2. 3-4 неделя 3. 4-5 неделя 4. 6-8 неделя 5. 16-20 неделя
56	ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОГО ОЧАГА В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ ОТМЕЧАЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. затрудненное глотание 2. парез лицевого нерва 3. воспалительная контрактура 4. нарушение дыхания 5. нарушение речи
57	БИМАКСИЛЯРНОЕ ШИНИРОВАНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЕРЕД СЕКВЕСТРАКТОМИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. укрепления подвижных зубов 2. оптимизации раневого процесса после операции 3. профилактики патологического перелома челюсти 4. ограничения подвижности языка 5. для проведения последующей остеотомии челюсти
58	В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА	<ol style="list-style-type: none"> 1. начало формирования свищевых ходов 2. подвижность секвестра 3. обнажение костной ткани челюсти в очаге поражения 4. плотный болезненный инфильтрат по переходной складке 5. ухудшение общего состояния
59	ПОД ТЕРМИНОМ «ДЕЗИНФЕКЦИЯ» ПОНИМАЮТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. освобождение объекта только от вегетативных форм 2. уничтожение патогенных микробов 3. освобождение только от аэробных форм бактерий

		<ul style="list-style-type: none"> 4. освобождение от спор и вегетативных форм 5. уничтожение только анаэробных форм микробов
60	ВИД МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА	<ul style="list-style-type: none"> 1. мандибулярная анестезия 2. туберальная анестезия 3. анестезия по Берше 4. мандибулярная и инфильтрационная анестезия 5. анестезия у ментального отверстия
61	ПОД ТЕРМИНОМ «СТЕРИЛИЗАЦИЯ» ПОНИМАЮТ	<ul style="list-style-type: none"> 1. освобождение от спор и вегетативных форм 2. освобождение объекта только от вегетативных форм 3. освобождение только от аэробных микробов 4. уничтожение только анаэробных форм микробов 5. уничтожение только патогенных микробов
62	В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В КОСТНОЙ ТКАНИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ	<ul style="list-style-type: none"> 1. очаги остеосклероза 2. очаги остеолизиса 3. очаги некроза 4. очаги остеопороза 5. тень секвестра
63	НЕСТАБИЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	<ul style="list-style-type: none"> 1. папилломы 2. лимфангиомы 3. фибромы 4. нейрофиброматоза 5. плеоморфной аденомы
64	АБСЦЕССОМ НАЗЫВАЮТ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ	<ul style="list-style-type: none"> 1. разлитое 2. ограниченно – разлитое 3. ограниченное 4. нескольких анатомических областей
65	ПЕРИКРОНИТ – ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС	<ul style="list-style-type: none"> 1. периодонта третьего моляра 2. периоста в области третьего моляра 3. мягких тканей вокруг коронки не полностью прорезавшегося зуба 4. тканей крыловидно-челюстной складки 5. клетчатки окологлоточного пространства
66	ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> 1. щипцы, изогнутые по плоскости 2. угловой элеватор 3. S- образные с шипом справа 4. клювовидные щипцы, изогнутые по ребру

		5. штыковидные щипцы
67	В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ	1. только причинного 2. всех на пораженной челюсти 3. причинного и антагониста 4. причинного и соседних 5. причинного, соседние неподвижны
68	ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРИОСТИТА	1. верхняя челюсть с небной стороны 2. ветвь нижней челюсти 3. нижняя челюсть с язычной стороны 4. вестибулярная поверхность челюстей 5. ретромолярная область
69	СВИЩЕВОЙ ХОД ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ	1. серозном 2. гнойном 3. гранулематозном 4. фиброзном 5. гранулирующем
70	КАПИЛЛЯРНЫЕ И ОГРАНИЧЕННЫЕ КАПИЛЛЯРНО- КАВЕРНОЗНЫЕ ГЕАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛЕЧИТЬ МЕТОДОМ	1. хирургическим 2. криодеструкции 3. химиотерапии 4. рентгенологическим 5. комбинированным
71	В НОРМЕ БОЛЬШИЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	1. пальпируются 2. определяются визуально 3. определяются при запрокидывании головы 4. не пальпируются 5. значительно увеличены
72	КЛЮЧ ЛЕКЛЮЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ	1. 1.6, 2.6 2. 3.5, 4.5 3. 3.8, 4.8 4. корней 3.6, 4.6 5. корней 3.5, 4.5
73	ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ 3.7(4.7) И 3.8(4.8) ЗУБОВ	1. в язычную сторону 2. в щечную сторону 3. ротационное движение 4. спереди 5. сзади
74	ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ 4.1(3.1) И 4.2(3.2) ЗУБОВ	1. клювовидные с шипами 2. S-образные с шипом 3. клювовидные со сходящимися щеками 4. клювовидные с несходящимися щечками 5. штыковидные
75	СПЕЦИАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВЫСКАБЛИВАНИЯ ГРАНУЛЯЦИЙ ИЗ ЛУНКИ	1. серповидная гладилка 2. шпатель 3. кюретажная ложка 4. штопфер

		5. угловой зонд
76	ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОТСЛАИВАНИЯ КРУГОВОЙ СВЯЗКИ ЗУБА	1. кюретажная ложка 2. серповидная гладилка 3. экскаватор 4. шпатель 5. штопфер
77	КОРНИ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, БЛИЗКО ПОДХОДЯЩИЕ К НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМУ КАНАЛУ	1. второго моляра 2. первого премоляра 3. первого моляра 4. клыка
78	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ 1.2 И 2.2 ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ	1. изогнутые по ребру 2. клювовидные 3. S-образные без шипа 4. S-образные с шипом 5. байонетные
79	ПРЯМОЙ ЭЛЕВАТОР НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ	1. удаления вторых моляров 2. кюретажа лунки 3. удаление корней моляров 4. сепарации зуба 5. остановки кровотечения
80	ПЕРВОЕ ДВИЖЕНИЕ, ПРИ УДАЛЕНИИ 1.5 ЗУБА	1. люксация в небную сторону 2. ротация по часовой стрелке 3. ротация против часовой стрелки 4. люксация в щечную сторону 5. тракция
81	ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОМАЕТСЯ И ДАЕТ ТРЕЩИНЫ ПРИ ТРАВМЕ СТЕНКА ГЛАЗНИЦЫ	1. медиальная 2. верхняя 3. латеральная 4. нижняя
82	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ЩИПЦЫ	1. прямые 2. клювовидные 3. S-образные с шипом 4. изогнутые по плоскости 5. S-образные без шипа
83	ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ 2.3 ЗУБА ПРОИЗВОДИТСЯ В СТОРОНУ	1. небную 2. медиальную 3. вестибулярную 4. дистальную 5. нижнюю
84	БЛОКАДУ ЗАДНИХ ВЕРХНИХ ЛУНОЧКОВЫХ НЕРВОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ АНЕСТЕЗИЯ	1. туберальная 2. палатинальная 3. инфраорбитальная 4. резцовая 5. наднадкостничная
85	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОДБОРОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ НА УРОВНЕ	1. 1-го премоляра 2. 1-го моляра 3. 2-го премоляра 4. промежутка между 1-м и 2-м молярами
86	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ	1. пульпу 2. переходную складку

	АНЕСТЕЗИИ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ В	<ol style="list-style-type: none"> 3. небо 4. периодонт 5. десневой сосочек
87	ВВЕДЕНИЕ АНЕСТЕТИКА В ОБЛАСТЬ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ НАЗЫВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ	<ol style="list-style-type: none"> 1. щечной 2. инфильтрационной 3. интралигаментарной 4. оральной 5. неинъекционной
88	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. оказывают генерализованное воздействие на организм 2. осуществляют инвазивный рост 3. метастазируют 4. сдавливают прилежащие ткани, но обычно не повреждают 5. инфильтрируют прилежащие ткани
89	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1. верхнечелюстной синусотомии 2. секвестрэктомии 3. постлучевой некрэктомии 4. склерозирующей терапии 5. удаления доброкачественных опухолей
90	ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6-8 месяцев 2. 10 дней 3. 1-2 месяца 4. 3-4 месяца 5. 1-1.5 года
91	ПЛАСТИКА ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПОКАЗАНА ПРИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ороантральном сообщении 2. артропластике 3. короткой уздечке языка 4. обширных дефектах мягких тканей 5. удалении новообразований кожи лица
92	СЛОЖНАЯ ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1. воспалительных заболеваний 2. опухолеподобных образований 3. пороков развития зубных тканей 4. доброкачественных одонтогенных опухолей 5. злокачественных одонтогенных опухолей
93	НАЛИЧИЕ НА СЛИЗИСТОЙ ПУЗЫРЬКОВЫХ ВЫСЫПАНИЙ С СЕРОЗНЫМ ИЛИ КРОВЯНИСТЫМ СОДЕРЖИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. лимфангиомы 2. гемангиомы 3. слизистой ретенционной кисты 4. папилломы

	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ	5. фибромы
94	ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. диагностическую пункцию абсцесса 2. вскрытие абсцесса через надминдаликовую ямку 3. рассечение лакун миндалин 4. криотерапию
95	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА	<ol style="list-style-type: none"> 1. неомогенное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи 2. пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи 3. очаговая тень в проекции верхнечелюстной пазухи 4. гомогенное интенсивное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи
96	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. иссечение в пределах здоровых тканей 2. блок-резекция альвеолярного отростка 3. химиотерапия 4. лучевая терапия 5. гомеопатия
97	ВЫВИХ - ЭТО	<ol style="list-style-type: none"> 1. кровоизлияние 2. смещение кости из суставной капсулы 3. артрит 4. перелом кости в суставе 5. синовит
98	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. цистотомия 2. криодеструкция 3. частичная резекция челюсти 4. цистэктомия 5. половинная резекция челюсти
99	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. раннее закрытие трепанационного отверстия 2. гематома 3. длительное существование кисты 4. послеоперационное воспаление раны 5. не полностью удаленная оболочка кисты
100	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	<ol style="list-style-type: none"> 1. иммобилизации 2. резекции суставного бугорка 3. прошивании суставной капсулы 4. резекции мышечковых отростков нижней челюсти

		5. введении суставной головки в суставную впадину
101	ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРОИЗВОДЯТ	<ol style="list-style-type: none"> 1. аппликацию полости 2. пломбирование канала 3. резекцию верхушки корня «причинного» зуба 4. трансканальный электорофарез 5. выскабливание зубо-десневого кармана
102	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВИДЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1. "тающего сахара" 2. полости с нечеткими контурами в области верхушек зубов 3. нескольких полостей с четкими контурами 4. полости с четкими контурами в области верхушек зубов 5. участков уплотнения и разрежения
103	УКАЖИТЕ МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, НЕ ОБЛАДАЮЩИЙ СОСУДОРАСШИРЯЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. мепивакаин 2. артикаин 3. лидокаин 4. прокаин 5. тримекаин
104	УКАЖИТЕ МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА:	<ol style="list-style-type: none"> 1. лидокаин 2. бензокаин 3. мепивокаин 4. артикаин 5. прокаин
105	СРОКИ ПЕРВИЧНОЙ ОТСРОЧЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА С НАЛОЖЕНИЕМ ГЛУХОГО ШВА У ДЕТЕЙ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 часа 2. до 36 часов 3. до 48 часов 4. до 72 часов 5. до 96 часов
106	НЕОТЛОЖНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА	<ol style="list-style-type: none"> 1. острая фаза одонтогенного остеомиелита 2. гнойный лимфаденит 3. периостит 4. одонтогенная флегмона 5. острый диффузный пульпит
107	ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ЗУБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. невозможность консервативного лечения 2. подвижность зуба 2-3 степени 3. коронковая часть разрушена более 50% 4. кариозная полость на жевательной поверхности 5. интактный зуб с обнажением корня на половину его длины

108	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ранних симптомов заболевания 2. профессиональных вредностей 3. препаратов для лечения 4. допустимых доз лучевой терапии 5. расположение онкологических служб
109	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. постинъекционный абсцесс 2. отсутствие анестезии 3. образование гематомы 4. побледнение кожи лица на стороне обезболивания 5. наступление временной слепоты
110	ГЕМИСЕКЦИЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей 2. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации 3. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части 4. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба 5. удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
111	РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей 2. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации 3. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба 4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части 5. удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку
112	ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ИНСТРУМЕНТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ	<ol style="list-style-type: none"> 1. замачивания в моющем растворе 2. промывания в моющем растворе 3. ополаскивания в проточной воде

		<ul style="list-style-type: none"> 4. ополаскивания в дистиллированной воде 5. дезинфекции
113	ПРИ ОТСУТСТВИИ СГУСТКА ЛУНКА ЗАЖИВАЕТ ПУТЕМ	<ul style="list-style-type: none"> 1. постепенного сближения краев 2. роста грануляций со стенок лунки 3. формирования остеоидной ткани 4. образования кости
114	АМПУТАЦИЯ КОРНЯ	<ul style="list-style-type: none"> 1. отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей 2. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба 3. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации 4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части 5. удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку