

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5D14FAECA12B3528CAB1C801190FEA9E
Владелец: Неврычева Елена Викторовна
Действителен: с 21.09.2023 до 14.12.2024

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.73 Стоматология терапевтическая
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск
2022

Оглавление

I.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
II.	ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	3
III.	ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ.....	6

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.73 Стоматология терапевтическая соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-стоматолог-терапевт – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

1.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

1.2. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) пациентов со стоматологической патологией ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
	ПК-6. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	ПК-6.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, оформляет необходимую медицинскую документацию и направляет для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ)
Лечебная деятельность	ПК-7. Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи	ПК-7.1 Определяет тактику ведения пациента ПК-7.2 Ведет и лечит пациентов
	ПК-8. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-8.1 Оценивает состояния пациентов ПК-8.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-9. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-9.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-9.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-10. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	ПК-10.1 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих ПК-10.2 Обучает пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	заболеваний	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-11. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-11.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-11.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-12. Готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-12.1 Проводит анализ и оценку качества стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ПК-13. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-13.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинскую эвакуацию

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний,	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана.

		приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

1. Аппаратные методы диагностики, лечения и реабилитации в терапевтической стоматологии. Логико-дидактические схемы практических занятий : учеб. пособие / И. М. Макеева [и др.] ; Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского. – М. : МОНИКИ, 2019. – 35 с.

2. Аппаратные методы лечения и реабилитации при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта. Логико-дидактические схемы практических занятий : учеб. пособие / И. М. Макеева [и др.] ; Моск. обл. н.-и. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М. : МОНИКИ, 2019. – 28 с.

3. Арьева, Г.Т. Боль и нестероидные противовоспалительные препараты в стоматологии : учеб. пособие / Г. Т. Арьева ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общ. практики, каф. гериатрии, пропедевтики и упр. в сестр. деятельности. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 88 с.

4. Вавилова, Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта : учеб. пособие / Т.П. Вавилова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 208 с.

5. Галитоз: учеб. пособие / К. Г. Караков, В. Н. Мажаров, П. А. Савельев [и др.]; ред. К. Г. Караков; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2018. - 103 с.

6. Гигиена медицинских учреждений, оказывающих стоматологическую помощь населению : учеб. пособие / Казан. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации ;

сост.: А. В. Шулаев [и др.]. - Казань : Медицина, 2019. - 54 с.

7. Гилязева, В.В. Обследование пациента в клинике терапевтической стоматологии : учеб. пособие / В. В. Гилязева, Л. И. Никитина ; М-во науки и высшего образования РФ, Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. – 88 с.

8. Гущина, О.О. Особенности пломбирования корневых каналов при атопической реакции : учеб. пособие / О. О. Гущина, Л. Н. Казарина ; Приволж. исслед. мед. ун-т. – Нижний Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2019. – 52 с.

9. Заболевания слизистой оболочки полости рта : учеб. пособие. Ч. 1 / М. Т. Тхазапlicheва, Л. В. Карданова, А. А. Шортова [и др.] ; М-во науки и высшего образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. - Нальчик : КБГУ, 2021. - 100 с.

10. Ирригация системы корневых каналов: учеб. пособие / Н. В. Тиунова, Л. И. Егорова, М. Л. Жданова, А. В. Ярцева; Приволж. исслед. мед. ун-т. – Н. Новгород: Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2021. - 46 с.

11. Караков, Карен Григорьевич. ВИЧ-инфекция в стоматологической практике : учеб. пособие / К. Г. Караков, О. А. Соловьева, Н. А. Мордасов ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 108 с.

12. Караева, А.Ю. Новые аспекты медикаментозных и хирургических методов лечения заболеваний пародонта. Мукозит. Периимплантит: учеб. пособие / А. Ю. Караева, А. В. Силин; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2021. - 56 с.

13. Кариес зубов : учеб. пособие / М. Т. Тхазапlicheва, Л. В. Карданова, С. А. Балкарова [и др.] ; М-во науки и высшего образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. - Нальчик : КБГУ, 2022. - 59 с.

14. Классификация зубочелюстных аномалий : учеб. пособие / А. А. Симакова, Е. В. Федорович, Л. Н. Горбатова [и др.] ; ред. Л. Н. Горбатова ; Север. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. стоматологии дет. возраста. - Архангельск : Изд-во Север. гос. мед. ун-та, 2020. - 96 с.

15. Клинико-ориентированные технологии для ранней визуализации патологических состояний слизистой оболочки рта : учеб. пособие / С. И. Гажва, Т. П. Горячева, И. П. Горячева, Ю. В. Гажва ; Приволж. исслед. мед. ун-т. – Н. Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2020. - 68 с.

16. Козлова, М.В. Местная анестезия в амбулаторной практике врача-стоматолога : учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих прогр. доп. проф. образования - прогр. повышения квалификации по стоматол. специальностям: рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и мед. науки" / М. В. Козлова, А. С. Белякова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 96 с.

17. Комплексное лечение заболеваний пародонта: клинические рекомендации, критерий экспертизы качества медицинской помощи : учеб. пособие / А. В. Силин, Е. В. Леонова, Э. Д. Сурдина, А. Л. Рубежов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общ. практики. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2021. - 84 с.

18. Курбанов, О.Р. Взаимодействие стоматологических материалов с организмом человека : учеб. пособие / О. Р. Курбанов, А. О. Алиева, З. О. Курбанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 80 с.

19. Копецкий, И.С. Кариесология : учеб. пособие для использования в учеб. процессе образоват. организаций, реализующих программы высш. и доп. проф. образования по специальности "Стоматология": рекомендовано Центр. координац. метод. советом ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова" Минздрава России / И. С. Копецкий ; ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова" М-ва здравоохранения Рос. Федерации. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 304 с.

20. Курбанова, Э.А. Некариозные поражения зубов. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика : учеб. пособие / Э. А. Курбанова, М. Н. Меджидов, А. А. Магомедов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Дагест. гос. мед. ун-т, каф. терапевт. стоматологии. - Махачкала : АЛЕФ, 2019. - 124 с.

21. Куриленко, В.Б. Клиническая практика врача-стоматолога : [учеб. пособие] / В. Б. Куриленко, О. М. Щербакова, М. А. Макарова. – М. : Экон-Информ, 2018. – 72 с.

22. Меджидов, М.Н. Инфекции полости рта и заболевания внутренних органов: причинно-следственные связи, принципы лечения : учеб. пособие / М. Н. Меджидов, Ш. А. Апашева ; Дагест. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Махачкала : ИПЦ ДГМУ, 2019. – 60 с.

23. Меджидов, М.Н. Состояния полости рта при общих соматических заболеваниях : учеб. пособие для клин. ординаторов и молодых специалистов / М. Н. Меджидов, Ш. А. Апашева ; Дагест. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Махачкала : ИПЦ ДГМУ, 2019. – 56 с.

24. Медикаментозные средства и стоматологические материалы, используемые в эндодонтии : учеб. пособие / Дагест. гос. мед. ун-т Минздрава России, каф. терапевт. стоматологии ; сост.: Г. Г. Абдурахманов, М. Н. Меджидов. - Махачкала : АЛЕФ, 2019. - 72 с.

25. Менеджмент в стоматологии : учеб. пособие / Н. И. Ивенский [и др.] ; ред. Н. И. Ивенский ; Ставроп. гос. мед. ун-т. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2018. – 164 с.

26. Направленная регенерация тканей пародонта : учеб. пособие / А. Ю. Караева, И. К. Евсеева, Ю. А. Домбровская [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общей практики. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 128 с.

27. Наследственные и многофакторные болезни и синдромы в стоматологической практике : учеб. пособие / Д. Л. Стрекалов, О. В. Астраханцева, Е. Н. Суспицын, Е. Н. Имянитов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т. – СПб.: СПбГПМУ, 2021. - 48 с.

28. Некариозные поражения твердых тканей зубов : учеб. пособие / [Л. Ю. Орехова, Е. Д. Кучумова, Т. В. Демченко и др. ; под ред. Л. Ю. Ореховой]; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. стоматологии терапевт. и пародонтологии. – СПб.: РИЦ СПбГМУ, 2021. - 71 с.

29. Неотложные состояния в амбулаторной практике врача-стоматолога : учеб. пособие : в 2 ч. / М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т ; сост.: С. Б. Фищев [и др.]. - СПб. : СПбГПМУ, 2020.

30. Новый подход к лечению воспалительных заболеваний пародонта : учеб. пособие / С. В. Сирак, Т. Л. Кобылкина, В. Н. Ленев [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т М-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. стоматологии. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. – 75 с.

31. Обтурация системы корневых каналов: учеб. пособие / Н. В. Тиунова, Л. И. Егорова, М. Л. Жданова, А. В. Ярцева; Приволж. исслед. мед. ун-т. – Н. Новгород: Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2021. - 62 с.

32. Организация оказания стоматологической помощи взрослому населению Российской Федерации в амбулаторных условиях: учеб. пособие / Д. А. Трухин, М. А. Постников, Ю. А. Шухорова, С. Е. Чигарина ; Самар. гос. мед. ун-т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 104 с.

33. Организация стоматологической помощи на современном этапе : учеб. пособие / А. Р. Шогенова, Л. Р. Бекижева, Н. Л. Шугунова, С. М. Баразбиева ; М-во науки и высшего образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. - Нальчик : КБГУ, 2019. - 120 с.

34. Организация стоматологической помощи при коронавирусных инфекциях :

- учеб. пособие / Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России ; ред. Ю.А. Ипполитов ; сост.: И. А. Беленова [и др.]. - Воронеж : ООО "Ритм", 2020. - 80 с.
35. Основы материаловедения в стоматологии: учеб. пособие / С. Н. Гаража, Е. Н. Гришилова, А. В. Зеленская [и др.]; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. пропедевтики стоматол. заболеваний. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2021. - 256 с.
36. Особенности дезинфекции и стерилизации в стоматологии : учеб. пособие к использованию в образоват. учреждениях, реализующих образоват. прогр. высш. и доп. проф. образования по стоматолог. спец.: рекомендовано ГБОУ ДПО "Рос. мед. акад. последиплом. образования" / Э. А. Базилян [и др.]. ; ред. Э. А. Базилян ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с.
37. Особенности использования современных местноанестезирующих средств в практике врача-стоматолога : учеб. пособие / С. В. Сирак, Т. Л. Кобылкина, В. Н. Лёвев [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. - 60 с.
38. Особенности оказания стоматологической помощи при пандемии коронавирусной инфекции : учеб. пособие / А. М. Хамадеева, Л. Ф. Лучшева, Д. А. Трунин [и др.] ; Самар. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения. - Самара : [б. и.], 2020. - 86 с.
39. Оформление амбулаторной карты первичного стоматологического пациента : учеб. пособие / Е. Е. Статовский, И. В. Кулик, О. Н. Кравец [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общей практики. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 120 с.
40. Первичная профилактика в стоматологии : учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования уровня ординатуры по специальности 31.08.73 "Стоматология терапевтическая", 31.08.76 "Стоматология детская": Рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и мед. науки" / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. стоматологии ; сост.: Л. Ф. Лучшева [и др.]. - Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. - 152 с.
41. Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие : в 3 т. Т. 1. – 10-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 624 с.
42. Применение современных реставрационных материалов для восстановления боковой группы зубов : учеб. пособие / С. В. Сирак, И. А. Копылова, Т. Л. Кобылкина [и др.] ; ред. С. В. Сирак ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, каф. стоматологии. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2019. – 60 с.
43. Пропедевтическая стоматология : учеб. пособие / Урал. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации ; сост.: Ю. В. Мандра [и др.]. - Екатеринбург : Изд. Дом "Тираж", 2021. - 152 с.
44. Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие / Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. стоматологии ; сост.: Л. В. Бондаренко [и др.]. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2019. – 158 с.
45. Пульпиты временных и постоянных несформированных зубов : учеб. пособие / ФГАОН ВО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М.Сеченова" М-ва здравоохранения Рос. Федерации (Сеченовский Университет). - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с.
46. Рентгенологическая диагностика в стоматологии: учеб. пособие / В. М. Водолацкий, А. М. Угримова, А. А. Павлов, А. В. Баландина ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2021. - 152 с.
47. Решение проблем при эндодонтическом лечении зубов с помощью компьютерного моделирования : учеб. пособие / Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации ; ред. К. Г. Караков. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. – 84 с.

48. Саакян, М.Ю. Повышенная стираемость зубов : учеб. пособие / М. Ю. Саакян, А. А. Плишкина, И. П. Горячева ; Приволж. исслед. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Н. Новгород : ПИМУ, 2019. - 74 с.

49. Силин, А.В. Медикаментозное лечение воспалительных заболеваний пародонта : учеб. пособие / А. В. Силин, Е. В. Леонова, Э. Д. Сурдина ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. стоматологии общ. практики. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 96 с.

50. Современные стоматологические адгезивы : учеб. пособие / Л. Н. Максимовская, М. Я. Абрамова, Г. И. Лукина, Е. Ю. Мендоса. – М. : ООО "Новик", 2019. – 84 с.

51. Стоматологическая медицинская организация : санитарно-гигиенический и противоэпидемиологический режим : учеб. пособие / С. Д. Арутюнов, Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, Е. В. Кухтевич ; ред.: Н. Д. Ющук, С. Д. Арутюнов ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М. : Практ. медицина, 2021. - 104 с.

52. Успенская, О.А. Особенности гигиены полости рта у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта : учеб. пособие / О. А. Успенская, Н. В. Круглова, А. В. Кочубейник ; Приволж. исслед. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. ун-та, 2019. - 78 с.

53. Физиотерапия в практике врача-стоматолога-терапевта: учеб. пособие / А. С. Оправин, Т. В. Вилова, Л. Н. Кузьмина [и др.]; Север. гос. мед. ун-т, каф. терапевт. стоматологии. - Архангельск: Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2022. - 132 с.

54. Хейлиты : учеб. пособие / Л. Р. Жанимова, М. Т. Тхазаплижева, Ж. Л. Шогенова [и др.] ; М-во науки и высш. образования РФ, Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. – Нальчик : КБГУ, 2019. – 41 с.

55. Эндодонтия : учеб. пособие: в 2 ч. / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, Е. Д. Кучумова [и др.] ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. стоматологии терапевтической и пародонтологии. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2019. – Ч. 1. - 88 с.; Ч. 2. – 92 с.

56. Янушевич, О.О. Десневая жидкость. Неинвазивные исследования в стоматологии : учеб. пособие / О. О. Янушевич. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с.

1.2. Дополнительная литература

57. Аппаратная физиотерапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : учеб.-метод. пособие / Д. А. Доменюк, В. А. Зеленский, А. В. Лепилин [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. - 307 с.

58. Блажкова, С.Л. Пародонтология. Дисциплина "Стоматология". Модуль "Пародонтология" / С. Л. Блажкова, К. Г. Караков ; Казан. гос. мед. ун-т. – Казань : КГМУ, 2018. – 104 с.

59. Богаевская, О.Ю. Клинические риски при инъекционном обезболивании в стоматологии : учеб.-метод. пособие / О. Ю. Богаевская ; Рос. ун-т дружбы народов. – М. : РУДН, 2021. - 18 с.

60. Буллезные поражения слизистой оболочки рта / О. Ф. Рабинович, И. М. Рабинович, И. И. Бабиченко, Е. С. Абрамова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 120 с.

61. Виртуальный пациент : учеб.-метод. пособие для клин. ординаторов / И. Ю. Лебеденко, А. А. Стафеев, А. Н. Ряховский [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, мед. ин-т, каф. ортопед. стоматологии. - Москва : ООО "Новик", 2020. - 124 с.

62. Епифанова, Ю.В. Стоматологические проявления соматических заболеваний в полости рта : конспект лекций / Ю. В. Епифанова, Р. С. Матвеев ; М-во здравоохранения Чуваш. Респ., Ин-т усовершенствования врачей. - Чебоксары : ГАУ ДПО "ИУВ", 2020. - 24 с.

63. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Изменения на слизистой полости рта при дерматозах : практикум / М-во науки и высшего образования РФ, Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова ; сост.: А. В. Карпунина [и др.]. - Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. - 76 с.
64. Инновационные технологии в стоматологии : учеб.-метод. пособие к практ. занятиям / И. В. Багдасарова [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, Мед. ин-т. – М. : РУДН, 2018. – 96 с.
65. Использование физических факторов в работе врача-стоматолога: практикум / М-во науки и высшего образования РФ, Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова ; сост.: В. В. Гилязева, Л. И. Никитина. - Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2021. - 168 с.
66. Кариес и некариозные поражения зубов: учеб.-метод. пособие / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, Е. Д. Кучумова [и др.]; ред. Л. Ю. Орехова; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России. – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2021. - 52 с.
67. Кариесология и эндодонтия : / Рос. ун-т дружбы народов ; ред. С. Н. Разумова. – М. : РУДН, 2018. – 108 с.
68. Леонтьев, В.К. Первичная стоматологическая помощь как основа стоматологии / В. К. Леонтьев, О. Г. Авраимова ; Рос. акад. наук, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова. – М. : Либри Плюс, 2020. - 98 с.
69. Лучевая диагностика в стоматологии : учеб.-метод. пособие / Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. рентгенологии и радиац. медицины ; ред. В. И. Амосов. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2019. - 32 с.
70. Меджидов, М.Н. Практикум по кариесологии / М. Н. Меджидов, Э. А. Курбанова ; Дагест. гос. мед. ун-т Минздрава России. - Махачкала : ДГМУ, 2020. - 172 с.
71. Неотложные состояния в стоматологической практике : учеб.-метод. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования подгот. кадров высш. квалификации в ординатуре по укрупненной группе специальностей по стоматологии: рекомендовано Координац. советом по обл. образования “Здравоохранение и мед. науки” / С. А. Демьяненко, Д. А. Казанцев, О. Н. Казанцева, Г. Р. Гелецян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 141 с.
72. Обезболивание на терапевтическом стоматологическом приеме : учеб.-метод. пособие / З. М. Гасанова, Ф. Ю. Даурова, Д. И. Томаева [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов. – М. : РУДН, 2019. – 44 с.
73. Особенности анатомии и топографии полости зуба и системы корневых каналов : учеб.-метод. пособие для врачей-стоматологов / Рос. ун-т дружбы народов, мед. ин-т ; сост.: З. С. Хабазе, А. В. Зорян. – М. : РУДН, 2019. – 72 с.
74. Особенности оказания стоматологической помощи при пандемии коронавирусной инфекции : моногр. / А. М. Хамадеева, Л. Ф. Лучшева, Д. А. Трунин [и др.] ; Самар. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения. - Самара : ИПК "Право", 2021. - 116 с.
75. Препарирование зубов. Гибридные боры : учеб.-метод. пособие / А. А. Копытов, А. А. Оганесян, В. А. Борозенцева [и др.] ; Белгор. гос. нац. исслед. ун-т Минобрнауки России. - Белгород : ООО "Эпицентр", 2022. - 98 с.
76. Принципы ведения медицинской амбулаторной карты в клинике терапевтической стоматологии : учеб.-метод. пособие для ординаторов, обучающихся по спец. 31.08.73 "Стоматология терапевтическая" / А. В. Сущенко, О. И. Олейник, Е. А. Алферова [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. госпитальной стоматологии. – Воронеж : Науч. кн., 2019. – 146 с.
77. Протокол диагностики и лечения пациентов с перикоронитом : учеб.-метод. пособие / М. А. Амхадова [и др.] ; Моск. обл. н.-и. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М. : МОНИКИ, 2018. – 20 с.
78. Рекомендации для самостоятельной подготовки ординаторов к процедуре первичной специализированной аккредитации: учеб.-метод. пособие для ординаторов,

обучающихся по специальности 31.08.73 "Стоматология терапевтическая" / А. Л. Соловьева, И. А. Беленова, Ю. Н. Комарова [и др.]; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. подгот. кадров высш. квалификации в стоматологии. - Воронеж: РИТМ, 2021. - 98 с.

79. Тактика врача-стоматолога: практ. рук. / З. Э. Ревазова, Е. А. Волков, А. В. Митронин [и др.]; ред. О. О. Янушевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 240 с.

80. Терапевтическая стоматология. Информационный справочник : учеб.-метод. пособие / К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, Д. Ю. Христофорандо [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2022. - 186 с.

81. Успенская, О.А. Схема клинического обследования больного и написания медицинской карты стоматологического больного : метод. указания / О. А. Успенская, М. Л. Жданова ; Приволж. исслед. мед. ун-т. – 10-е изд., доп. – Н. Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2020. – 96 с.

82. Физические аппаратные методы диагностики и лечения в эндодонтии : учеб.-метод. пособие / И. М. Макеева, А. Г. Волков, Ф. Ю. Даурова [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М.Сеченова, каф. терапевт. стоматологии Ин-та стоматологии. - М. : РУДН, 2020. - 44 с.

83. Янушевич, О.О. Десневая жидкость. Неинвазивные исследования в стоматологии : учеб. пособие / О. О. Янушевич. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

84. Афанасьев, В. В. Ксеростомия (сухость полости рта). Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / В. В. Афанасьев, М. Л. Павлова, Х. А. Ордашев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447475.html>. (дата обращения: 14.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

85. Казеко, Л. А. Терапевтическая стоматология. Клиническая эндодонтия = Therapeutic dentistry. Clinical endodontics : учеб. / Л. А. Казеко, Е. Л. Колб, О. С. Городецкая. – Минск : Вышэйшая школа, 2022. – 256 с. – ISBN 978-985-06-3410-8. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/129947.html> (дата обращения: 28.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

86. Казеко, Л. А. Терапевтическая стоматология. Консервативная стоматология = Therapeutic dentistry. Conservative dentistry : учеб. / Л. А. Казеко, Е. Л. Колб, О. А. Тарасенко. – Минск : Вышэйшая школа, 2023. – 384 с. – ISBN 978-985-06-3507-5. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/130119.html> (дата обращения: 09.05.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

87. Капустин, К.М. Стоматология : учеб. пособие / К.М. Капустин, Д.Н. Орлов. – 2-е изд. – Саратов : Науч. книга, 2019. – 159 с. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/81053.html>. (дата обращения: 02.12.2020). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

88. Медицинская документация – юридическая ответственность врача-стоматолога (Кариес зубов – K02; Пульпит – K04.0; Периодонтит – K04.4–K04.8) : учеб. пособие / Ю. А. Шухорова, Д. А. Трунин, С. Е. Чигарина, М. А. Постников. – М.: Ай Пи Ар Медиа, 2023. – 123 с. – ISBN 978-5-4497-2257-7. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/133096.html> (дата обращения: 19.09.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. - DOI: <https://doi.org/10.23682/133096>.

89. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html> (дата обращения: 20.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

90. Моисеева, В.В. Терапевтическая стоматология : учеб. пособие / В.В. Моисеева. – 2-е изд. – Саратов : Науч. книга, 2019. – 159 с. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/81062.html>. (дата обращения: 26.10.2020). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

91. Пародонтология / под ред. О.О. Янушевича, Л.А. Дмитриевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443651.html>. (дата обращения: 16.12.2020). – Режим доступа : по подписке.

92. Терапевтическая стоматология / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 888 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450246.html>. (дата обращения: 22.01.2021). – Режим доступа : по подписке.

93. Терапевтическая стоматология : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460979.html> (дата обращения: 20.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

94. Фэлэйс, Д. Экстренная помощь в стоматологии / Д. Фэлэйс ; под ред. А. Д. Фэлэйс, А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимовой. – М. : Мед. лит., 2021. – 447 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108391.html> (дата обращения: 20.01.2022). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

7.4. Клинические рекомендации по профилю «хирургия»

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Мальчик болен 8 дней. Жалобы на снижение аппетита, боль при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, повышение температуры тела до 39°C. Температура тела в первые 4 дня повышалась до 39°C, высыпания на губах, коже лица, слизистой оболочке рта появились к вечеру второго дня заболевания.

Лечился в поликлинике по месту жительства, состояние улучшилось, появился аппетит, но 2 дня назад вновь повысилась температура тела. На коже лица и в области глаз появились желто-коричневые корочки.

Конфигурация лица не изменена. Определяются увеличенные и болезненные при пальпации поднижнечелюстные и затылочные лимфатические узлы, обильное слюнотечение. На слизистой оболочке рта определяются сливающиеся множественные эрозии, покрытые толстым слоем рыхлого фибрина, язвенно-некротический гингивит. В соскобе обнаружены гигантские многоядерные клетки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. К какой группе относится данное заболевание по этиологии? Назовите возбудителя.
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. Какое осложнение можно предположить?
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 2

Пациент Ф. 29 лет обратился в клинику с целью профилактического осмотра, жалоб не предъявляет. Из анамнеза: к стоматологу обратился впервые за последние 4 года.

Объективно: 1.7 зуб - на окклюзионной поверхности на дистальном щечном бугре кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягченным дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Охарактеризуйте класс данной кариозной полости в соответствии с классификацией Блэка.

Ситуационная задача 3

Пациентка Ф. 18 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка в г. Одинцово. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача 4

В клинику обратилась пациентка Т. в возрасте 17 лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка в г. Красногорске. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль имеет матовый оттенок, на фоне которой на передней поверхности верхних центральных резцов отмечаются пигментированные пятна коричневого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Обоснуйте подбор индивидуальных средств гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача 5

В клинику обратилась пациентка Т. 59 лет с жалобами на эстетические дефекты и выраженную чувствительность передних зубов верхней челюсти. Анамнез: перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический гастрит с повышенной кислотностью. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: на вестибулярной поверхности 1.1, 2.1, 2.2 зубов – дефекты эмали и дентина блюдцеобразной формы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Подберите индивидуальные средства гигиены полости рта при данной патологии.

Ситуационная задача 6

Ребенок 8,5 лет жалуется на боль и кровоточивость десны из лунки поврежденного зуба, болезненность при приеме пищи. Травма зуба произошла вчера. Объективно: десна в области вколоченного зуба отечна, гиперемирована, нарушена ее целостность. Наблюдается укорочение коронки зуба. Ребенок направлен на рентгенологическое обследование.

Вопросы:

1. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения.
4. План лечения.
5. Укажите сроки диспансеризации.

Ситуационная задача 7

Ребенок с рождения находился на искусственном вскармливании, дополнительно получая из бутылочки сладкие соки и воду. В возрасте 1,5 лет родители заметили разрушение зубов, лечение по месту жительства не проводилось, и родители обратились на консультацию в поликлинику. Конфигурация лица не изменена, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Коронки зубов разрушены почти до десны, дентин обнажен, имеется обильное отложение зубного налета. Слизистая оболочка десны у 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов гиперемирована, отечна. Определяется укорочение уздечки верхней губы.

Вопросы:

1. Оцените состояние зубов ребенка и поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите патогенетические факторы развития данной клинической ситуации.
3. Укажите особенности процесса разрушения зубов, которые можно выявить при осмотре данного пациента.
4. Предложите тактику лечения.
5. Объясните прогноз.

Ситуационная задача 8

Родители ребенка 6 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на изменение цвета эмали временных клыков. Объективно: на вестибулярных поверхностях 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 7.3, 8.3 зубов имеются неглубокие кариозные полости, зондирование слабобезболезненно.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Предложите метод лечения.
4. К каким смежным специалистам порекомендуете обратиться и почему?
5. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребенка.

Ситуационная задача 9

Родители ребенка 1 года 1 месяца обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на разрушение передних верхних зубов. Объективно: на вестибулярных и контактных поверхностях 5.1, 5.2, 6.1, 6.2 зубов кариозные полости средней глубины, заполненные размягченным дентином. При удалении дентина обнаружена кровоточащая пульпа в 5.2 зубе.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите особенности строения зубов в этой области.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Выскажите предположения о прогнозе заболевания.

Ситуационная задача 10

Пациентка Л. 14 лет поступила в клинику с жалобами на косметический дефект, который проявлялся на коронках всех постоянных зубов в виде ямок и бороздок. При сборе анамнеза выяснено, что зубы прорезывались с описанной выше клинической картиной.

Вопросы:

1. Объясните причину данного заболевания зубов.
2. Укажите группу некариозных поражений твердых тканей зубов, к которой относится данное заболевание.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Каких специалистов привлечете для уточнения диагноза?
5. Какое лечение можно предложить для достижения косметического эффекта, каковы сроки его проведения?

Ситуационная задача 11

Родители ребенка 8 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на прорезывание 6.4 зуба, измененного в цвете и форме. Из анамнеза выяснено, что 6.4 зуб был лечен по поводу осложненного кариеса, затем удален около года назад.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Поставьте диагноз.
3. Предложите план лечения.
4. Назовите возможные причины заболевания.
5. Назовите стоматологические материалы, применяемые при лечении данного заболевания.

Ситуационная задача 12

Родители ребенка 11 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на косметический дефект 2.1 зуба. Из анамнеза выяснено, неделю назад произошла травма В результате падения с велосипеда. Во время еды возникают болевые ощущения при приеме горячей, холодной, твердой пищи. При зондировании линии перелома 2.1 зуба обнаружено сообщение с полостью зуба.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите методы дополнительного обследования, которые помогут уточнить диагноз.
4. Предложите методы лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 13

Родители ребенка 8 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами, что 2 месяца назад при падении произошел перелом коронок двух центральных резцов верхней челюсти. В поликлинике было проведено восстановление формы зубов с помощью штифтов и композитных материалов, в течение 3 недель после реставрации зубов ребенок пожаловался на ноющие боли в 1.1, 2.1 зубах, а 1 неделю назад родители отметили появление свища на десне у центрального резца.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените правильность выбранного ранее метода лечения.
4. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
5. Предложите метод лечения.

Ситуационная задача 14

В стоматологическую клинику обратилась девушка 15 лет с жалобами на периодические боли от холодного в области нижних зубов справа. Ночью болей нет. При осмотре: лицо симметрично, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, на поверхности 4.6, 4.7 зубов кариозные полости, выполненные пигментированным дентином в пределах плащевого дентина. Проведено визиографическое исследование.

П											С		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
С	С											С	С

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Опишите рентгеновский снимок.
4. Поставить окончательный диагноз.
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 15

К врачу-стоматологу обратилась мама с сыном с жалобами на разрушение зуба. Зуб лечен много раз, пломбы выпадают. Снимков в предыдущие обращения к специалисту не делали. Объективно: лицо симметрично, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета. Десна вокруг 3.6 зуба обычного цвета. На жевательной поверхности 3.6 зуба глубокая кариозная полость. Проведено визиографическое исследование.

	П											С	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	С											С	С

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Опишите рентгеновский снимок.
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 16

К врачу-стоматологу обратилась мама с дочерью с жалобами на боли в 2.4 зубе. Боли носят периодический характер. Объективно: лицо симметрично, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета. На жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, перкуссии горизонтальная и вертикальная безболезненны. Реакция на холод быстропроходящая с иррадиацией. Проведено визиографическое исследование.

П	С				С	С		С	П	С	
16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
С	С									С	С

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Опишите рентгеновский снимок.
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 17

Больной Н. 43 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на неприятный запах изо рта, боли и кровоточивость десен, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение двух дней. Начало заболевания больной связывает с недавним переохлаждением. Объективно: обилие мягкого зубного налета, полость рта не санирована, десневые сосочки усеченной формы, их верхушки некротизированы, изъязвлены. Между здоровой и пораженной десной определяется демаркационная линия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику, консультации каких смежных специалистов потребуются?
3. Проведите дополнительный метод обследования, позволяющий подтвердить Ваш диагноз.
4. План общего лечения и рекомендации.
5. Назначьте местное лечение.

Ситуационная задача 18

Больной 24 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи. Анамнез: подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.
3. Объясните влияние курения на развитие воспалительных болезней пародонта.
4. Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

Ситуационная задача 19

Пациент М. 26 лет обратился в клинику с жалобами на неприятные ощущения при накусывании на 2.5 зуб. Болезненность в области десны. Из анамнеза: зуб ранее лечен эндодонтически 5 лет назад. Объективно: 2.5 зуб– на жевательной и контактных поверхностях пломба. Перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня 2.5 зуба отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации. На внутриротовой контактной рентгенограмме у верхушки корня 2.5 зуба выявлен очаг деструкции костной ткани с четкими контурами, размером 8×10 мм. Корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Показания к консервативному (терапевтическому) методу лечения.
3. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.
4. Назовите пломбировочные материалы для временного пломбирования корневых каналов.
5. Укажите показания к проведению и методы хирургического лечения в данной ситуации.

Ситуационная задача 20

Пациент О. 20 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие неприятные ощущения при накусывании на 1.5 зуб . Зуб беспокоит в течение 3 месяцев. Из анамнеза: ранее зуб был лечен эндодонтически. Объективно: 1.5 зуб– коронковая часть значительно разрушена, восстановлена пломбой. Перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме корневой канал 1.5 зуба запломбирован плотно, равномерно на всем протяжении, пломбировочный материал и гуттаперча значительно выведены за верхушку корня. Изменений в периапикальных тканях нет.

Вопросы:

1. Определите план лечения 1.5 зуба.
2. Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству.
3. Укажите возможные причины осложнения при проведенном эндодонтическом лечении 1.5 зуба.
4. Назовите препараты для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении.
5. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.

Ситуационная задача 21

Ребенок 10 лет получил травму зубов, обратился в день травмы. При осмотре выявлено отсутствие коронковой части 2.1 зуба, полость зуба широко сообщается с полостью рта, зондирование пульпы резко болезненно.

Вопросы:

1. Составьте план обследования.
2. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте диагноз.
3. Выберите метод лечения.
4. Определите сроки диспансерного наблюдения.
5. Укажите возможные осложнения.

Ситуационная задача 22

Пациентка К. 52 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щек. Впервые обратила внимание на изменение около 2 лет назад, что по времени совпало с перенесенным стрессом. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит. При внешнем осмотре:

кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На фоне видимо неизменной слизистой оболочки обеих щек в среднем и заднем отделах отмечаются участки измененного эпителия белесоватого цвета в виде кружева, не снимающиеся при поскабливании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии, характерные для данного заболевания.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 23

Пациент М. 52 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и наличие белого пятна на языке. Изменения на языке заметил около 1 года назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась. Из анамнеза: курит с 16 лет, страдает хроническим гастритом. При осмотре: регионарные лимфоузлы не увеличены. Частичная вторичная адентия. На боковой поверхности языка справа имеется обширная бляшка белого цвета с полиганальными контурами, возвышающаяся над уровнем слизистой оболочки, не удаляющаяся при поскабливании. Пальпация очага поражения безболезненна, уплотнения в основании нет.

Вопросы:

1. Перечислите возможные причины заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Поставьте диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план лечения. Прогноз.

Ситуационная задача 24

Пациентка Н. 14 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на ограниченное открывание рта из-за болезненности, боли в губах при разговоре, приеме пищи, стянутость губ, зуд, эстетический недостаток. Впервые заболевание возникло в 7-летнем возрасте (со слов матери). Заболевание прогрессирует с каждым годом особенно в осенне-зимний период, летом отмечается ремиссия. Пациентка страдает дерматитом и аллергией на пищевые продукты (шоколад, цитрусовые). Вредные привычки: облизывает и кусает губы, расчесывает углы рта. Лечилась у дерматолога без выраженного лечебного эффекта. У матери в течение многих лет имеются заеды. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При внешнем осмотре: красная кайма губ сухая, имеется множество мелких трещин на фоне умеренного отека и гиперемии.

Патологические изменения распространяются на углы рта и периоральную кожу.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите причины данного заболевания губ.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
4. Составьте план обследования и комплексного лечения.
5. Определите прогноз заболевания.

Ситуационная задача 25

Пациент Д. 25 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, разговоре, повышенное слюноотделение. Отмечает острое начало заболевания после переохлаждения, высокую температуру тела (39,5° С), общую

слабость, головную боль. В анамнезе: хронический тонзиллит, аллергия на некоторые лекарственные препараты. При внешнем осмотре: кожные покровы бледные. На тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания, пятна, слегка возвышающиеся над окружающей кожей с геморрагической корочкой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта массивными кровянистыми корками. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфоузлы увеличены, болезненные, подвижные. При осмотре полости рта: выраженная эритема слизистой оболочки рта, крупные эрозии, покрытые отслоившимся эпителием и фибринозным налётом на месте вскрывшихся субэпителиальных пузырей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения данного диагноза.
3. Укажите факторы, провоцирующие это заболевание.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план общего и местного лечения, прогноз

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Учетно-отчетная медицинская документация в терапевтической стоматологии (форма 043-у, 037у-88, 039у-21у). Качественные и количественные показатели работы врача стоматолога-терапевта.

2. Клинические методы обследования пациента в клинике терапевтической стоматологии.

3. Первичные формы ВИЧ-инфекции инкубационного периода (клинические проявления, профилактика). Принципы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Ускоренный метод клинической диагностики ВИЧ-инфекции.

4. Санитарно-эпидемиологический режим в стоматологическом кабинете. Этапы обработки инструмента многократного использования.

5. Кариес. Этиология, современные теории кариеса, классификация, эпидемиология.

6. Восстановление дефектов твердых тканей зубов вкладками (показания, методы, принципы препарирования полости).

7. Восстановление дефектов твердых тканей зубов винирами – прямой метод (показания, этапы).

8. Профилактика кариеса. Методы общей профилактики (системные методы).

9. Профилактика кариеса. Санитарно-гигиеническое воспитание и обучение.

10. Профилактика кариеса. Медикаментозные методы местной профилактики.

11. Стоматологические цементы (классификация, показания к применению, представители). Стеклоиономерные цементы (состав, показания, свойства, классификация). Технология «открытого» и «закрытого» сэндвича.

12. Свойства композитных материалов (по размерам наполнителя, консистенции, способу отверждения). Показания к применению. Техника работы с композитами.

13. Компомеры. Состав. Свойства. Показания к применению.

14. Светоотверждаемые композитные материалы (принципы отверждения, свойства, показания к применению). Приборы для фотополимеризации. Особенности применения.

15. Пломбировочные материалы для временных пломб. Принципы выбора.

16. Показания к применению кальцийсодержащих материалов (состав, свойства, представители).

17. Текущие композиты (состав, свойства, показания к применению, особенности работы).

18. Композиты. Техника «слоеной» реставрации.

19. Профессиональная гигиена полости рта (показания, этапы, оснащение).

20. Хронический фиброзный пульпит (клиника, диф. диагностика, методы лечения).
21. Хронический гангренозный пульпит (клиника, диф. диагностика, методы лечения).
22. Хронический гипертрофический пульпит (клиника, диф. диагностика, методы лечения).
23. Методы лечения пульпитов (показания, этапы, особенности).
24. Пульпиты (этиология, патогенез, классификация, диагностика).
25. Осложнения, связанные с лечением пульпита.
26. Осложнения, связанные с лечением периодонтита.
27. Периодонт (анатомия, физиология). Периодонтит (этиология, патогенез, классификация).
28. Острые формы периодонтита. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Хронические формы периодонтита. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
29. Эндодонтические инструменты (классификация, показания к применению).
30. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Твердые материалы. Материалы для временного пломбирования каналов, для распломбирования каналов.
31. Средства для химического расширения каналов, для остановки кровотечения и высушивания, для антисептических повязок.
32. Методы obturation корневых каналов: латеральной конденсации, вертикальной конденсации, термафил, горячей гуттаперчи.
33. Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии.
34. Гуттаперчевые штифты. Методы использования для obturation каналов.
35. Этапы инструментальной обработки корневых каналов, определение рабочей длины канала.
36. Физические методы диагностики и лечения в эндодонтии.
37. Хронический фиброзный периодонтит. Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение.
38. Хронический гранулирующий периодонтит. Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение.
39. Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика Лечение.
40. Хирургические методы лечения заболеваний периодонтитов (гемисекция, ампутация корня, коронно-радикулярная сепарация, резекция верхушки корня).
41. Проводниковая анестезия, ее разновидности.
42. Физические методы и средства местного обезболивания (постоянный ток, электрофорез, диадинамические токи, флюктуирующие токи и др.).
43. Неинъекционные методы местного обезболивания, применяемые в клинике терапевтической стоматологии.
44. Свойства местных анестетиков амидного ряда.
45. Инфильтрационная анестезия (разновидности, особенности проведения для различных групп зубов).
46. Анестетики эфирного ряда Показания к применению при местной анестезии.
47. Осложнения при местном обезболивании.
48. Показания к премедикации. Препараты, используемые для премедикации в стоматологической практике.
49. Местные анестетики на основе артикаина гидрохлорида. Свойства. Преимущества. Недостатки.
50. Инструменты для местного обезболивания (шприцы, иглы, карпулы).

51. Особенности проведения местной анестезии у пациентов в зависимости от соматического статуса: с сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологии, возраста.
52. Травма зуба (классификация, этиология, принципы лечения). клиника, диф. диагностика, методы лечения).
53. Системная гипоплазия зубов. Этиология. Клиника Лечение.
54. Флюороз зубов. Этиология. Клиника Лечение.
55. Классификация некариозных поражений (по Федорову-Дрожжиной).
56. Наследственные нарушения развития твердых тканей зуба.
57. Клиновидный дефект. Этиология. Клиника Лечение.
58. Патологическая стираемость твердых тканей зубов (этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение).
59. Средства гигиены (набор оральной гигиены) при заболеваниях пародонта.
60. Идиопатические заболевания пародонта. Пародонтомы.
61. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта (кюретаж, гингивотомия, остеогингивопластика, лоскутные операции, френулопластика, пародонта).
62. Первичные и вторичные патологические элементы СОПР.
63. Пузырчатка: этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.
64. Рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.
65. Язвенно-некротический гингивостоматит (этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
66. Лейкоплакия (этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, клинические формы, принципы лечение).
67. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения. Принципы лечения красного плоского лишая.
68. Ангулярный хейлит. Клинические формы: микотический, стрептококковый, аллергический, гиповитаминозный, старческий. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Макрохейлит (синдром Р. Мелькерсона – Розенталя).
69. Особенности проявления туберкулеза в полости рта (первичная туберкулезная язва, туберкулезная волчанка, милиарно-язвенная форма).

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

Уметь:

- организовать профилактику терапевтических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к терапевтическому вмешательству;
- определить объем консервативного лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта с учетом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- оценить объем терапевтического лечения с целью выбора адекватного метода обезболивания, премедикации или общего обезболивания;
- определить наиболее целесообразную методику терапевтического вмешательства и выполнить ее в необходимом объеме;
- организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;

- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, лиц пожилого и старческого возраста;
- организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с терапевтическими стоматологическими заболеваниями.

Владеть: профилактическими диагностическими и лечебными мероприятиями при следующей патологии:

Болезни зубов некариозного происхождения:

- гипоплазия эмали;
- флюороз;
- гиперплазия твёрдых тканей зуба;
- наследственные нарушения развития зуба;
- травматические повреждения зубов;
- истирание твердых тканей зубов;
- кислотный некроз эмали;
- клиновидные дефекты;
- некроз твёрдых тканей зубов;
- эрозия твёрдых тканей зубов;
- гиперестезия твёрдых тканей зубов.

Кариес зубов:

Формы кариеса зубов:

- кариес в стадии пятна;
- поверхностный кариес;
- средний кариес;
- глубокий кариес.

Пульпит:

Формы пульпита:

- острый очаговый пульпит;
- острый диффузный пульпит;
- хронический фиброзный пульпит;
- хронический гангренозный пульпит;
- хронический гипертрофический пульпит;
- обострение хронического пульпита;

Периодонтит:

Формы периодонтита:

- острый верхушечный периодонтит;
- хронический верхушечный периодонтит;
- хронический фиброзный;
- хронический гранулирующий;
- хронический гранулематозный;
- хронический периодонтит в стадии обострения;

Болезни пародонта:

- гингивит;
- пародонтит;
- пародонтоз;
- идиопатические заболевания;
- пародонтомы;

Заболевания слизистой оболочки полости рта:

- травматические поражения;
- лейкоплакия.

Инфекционные заболевания:

- простой герпес;

- опоясывающий лишай;
- кандидоз;
- СПИД;
- сифилис;
- ящур, туберкулез и др.

Аллергические заболевания:

- многоформная экссудативная эритема;
- хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- медикаментозный стоматит.

Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях:

- лейкозах;
- сахарном диабете;
- Гипо- и авитаминозах;
- В-12 дефицитной анемии;
- коллагенозах.

Аномалии и заболевания языка:

- дескваматозный глоссит;
- ромбовидный язык;
- черный волосатый язык.

Самостоятельные хейлиты:

- эксфолиативный хейлит;
- glandулярный хейлит;
- контактный аллергический хейлит;
- атопический хейлит;
- экзематозный хейлит;
- макрохейлит Мелькерсона-Розенталя;
- хронические трещины губ;
- стомалгия, глоссалгия.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Актуальные вопросы онкологии

**В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ**

злокачественные новообразования

болезни органов кровообращения

травмы и отравления

болезни органов пищеварения

болезни органов дыхания

**САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

рак легкого

рак желудка

рак предстательной железы

рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря

рака легкого, яичников, мочевого пузыря

рака легкого, почки, щитовидной железы

рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К IБ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ
больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ
в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ
длинные трубчатые кости
все плоские кости
кости черепа
кости таза

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ
пищевода и анального канала прямой кишки
желудка и тонкой кишки
тонкой и ободочной кишки
желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:
сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка
поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ
Iб
Iа
II
III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В
ВОЗРАСТЕ:
до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У

75-85% больных

60-70% больных

50-55% больных

на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

дисфагия

боль в грудной клетке при глотании

повышенное слюноотделение

рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая

акролентигинозная

злокачественное лентиго

поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия

пальпируемая опухоль

боль

слабость

ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА

при эндобронхиальном экзофитном раке

при перибронхиальном узловатом раке

при разветвленном раке

при пневмониеподобном раке

при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО

в сигмовидной кишке

в восходящей кишке

в поперечной кишке

в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ

к повышению

к снижению

к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ
ЛОКАЛИЗОВАНЫ В
печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ
затрудненное и\или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ
ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в
дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ
употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение
курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак
медуллярный и недифференцированный рак
папиллярный и медуллярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровянистые выделения из соска
симптом втяжения
наличие плотного участка с зернистой поверхностью
болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛУ АОРТАЛЬНОГО ОКНА

осиплость голоса
кашель
боль в грудной клетке
икота
дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

печень
легкие
надключичные лимфатические узлы
кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ

желудочно-кишечного тракта
легкого
молочной железы
женских половых органов

Здоровый образ жизни

ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ

артериальная гипертензия
мерцательная аритмия
сахарный диабет
искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натошак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
натошак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
натошак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

≤ 1.8 ммоль/л
 ≤ 2.5 ммоль/л
 ≤ 3.0 ммоль/л

**РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК**

не менее 2-х раз в год

не менее 3-х раз в год

не менее 4-х раз в год

**БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ
НА КАГ**

без дальнейших неинвазивных исследований

по результатам дополнительных исследований

необходимость в рутинном направлении на каг отсутствует

**К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ
ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ
ОТВЕТЫ):**

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА

статины

бета-адреноблокаторы

нитраты

ингибиторы АПФ или блокаторы РААС

антагонисты кальция

**РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ
ТАЛИИ У МУЖЧИН**

180 см и более;

94 см и более;

102 см и более;

110 см и более;

**ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ
(ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ
ГРАЖДАН**

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися
основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения

пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ

больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском

нет правильного ответа

**ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ
ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ**

**ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И
ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

**ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ
ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**
достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального
обследования

достижение целевых уровней факторов риска
предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.
повышение качества и увеличение продолжительности жизни
все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К
СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

- 1 I группа
- 2 II группа
- III группа
- I и II группы
- II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III
ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 43,7%
- 2 23,1%
- 17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II
ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 43,7%
- 23,1 %
- 17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
- сокращение числа случаев инвалидности
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям
- все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
- сокращение числа случаев инвалидности
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- полнота охвата диспансерным наблюдением больных
- все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III
СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-

СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

не менее 1 раза в год
не менее 2-х раз в год
1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ

менее или равно 140/90 мм рт ст
менее или равно 135/85 мм рт ст
менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году программы
третьем году программы
пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО

комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы
систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья
повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;
200ккал;
энерготратам;
расходам на движение;
верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;
не изменяются;
уменьшаются;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;
меньше;
больше;
зависит только от профессии;

верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;

10%;

30%;

40%;

верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;

7%;

0%;

30%;

верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;

3-4 раза;

по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;

атеросклерозу;

раку кишечника;

раку молочной железы;

все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;

язвенную болезнь;

рак груди;

цирроз печени;

колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;

колита;

артериальной гипертонии;

артроза суставов

верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

избыток белка;

нерациональное соотношение жиров;

недостаток витаминов;

недостаток углеводов;

избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ

убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ,
ОГРАНИЧИТЬ
белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
ОГРАНИЧИТЬ
жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
белки;
жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ
лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании;
помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН
5- 9;
10 - 14;
15- 19;
20 - 25;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У МУЖЧИН
80 и более;
94 и более;
102 и более;
110 и более;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У ЖЕНЩИН
88 и более;

94 и более;
102 и более;
ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;
переедание;
гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

сердце;
артерии;
вены;
А и Б;
суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;
легкие;
опорно-двигательный аппарат;
почки;
верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;
диета;
пищевые добавки;
хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА ДО

500 ккал.
800 ккал.
1000 ккал.
1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ

высоких степенях ожирения;
сопутствующей патологии;
булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;
витамины;
минералы;
углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;

марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
7;
4;
9;

верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
30 г;
60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
50 г;
60 г;

верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.

процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.
молодежь.
пожилых людей
все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.
выявление заболеваний и факторов риска
выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%
80%
60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения
снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ
снижением смертности от БСК
все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание
только курение
курение и повышенное артериальное давление
курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

популяционная стратегия
стратегия высокого риска
сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

уровнями отдельных факторов риска
возрастом
географическими условиями и характеристиками окружающей среды
суммарным риском
наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

разработку законодательства;
просвещение населения
поддержку активности населения;
доступ к информации и содействие ее распространению;
наличие и доступность профилактической помощи;
межсекторальное взаимодействие.
все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни

цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

20%

50%

40%

55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипопроотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

Западная Европа

Восточная Европа

Финляндия

Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста

оказывать помощь лицам, желающим бросить курить

информационную работу медиков, СМИ

законодательное регулирование

все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака

запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)

пропаганду знаний о вреде курения.

запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ

снижение смертности от внешних причин

увеличение продолжительности жизни

снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000

в 1999

в 1993

в 2005

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ НАПРАВЛЕНА НА

достижение поставленных целей программы

соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов

достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов

достижение цели в запланированные сроки

достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ

участие системы образования

управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации

партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку

процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение

специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации

профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и

создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

административное руководство региона (территории)

административное руководство региона (территории) и представители общественности

административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы

представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.

представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни

повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества
вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.
формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях
все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах
обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты
программа по укреплению здоровья в школах
совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья
все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска
уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования
уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
желание пациента изменить свое поведение
знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ

раннее выявление заболевания и факторов риска
консультирование по профилактике и коррекции факторов риска
медикаментозное лечение и коррекция факторов риска
межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения
организационные изменения
показатели здоровья и уровни факторов риска
данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.
все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников

уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска
удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)
показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
контингент и объем диспансеризации.

потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и
активность в ее реализации

оценку эффективности диспансеризации

здоровье прикрепленного населения

информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ
(БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г

300 г

500 г

800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ
ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;

недостатком в рационе питания белка;

избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;

недостатком в рационе питания клетчатки;

недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний

МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия

биопсия опухоли*

УЗИ

компьютерное обследование

термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ
НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ
СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией

рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)

исследование кала на скрытую кровь

исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ

при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с

регионарным лимфатическим аппаратом

при рентгенологическом исследовании

при использовании эндоскопических методов

при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ

дуктографии

бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
периостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО

для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеновская компьютерная томография
рентгенография + линейная томография
рентгеноскопия
сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс
гемоторакс
кровохаркание
имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
ангиографическое исследование

экскреторная урография
рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
общий клинический анализ мочи
радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
раке нижней губы
раке молочной железы
остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
ирригография
рентгеноскопия желудка и кишечника
колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА
маммография*

УЗИ молочных желез
пункционная Биопсия
секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК

не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N0» ОБОЗНАЧАЕТ

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ

легких
органов брюшной полости
молочной железы*
щитовидной железы*

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная безопасность
МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

контактно-бытовой
аэрогенный
вертикальный
пищевой
трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ

эритроциты
лимфоциты
тромбоциты
гепатоциты
макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ

полового контакта
наличие у больного СПИД-маркерного заболевания
увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.
обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ
наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ

960 спиртом
700 спиртом
дважды моют с мылом
3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

6% раствором перекиси водорода
960 спиртом
5% хлорными растворами
3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

пациент болен СПИДом
в организме есть антитела к ВИЧ
человек заразен на протяжении всей его жизни
у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели
3-4 месяца
5-6 месяцев
от 2 недель до 6 месяцев
от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В

стадии инкубации
серонегативный период
стадии ПСИДа
бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО

число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей так же на конец года

число больных активным туберкулезом на конец года

удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории

число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением

скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми

бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ

правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации

все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;

отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;

диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)

процент не связанного с белком лекарства;

диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)

изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств

изучение токсичности и побочных эффектов

методология клинического испытания лекарств

изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация

диффузия

активный транспорт

пиноцитоз

все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$

повышение концентрации свободной фракции препарата

снижение концентрации свободной фракции препарата (+)

лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)

гидрофильные

липофобные

имеющие кислую реакцию

имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)

абсорбции и распределения лекарств

метаболизма лекарств

выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока

васкуляризация

моторика

состояние микрофлоры кишечника

все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ,
НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами

синергистами (+)

антагонистами

миметиками

литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

экскреция слабых кислот уменьшится

экскреция слабых кислот увеличится (+)

экскреция слабых оснований увеличится

увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований

экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)

циметидин

амиодарон

эритромицин

ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения

почечный и печёночный клиренс (+)

биодоступность

скорость распределения

связь с белком

экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание
объём распределения
почечная экскреция
метаболизм
всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
пути введения лекарственных средств (+)
кратности приема
скорости выведения
эффективности препарата
продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО
процент вещества, выделенного из организма
процент вещества, достигшего системного кровотока (+)
эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект
процент препарата, связанного с белком
ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С
альбуминами (+)
глобулинами
фибриногеном
мукопротеинами
трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО
разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ
всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО
время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ
уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- образование активных метаболитов
- образование неактивных метаболитов
- образование токсических продуктов
- всё вышеперечисленное (+)
- ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

- меньшей степени ионизации
- меньшей жирорастворимости (+)
- снижению связывания с белком
- большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- скорость всасывания препарата
- скорость выведения препарата
- скорость распада препарата
- эффективность препарата
- способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

- лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
- лекарство не связывается с белками плазмы
- лекарства не связываются с тканями
- увеличивается гидрофильность препарата
- увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

- токсические
- аллергические (+)
- фармакодинамические
- фармакокинетические
- псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
- о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
- о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
- о низких концентрациях препарата в тканях
- о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

- антагонизм
- суммарный эффект
- аддитивный эффект
- потенцирование (+)
- сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание
распределение
экскреция (+)
связь с белком
пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном
сублингвальном
внутримышечном
внутривенном (+)
ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком
ингибирование метаболизма в печени
инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)
торможение всасывания лекарств
взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)
бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение

пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)
приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)
максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата
средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ
ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ
выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ
дигоксина
гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ
морфина
новокаинамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ
аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА
пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
филтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ
ампициллина (+)
рампиприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ
периода полувыведения
способа приема

связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ
нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К
увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К
уменьшению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы
ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
гиперкалиемия
гинекомастия
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ
эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ
ЯВЛЯЕТСЯ
амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ
А

В1
В2
С
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

А (+)
В1
В2
С
РР

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии

гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

территориальная оборона;

гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;

с момента фактического начала военных действий;

с введением на территории РФ военного положения;

все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;

Комиссия по ГО и ЧС;

Специально уполномоченное лицо;

Законодательное собрание области;

Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;

20 - 45 лет;

16 - 60 лет

18-60 лет;

18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;

первоочередных мероприятий первой группы;

первоочередных мероприятий второй группы;

мероприятий общей готовности;

все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

военная подготовка;

гражданская оборона;

мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;
в военное время;
в рабочее время;
всегда;
после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;
в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;
в случае возникновения чрезвычайной ситуации;
в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов:

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;
создание мобилизационных органов;
осуществление международного сотрудничества
выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ
на ВСМК
на МСГО
на ГВМУ
на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ
лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, медицинское
снабжение, медицинскую защиту населения
медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации,
медицинскую защиту.
лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление,
медицинскую сортировку
санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение,
вид медицинской помощи, объем медицинской помощи
повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту
населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района,
сельского округа
руководством, органом управления, формированиями, учреждениями
головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами
органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные
на производственные и объектовые
на территориально-производственные
на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ
силы и средства МСГО организаций
силы и средства МСГО на территории города, сельского района
силы и средства МСГО на территории субъектов РФ
силы и средства МСГО на территории всей РФ
формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь
МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ
ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ
2-3 минуты
4-5 минут
5-6 минут
до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ
нитевидный пульс на сонной артерии
отсутствие спонтанного дыхания +
отсутствие пульса на сонной артерии +
отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ
асистолия
фибрилляция желудочков +
полная атриовентрикулярная блокада
экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
ЯВЛЯЮТСЯ
старческий возраст
травмы не совместимые с жизнью +
заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ
ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ
1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная отдышка
приступообразная отдышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы отдышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ
10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
ЯВЛЯЕТСЯ
введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО К ОСНОВНОЙ ПЛОЩАДИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОБАВЛЯЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ
7 кв.м
15 кв.м
5 кв.м
12 кв.м

ДНОМ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ СТЕНКУ
обращенную к пульпе
вертикальную
горизонтальную
вестибулярную

ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «АСЕПТИКА»
предупреждение проникновения микробов в ткани при лечебных и диагностических
мероприятиях
прямое уничтожение возбудителей во внутренней среде организма
частичное уничтожение потенциальных возбудителей болезней на объектах внешней
среды
удаление, уничтожение и подавление опасных микроорганизмов в ранах,
на коже и слизистых

ИНСТРУМЕНТ, ПО СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ОТНОСЯЩИЙСЯ К
КРИТИЧЕСКИМ
кюрета для снятия зубного камня
штопфер

пинцет
гладилка

ПО СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ К НЕКРИТИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТАМ
ОТНОСИТСЯ

ручка светильника
насадка для ультразвукового скалера
штопфер
игла инъекционная

НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ИНСТРУМЕНТОВ

автоклавирование
сухожаровой
кипячение
среда разогретых стеклянных шариков

ПО СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ К ПОЛУКРИТИЧЕСКИМ ПРЕДМЕТАМ
ОТНОСИТСЯ

наконечник
К-файл
дверная ручка
инъекционная игла

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С
ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА - ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ

вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов
вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
язычные поверхности первых постоянных моляров
вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов
вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти

ЭКТОДЕРМАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ

эмаль
дентин
пульпа
цемент

ИЗ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ

дентин
эмаль
цемент
периодонт

ПРЕМОЛЯР, ПОХОЖИЙ НА КЛЫК

нижний четвертый
верхний четвертый
верхний пятый
нижний пятый

МОЛОЧНОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА ИМЕЕТ ЗУБ

верхний пятый

нижний седьмой
верхний седьмой
верхний шестой

ЧЕТЫРЕ ВАРИАНТА СТРОЕНИЯ КОРОНКИ ИМЕЕТ ЗУБ

верхний седьмой
нижний шестой
нижний пятый
верхний четвертый

ОРАЛЬНЫЕ БУГРЫ ВЫШЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ У

нижних моляров
нижних премоляров
верхних моляров
верхних премоляров

МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
для диагностики периодонтита
для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
при перфорации в области бифуркации
при переломе корня

КПУ(з)-ЭТО ИНДЕКС

интенсивности кариеса постоянных зубов
интенсивности кариеса временных зубов
интенсивности кариеса поверхностей
гигиенический
кровоточивости десен

УКАЗАНИЕ НА ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПЕРЕНЕСЕННЫЙ МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ
НАЗАД ИЛИ ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ДЕЛАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ
МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

показанным по экстренным показаниям, в сочетании с премедикацией
абсолютно противопоказанным
показанным без ограничений
показанным применением вазоконстрикторов
не проводить лечение

СТАНДАРТНАЯ ДЛИНА БОРА ДЛЯ ТУРБИННОГО НАКОНЕЧНИКА

20 мм
44 мм
27 мм
22 мм

ДЛЯ ТУРБИННОГО НАКОНЕЧНИКА ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ

карбидные боры
стальные боры
карборундовые головки
резиновые головки

САМУЮ ГРУБУЮ ЗЕРНИСТОСТЬ ИМЕЕТ БОР

с черным кольцом на хвостовике
с зеленым кольцом
с синим кольцом
без цветного кольца

КАРИЕС ИММУННЫМИ ЗОНАМИ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ

бугры жевательных зубов
пришеечные области
контактные поверхности
слепые ямки

К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

наддесневой и поддесневой зубной камень
пищевые остатки
мягкий зубной налет
налет курильщика
налет разного происхождения

К I КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСИТСЯ ПОЛОСТЬ

в фиссуре зуба 4.6
на дистальной поверхности в пришеечной области зуба 3.8
на медиальной поверхности зуба 1.1
на щечной поверхности в пришеечной области зуба 4.7

К IV КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСИТСЯ ПОЛОСТЬ

обширная полость с разрушением медиальной, вестибулярной, небной поверхности и части режущего края зуба 1.1
в пришеечной области на небной поверхности зуба 2.6
в пришеечной области на медиальной поверхности зуба 4.5
на медиально-жевательной поверхности зуба 4.8

К II КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСИТСЯ ПОЛОСТЬ

в пришеечной области на дистальной поверхности зуба 2.7
в пришеечной области на медиальной поверхности зуба 2.3
в ямках по обе стороны от эмалевого валика, соединяющего бугры зуба 4.5
в пришеечной области на щечной поверхности зуба 3.8

САМЫМИ ЛЕГКИМИ И ДЛЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ И ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛОСТИ

I класса по Блеку
IV класса
II класса
III класса

САМЫМИ СЛОЖНЫМИ КАК ДЛЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ, ТАК И ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛОСТИ

II класса
I класса по Блеку
III класса
V класса

ДЛЯ НЕКРЭКТОМИИ ДЕНТИНА МЕНЕЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ

алмазный бор с красным кольцом
экскаватор
стальной бор
карбидный бор с шестью режущими гранями

РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР В ВЫБОРЕ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА

локализация кариозной полости
течение кариеса
уровень гигиены полости рта
состояние пародонта

ГЛУБИНА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА

ниже эмалево-дентинной границы на 1 мм
в пределах толщины эмали
на уровне эмалево-дентинной границы
на половине толщины дентина

ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СКОС ЭМАЛИ СОЗДАЕТСЯ ПОД КОМПОЗИТ

силикатный цемент
силикофосфатный цемент
стеклоиономерный цемент

ТОННЕЛЬНЫЙ ДОСТУП К ПОЛОСТИ II КЛАССА ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

маленькой полости ниже экватора при наличии рядом стоящего зуба
маленькой полости выше экватора при наличии рядом стоящего зуба
обширной полости при наличии рядом стоящего зуба
обширной полости при отсутствии рядом стоящего зуба

В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ФИНИШНУЮ ОБРАБОТКУ ПЛОМБ ИЗ

гибридных СИЦ
традиционных СИЦ
амальгамы
силикатных цемента

В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ ПОД КОМПОЗИТ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ ЦЕМЕНТ

стеклоиономерный гибридный
цинк-фосфатный
поликарбоксилатный
стеклоиономерный истинный

ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИСТИННЫЙ СИЦ В КАЧЕСТВЕ ПОСТОЯННОЙ ПЛОМБЫ В ПОЛОСТИ

II класса при окклюзионном доступе
III класса
V класса
II класса при туннельном доступе

НОМЕР ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ
СТАНДАРТУ ISO ОБОЗНАЧАЕТ

диаметр кончика рабочей части
длину рабочей части инструмента
общую длину металлического стержня
конусность

БОРЫ ГЕЙТСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

для расширения устья корневого канала
для раскрытия полости зуба
для препарирования апикальной трети корневого канала
для препарирования кариозной полости

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ
КОНДЕНСАЦИИ КОЛИЧЕСТВО ГУТТАПЕРЧЕВЫХ ШТИФТОВ СОСТАВЛЯЕТ
необходимое для полного заполнения канала

один-два
два-три
три-четыре

НАИБОЛЬШЕЙ КОНУСНОСТЬЮ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ
ОБЛАДАЕТ

ProTaper
К-файл
Н-файл
К-ример

СТАНДАРТНАЯ КОНУСНОСТЬ СТАЛЬНЫХ РУЧНЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ
ИНСТРУМЕНТОВ ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ СТАНДАРТУ ISO

2% (0Б)
4% (0Г)
6% (06)
8% (08)

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ
ИНСТРУМЕНТЫ, КРОМЕ

Н-файла
каналонаполнителя
спредера
плаггера

ПОСЛЕДНИЙ ФАЙЛ, ДОСТИГШИЙ ВЕРХУШКИ И ФОРМИРУЮЩИЙ
«АПИКАЛЬНЫЙ УПОР», НАЗЫВАЕТСЯ

apical master file (AMF)
initial apical file (IAF)
final file (FF)
контрольный файл

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СОДЕРЖИМОГО КОРНЕВОГО КАНАЛА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ
ВСЕ ИНСТРУМЕНТЫ, КРОМЕ

бспредера
пульпэкстрактора

К-файла
Н-файла

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ КОРНЕВОГО КАНАЛА МОЖНО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ИНСТРУМЕНТЫ, КРОМЕ

пульпэкстрактора

К-римера

корневой иглы

К-файла

КАКАЯ КОНУСНОСТЬ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАИЛУЧШИЕ
УСЛОВИЯ ДЛЯ ЕГО ИРРИГАЦИИ И ПЛОМБИРОВАНИЯ

6%

менее 2%

2%

4%

БОРЫ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ

закругленную не режущую вершину

заостренную режущую вершину

удлиненную рабочую поверхность

алмазное напыление

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО
КАНАЛА ГУТТАПЕРЧЕЙ МЕТОДОМ ВЕРТИКАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ

плаггер

спредер

каналонаполнитель

штопфер

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ
КОНДЕНСАЦИИ ХОЛОДНОЙ ГУТТАПЕРЧИ ОСНОВНОЙ ШТИФТ ВВОДИТСЯ В
КАНАЛ

не доходя до физиологической верхушки на 1 мм

до физиологической верхушки корня

не доходя до физиологической верхушки на 2-3 мм

до рентгенологической верхушки корня

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ "СТЕР-ВАСК" ТЕХНИКИ АПИКАЛЬНАЯ ТРЕТЬ КОРНЕВОГО
КАНАЛА РАСШИРЯЕТСЯ МИНИМУМ НА

2-3 номера от первоначального размера, но не менее N 25 по ISO

1-2 номера от первоначального размера

2-3 номера от первоначального размера, но не менее N 20 по ISO

3-4 номера от первоначального размера, но не менее N 30 по ISO

КАКИЕ СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ДЕНТИННЫХ
КАНАЛЬЦАХ

отростки одонтобластов

нервные окончания

лимфатические сосуды

кровеносные сосуды

ЧЕТЫРЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В

- первых молярах верхней челюсти
- вторых молярах верхней челюсти
- первых молярах нижней челюсти
- вторых молярах нижней челюсти

ДВА КОРНЕВЫХ КАНАЛА У ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ В

- щечно-медиальном корне
- небном корне
- щечно-дистальном корне
- каждом корне этих зубов только по одному каналу

ЧАЩЕ ВСЕГО 2 КОРНЕВЫХ КАНАЛА В НИЖНИХ МОЛЯРАХ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ

- в медиальном корне
- в дистальном корне
- одинаково часто и в дистальном, и в медиальном
- в каждом корне по одному каналу

ЦЕМЕНТНО-ДЕНТИННАЯ ГРАНИЦА У ВЕРХУШКИ КОРНЯ СОВПАДАЕТ С УРОВНЕМ

- физиологического верхушечного отверстия
- рентгенологического верхушечного отверстия
- анатомического верхушечного отверстия
- апикального отверстия

ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ КЛЕТКАМИ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- одонтобласты
- лимфоциты
- фибробласты
- гистиоциты

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, КРОМЕ

- дайкала
- эндометазона
- АН plus
- цинкоксидэвгенольной пасты

ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ, КРОМЕ

- гриназоля
- АН plus
- эндометазона
- цинкоксидэвгенольной пасты

СИЛЕРЫ ПРИМЕНЯЮТ В КАЧЕСТВЕ

- материала для пломбирования корневого канала
- изолирующей прокладки
- фиссурного герметика
- лечебной прокладки

ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБОВ – ЭТО СВОЙСТВО

физиологического поступления неорганических элементов и органических веществ из ротовой жидкости в эмаль
поглощения водородных ионов
проникновения минералов и микробов внутрь зуба
растворения поверхностного слоя эмали

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

раннем выявлении и лечении
разработке индивидуальной программы профилактики
реставрационной терапии
предотвращении его возникновения

КОММУНАЛЬНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

охватывает группы людей
изучает эпидемиологию
прививает правила гигиены полости рта
проводится в домашних условиях самим пациентом

ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

потерей естественного блеска (матовый оттенок)
блестящей гладкой поверхностью без убыли эмали
увеличением блеска по мере прогрессирования процесса
убылью эмали

ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В СЛОЯХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

подповерхностном
поверхностном
первом
дентиноэмалевой границы в форме треугольника

ЦВЕТ ОЧАГА ПРИ АКТИВНО ТЕКУЩЕЙ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

становится меловидно-матовым
не меняется
пигментируется
делается прозрачным

ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПРИ НАЧАЛЬНОМ КАРИЕСЕ

возрастает
сначала снижается, потом возрастает
снижается
не изменяется

ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ В ЗУБАХ СРАЗУ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

выше из-за незрелости эмали
выше из-за наличия пелликулы
выше, так как слой эмали тоньше
ниже

СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ЭТО

процесс накопления органических и неорганических веществ после прорезывания зуба
полное прорезывание коронковой части зуба
совершенствование гидроксиапатита эмали
совокупность процессов де- и реминерализации

РАСТВОРИМОСТЬ ЭМАЛИ ЭТО

физиологически обратимый выход неорганических ионов в ротовую жидкость
процесс одностороннего выхода фтора из эмали в ротовую жидкость
способность к растворению под действием щелочей
синоним деминерализации эмали

ЭЛЕКТРОМЕТРИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРИ КАРИЕСЕ ПОКАЗЫВАЕТ

рост проводимости и уменьшение сопротивления
рост проводимости и увеличение сопротивления
наличие воспалительных явлений в пульпе
отсутствие электропроводимости

ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ АНИЛИНОВЫМИ КРАСИТЕЛЯМИ

происходит и насыщенность зависит от степени деминерализации
происходит более интенсивно, чем в здоровой эмали
не происходит
происходит, но не зависит от глубины поражения

ВЫСОКИМ АБРАЗИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

отбеливающие
гигиенические
противокариозные
для чувствительных зубов

ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ФИССУР ПРИМЕНЯЮТ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ

монопучковую
сенситив
жесткую
с однородным щеточным полем

ПРИ МНОГОКРАТНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ (БОЛЕЕ 2Х РАЗ) ЩЕТИНА ДОЛЖНА БЫТЬ

мягкой
смешанной
жесткой
средней жесткости

В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ОБРАЗУЮТСЯ

кристаллы фтористых соединений: магния, кальция и меди
фторгидроксиапатиты
эмалево-дентинные комплексы
гидроксиапатиты

РЕВЕЛЯТОРОМ НАЗЫВАЮТ

индикатор зубной бляшки

предмет интердентальной гигиены
силовой выступ зубной щетки
сулькулярная зубная щетка

ЩЕТОЧНОЕ ПОЛЕ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ С НАКЛОННОЙ ЩЕТИНОЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
повышение очищающей способности
очищение ретромолярного пространства
вспенивание зубной пасты
снижение чувствительности зубов

СИЛОВОЙ ВЫСТУП ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
проникновения в межзубные пространства и очищения ретромолярной области
снижения износа зубной щетки
усиления механического воздействия щетки на зуб
очистки только ретромолярного пространства

RDA – ЭТО ИНДЕКС
абразивности зубной пасты, определяющий степень вреда, который наносится эмали
зубов при воздействии зубных паст
чувствительности зубов
уровня лечебного воздействия зубной пасты
гигиены полости рта

ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С ИНДЕКСОМ
RDA
40
100
150
200

СУПЕРФЛОСС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФЛОССА
наличием жесткого кончика
толщиной
размером и длиной
более высоким качеством нитей

ПОЛИРУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ВЫШЕ У ЗУБНЫХ ПАСТ
с высокой абразивностью
с гидроксиапатитом
гигиенических
с низкой абразивностью

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ СВОЙСТВО ГЕЛЕОБРАЗНЫХ ПАСТ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
малом количестве абразива
удобстве использования
высоком пенообразовании
антибактериальном действии

ВЕРХНИЙ ПРЕДЕЛ ФТОРИДА В ЗУБНЫХ ПАСТАХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА (В PPM)
1500
500

5000
10000

КЛИНИЧЕСКИЙ ТЕСТ, ОЦЕНИВАЮЩИЙ ОДНОВРЕМЕННО ДВА ФАКТОРА –
КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТЬ ЭМАЛИ И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА
РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

КОСРЭ
ТЭР
КОСР
СПІТН

В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ОБРАЗУЮТСЯ ЗАЧАТКИ
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

1,2,3,6
1,2
6
45
1,2,6

ЩЕТИНА ЗУБНОЙ ЩЕТКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ ИМЕЕТ СТЕПЕНЬ ЖЕСТКОСТИ

мягкую
среднюю
жесткую
комбинированную

ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО В СОСТАВЕ ЗУБНЫХ ПАСТ

лаурилсульфат натрия
фторид олова
дикальцийфосфат дигидрат
кремния диоксид

ОЧИЩАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ
В ЕЕ СОСТАВЕ

абразивным
антибактериальным
антисептическим
фтористым

РЕКОМЕНДОВАННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИД-ИОНА (PPM) В ЗУБНОЙ ПАСТЕ
ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ

500
100
1000
2000

К МЕРАМ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧИСТКЕ ЗУБОВ
ПАСТОЙ СО ФТОРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

использование количества зубной пасты размером с горошину
полоскание полости рта большим количеством воды
щадающее отношение к десневому краю
запрет на ее использование

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ФТОРИД-ИОНА 1000 PPM РЕКОМЕНДОВАНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

дошкольного возраста при наличии декомпенсированной формы кариеса
школьного возраста при наличии декомпенсированной формы кариеса
раннего возраста при низком риске кариеса зубов
высоком риске кариеса корня (рецессия десны)

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ТИПА «DENTURE»

мануальная двухсторонняя щетка для очищения съемных протезов
детская зубная щетка
для профессиональной гигиены
щетка, рекомендованная при заболеваниях пародонта

СРЕДСТВО ДЛЯ ДОМАШНЕГО ОЧИЩЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

растворимые антисептические таблетки
спирт 70-96% концентрации
3-5% раствор гипохлорита натрия
контейнеры, снабженные УФ источником света

ПРЕДМЕТ ОРАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОНСТРУКЦИЙ НА ИМПЛАНТАТАХ

зубные ёршики
зубочистки
ополаскиватели
жевательные резинки

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЛЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЧИСТКИ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

ультразвуковая обработка
лазерная обработка
микроволновое воздействие
высокая температура (кипячение)

ПРЕДМЕТЫ ОРАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА, КАК НОСИТЕЛИ ФТОРИДОВ

гелевые композиции
флоссы
скребки для языка
эликсиры

МЕТОДЫ ФТОРИРОВАНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

системные и местные
гигиенические и профилактические
системные, местные и индивидуальные
резорбтивные

ЯТРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

нависающие края реставраций
микробная биопленка
группа пародонтогенных бактерий
гиповитаминозы

МАНУАЛЬНАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЩЕТКА (ТИП «ОРТО»)

имеет V-образное углублений вдоль всего щеточного поля
монопучковая, для очистки брекетов
щетка-ершик
конусная, для очистки скученных зубов

ПРИЧИНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОДНОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
периодонтит молочного зуба с вовлечением зачатка
болезни, перенесенные ребенком на втором году жизни
рахит
множественный кариес

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЗУБОВ, ВОЗНИКШИМ ДО ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ,
ОТНОСИТСЯ
наследственное нарушение развития тканей зуба
эрозия
травма
клиновидный дефект

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЗУБОВ, ВОЗНИКШИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ,
ОТНОСИТСЯ
некроз твердых тканей
наследственное нарушение развития тканей зуба
гипоплазия эмали
гиперплазия эмали

ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ПРИВОДИТ К
флюорозу
кариесу
гипоплазии эмали
клиновидному дефекту

ПРЕПАРАТ «ГЛУФТОРЭД» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
экзогенной профилактики кариеса
эндогенной профилактики кариеса
лечения хронического пульпита
лечения острого пульпита

ИСТОЧНИКОМ МАКСИМАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ В ПРОДУКТАХ
ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
твердые сорта сыров
рыбные продукты
яйца
молоко

ИНДЕКС CPTN РЕГИСТРИРУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
зубной камень, кровоточивость, пародонтальный карман
зубной камень, кровоточивость
зубной камень, пародонтальный карман
зубной налет, зубной камень

ГИГИЕНИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ
PHR

РМА
СРІТН
КОСРЭ

ИНДЕКСЫ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ДАЮТ ИНФОРМАЦИЮ О НАЛИЧИИ
зубного камня, микробного налета
кровоточивости десен и подвижности зубов
меловидных пятен на зубах
патологии тканей пародонта

ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ЗУБНОЙ БЛЯШКИ ЯВЛЯЮТСЯ
микроорганизмы
лейкоциты
микроэлементы
эпителиальные клетки

ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗОВАНА
гликопротеидами слюны
кератином
микроорганизмами и углеводами
органическими кислотами

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ
ДИАГНОСТИРОВАТЬ КАРИЕС ЭМАЛИ, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ФИССУРАХ
измерение электропроводности эмали
электроодонтометрия
определение кислотоустойчивости эмали
калориметрический тест

ЗОНА ПРОЗРАЧНОГО ДЕНТИНА ПРИ КАРИЕСЕ ОБРАЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ
минерализации просвета дентинных канальцев
гибели отростков одонтобластов в дентинных канальцах
лизиса коллагена основного вещества дентина
отложения гиалина в просвет дентинных канальцев

В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗУЕТСЯ
третичный дентин
вторичный дентин
первичный дентин
прозрачный дентин

УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ, ЗАВИСЯЩИЙ ОТ СТРОЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ
ЭМАЛИ, ФОРМИРОВАНИЯ ПЕЛЛИКУЛЫ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЕЕ С
ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, ГЛУБИНЫ И ФОРМЫ ФИССУР
органный
системный
молекулярный
тканевой

НАЧАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В ЭМАЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЗНАЧЕНИИ PH
4,5 – 5,5
3,5 – 4,5

5,5 – 6,5

6,5 – 7,5

УКАЖИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ НАИБОЛЬШЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРИДОВ В
ТКАНЯХ ЗУБА

поверхностные слои эмали

подповерхностные слои эмали

глубокие слои эмали

область первичного кариозного повреждения

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ (СТАДИЯ
«БЕЛОГО ПЯТНА») И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ

витальное окрашивание эмали

определение гигиенических индексов

электроодонтодиагностику

рентгенологическое исследование

КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ «БЕЛОГО ПЯТНА» ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

подповерхностной деминерализацией

поверхностной деминерализацией

некрозом эмали

гиперминерализацией

ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ
ВЫДЕЛЯЕТ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ В ВИДЕ

треугольника

трапеции

овала

прямоугольника

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ «БЕЛОГО
ПЯТНА» ПРОВОДИТСЯ С

пятнистыми формами флюороза и гипоплазии

некрозом эмали

эрозией эмали

клиновидным дефектом

ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ СВЯЗАНА С

сохранением органической основы эмали

образованием пелликулы на поверхности эмали

повышением проницаемости эмали

повышением вязкости слюны

АППЛИКАЦИЯ ОДНОКРАТНО 2% Р-РА NAF С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЧИСТКОЙ ЗУБОВ
КАЛЬЦИЙФОСФАТСОДЕРЖАЩИМИ ГЕЛЯМИ – ЭТО МЕТОДИКА РЕМТЕРАПИИ

Г.Н. Пахомова

Е.В. Боровского, П.А. Леуса

В.К. Леонтьева, В.Г. Сунцова, В.А. Дистеля

И.Г. Лукомского

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА
ДЕНТИНА (СРЕДНЕГО) ПРОВОДИТСЯ С

хроническим периодонтитом
хроническим пульпитом
деструктивной формой флюороза
деструктивной формой гипоплазии

БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЕМ) ОБЪЯСНЯЕТСЯ
разрушением эмалево-дентинного соединения
отсутствием чувствительной иннервации в дентине
некрозом пульпы
воспалением периодонта

ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
внутреннего слоя кариозного дентина
вторичного дентина
наружного слоя кариозного дентина
иррегулярного дентина

ПРОТРАВЛИВАНИЕ (КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ) ДЕНТИНА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ
удаления смазанного слоя
усиления краевого прилегания
усиления бактерицидных свойств композитов
формирования гибридного слоя

ПРАВИЛЬНЫЙ ПОДБОР ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА
ПРОВОДИТСЯ ПРИ
нейтральном дневном освещении
идеально высушенной поверхности зуба
свете галогенового светильника
ярком солнечном свете

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ
НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН ПРЕПАРАТ
хлоргексидин 0,06% р-р
перекись водорода 3% р-р
физиологический р-р
дистиллированная вода

НАЛОЖЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ КАРИЕСЕ ПОКАЗАНО
всегда при глубоком кариесе
при остром течении глубокого кариеса
при хроническом течении глубокого кариеса
всегда при кариесе дентина

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА ИЗ КАЛЬЦИЙ-САЛИЦИЛАТНОГО ЦЕМЕНТА
НАКЛАДЫВАЕТСЯ
точно в проекции рога пульпы
на дно и стенки кариозной полости
только на стенки кариозной полости
по всему дну кариозной полости

ЭВГЕНОЛ В СОСТАВЕ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ ИЛИ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ
НАРУШАЕТ

процессы полимеризации и адгезии композитных материалов
процессы адгезии цинк-фосфатных цемента
адгезию силико-фосфатных цемента
цвет реставрации

В ОБШИРНЫХ ПОЛОСТЯХ II КЛАССА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА

сендвич-техника
бондин-техника
адгезивная техника
техника слоёной реставрации

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (СРЕДНЕМ) НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА

адгезивная техника
техника слоеной реставрации
сендвич-техника
бондинг-техника

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (ГЛУБОКОМ) НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА

техника слоеной реставрации
бондинг-техника
сендвич-техника
адгезивная техника

ДЕФЕКТ ШЕЕК ЗУБОВ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ, ОБРАЗОВАННЫЙ ДВУМЯ СХОДЯЩИМИСЯ

под углом стенками
клиновидный дефект
эрозия эмали
кислотный некроз эмали
пришеечный кариес

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ

клиновидном дефекте
эрозии эмали
кислотном некрозе эмали
пришеечном кариесе

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ

пародонтоз
некроз эмали
пародонтит
гингивит

УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

пародонтит молочного зуба
болезни ребенка на первом году жизни
болезни матери во время беременности
низкое содержание фтора в питьевой воде

СИМПТОМОМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ «СНЕЖНЫЕ» ЗУБЫ несовершенный амелогенез

флюороз
гипоплазия эмали
несовершенный дентиногенез

МЕТОД МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
флюороза
несовершенного дентиногенеза
несовершенного амелогенеза
эрозии эмали

С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОСТРОЕ
ТЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА
хронический фиброзный пульпит
острый диффузный пульпит
средний кариес
хронический периодонтит

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА, СОДЕРЖАЩАЯ КОРТИКОСТЕРОИДЫ
НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА СРОК
2 недели
до 3 суток
до 6 суток
2 месяца

ИЗОЛИРУЮЩАЯ ПРОКЛАДКА ПРИ РАБОТЕ С КОМПОЗИТАМИ ХИМИЧЕСКОГО
ОТВЕРЖДЕНИЯ НАКЛАДЫВАЕТСЯ
до эмалево-дентинной границы
точно в область проекции рога пульпы
только на дно полости
можно не накладывать

ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ТЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ДНО
плотное, пигментированное
плотное, светлое
размягченное, пигментированное
размягченное, светлое

ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КАРИЕСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
борьба с микроорганизмами зубного налета
ограничение углеводов в пище
регуляция слюноотделения
фторирование питьевой воды

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КАРИЕСЕ ЯВЛЯЕТСЯ
регуляция состава и свойств ротовой жидкости
местное назначение антисептических полосканий
профессиональная гигиена полости рта
использование интердентальных средств

ИЗНОСО- И ЦВЕТСТОЙКОСТЬ РЕСТАВРАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
шлифованием и полированием

кондиционированием эмали
сохранением слоя, ингибированного кислородом
использованием адгезивной системы

ПРИ ВЫБОРЕ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

локализация кариозной полости
течение кариеса
уровень гигиены рта
уровень кариесрезистентности

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПИГМЕНТИРОВАННОГО КАРИОЗНОГО ПЯТНА, ЗАНИМАЮЩЕГО 1/2 ПЛОЩАДИ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРА, ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

препарирование и пломбирование
реминерализирующая терапия
запечатывание очага поражения герметиком
сошлифовывание очага поражения с последующим нанесением герметика

МИНИМАЛЬНЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ОТБЕЛИВАНИЕМ И РЕСТАВРАЦИЕЙ

2 недели
1 неделя
3 дня
1 месяц

ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА

2 – 6 мкА
1 мкА
12 – 15 мкА
20 – 25

К ОДОНТОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

кальцесил
консепсис
виноксол
кавалайт

ОСНОВОЙ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

химико-паразитарная теория
биологическая теория
физико-химическая теория
протеолиз-хелационная теория

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ

водной суспензии гидроксида кальция
кальций-салицилатного цемента химического отверждения
лака с гидроксидом кальция
светоотверждаемого полимерного материала, содержащего гидроксид Кальция

ГЛУБИНА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ
КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ДОЛЖНА БЫТЬ

ниже эмалево-дентинной границы на 1 мм
на уровне эмалево-дентинной границы
в пределах 2/3 толщины эмали
на половине толщины дентина

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ИЗЛУЧАТЕЛЕМ СВЕТА И ПЛОМБИРОВОЧНЫМ
МАТЕРИАЛОМ ПРИ ФОТОПОЛИМЕРИЗАЦИИ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ БОЛЕЕ

5 мм
10 мм
15 мм
20 мм

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

патологических изменений не определяется
определяется очаг деструкции костной ткани
разрушена кортикальная пластинка альвеолы
имеется расширение периодонтальной щели

УКАЖИТЕ РЕАКЦИЮ НА ХОЛОДНОЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ

от холодного самопроизвольная боль стихает
возникает краковременная боль
болезненная, длительная
от холодного самопроизвольная боль усиливается

УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ НАЧАЛЬНОМ
ПУЛЬПИТЕ

дно размягчено, полость зуба не вскрыта, зондирование болезненно в одной точке
дно размягчено, зондирование болезненно по всему дну
дно твердое, зондирование безболезненно
полость зуба всегда вскрыта

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НА ДНО
КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПАСТА

содержащая гидроокись кальция
параформальдегидная
резорцин-формалиновая
75% фтористая

БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ПОКАЗАН ПРИ

начальном пульпите
остром и гнойном пульпите
хроническом пульпите
остром пульпите

УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПУЛЬПИТЕ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ

дно размягчено, полость зуба вскрыта или легко вскрывается, зондирование пульпы
болезненно
дно размягчено, полость зуба не вскрыта, зондирование дна болезненно в одной точке
дно твердое, зондирование безболезненно

дно размягчено, полость зуба никогда не вскрыта

В КАКОМ СЛУЧАЕ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА ПОД АНЕСТЕЗИЕЙ

при непереносимости анестетиков
при всех острых формах пульпита у пожилых людей
у молодых людей с хорошей реактивностью пульпы
при страхе перед вмешательством

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БОЛИ ПОСЛЕ СЛУЧАЙНОГО ВЫВЕДЕНИЯ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА СИЛERA ЗА ВЕРХУШКУ КОРНЯ ПРИ ЭКСТИРПАЦИОННОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕОБХОДИМО

назначить анальгетики и физиолечение
удалить зуб
распломбировать корневой канал
провести резекцию верхушки корня

БОЛЬНОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛУЕТСЯ НА

боли от горячего
боли от холодного
самопроизвольные приступообразные боли с длительными безболевыми промежутками
постоянные самопроизвольные боли

УКАЖИТЕ РЕАКЦИЮ НА ХОЛОДНОЕ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ

возникает длительный приступ боли
возникает боль, проходящая после устранения раздражителя
безболезненная
от холодного боль проходит

УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ

полость зуба широко вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненно,
зондирование корневой пульпы болезненно
полость зуба никогда не вскрыта
дно размягчено, зондирование болезненно в одной точке
дно размягчено, зондирование болезненно по всему дну

УКАЖИТЕ РЕАКЦИЮ НА ХОЛОДНОЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

реакция на холодное безболезненная
длительный приступ острой боли
острая боль, иррадиирующая в соседние зубы
боль, исчезающая тотчас же после устранения раздражителя

ПАЦИЕНТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ МОЖЕТ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ ЖАЛОБЫ

на периодически появляющиеся неприятные ощущения или незначительные боли при накусывании на зуб
на острые самопроизвольные приступообразные боли в зубе
на самопроизвольные постоянные боли пульсирующего характера
на острую самопроизвольную постоянную боль, иррадиирующую в соседние области

РЕАКЦИЯ ЗУБА НА ПЕРКУССИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

перкуссия безболезненная

болезненна горизонтальная перкуссия

резкая болезненность при вертикальной и горизонтальной перкуссии

болезненная вертикальная перкуссия

РЕАКЦИЯ ЗУБА НА ПЕРКУССИЮ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

резкая болезненность при вертикальной и горизонтальной перкуссии

слабо болезненная вертикальная перкуссия

болезненна горизонтальная перкуссия

перкуссия безболезненная

УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ ОКОЛОЗУБНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРИАПИКАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ БЕЗ СВИЩА

переходная складка гиперемирована, сглажена, пальпация ее болезненна

окружающая слизистая оболочка без патологических изменений

слизистая оболочка в области проекции верхушки корня цианотичная, определяется

положительный симптом вазопареза

маргинальная десна гиперемирована, отечна

УКАЖИТЕ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОСЕЩЕНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ

одно

два

три

четыре

УКАЖИТЕ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОСЕЩЕНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ

два

одно

три

четыре

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ СОХРАНЕНИЕ ЧАСТИ ЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПУЛЬПЫ

витальная ампутация

витальная экстирпация

комбинированный

биологический

ПРИ ВЫБОРЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕ УЧИТЫВАЮТ

групповую принадлежность зуба

локализацию полости

возраст пациента

показания ЭОД

ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ ОТ ГОРЯЧЕГО, НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА И ТЕМНЫЙ ЦВЕТ ЗУБА 12. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

хронический язвенный пульпит

кариес дентина
хронический пульпит
хронический апикальный периодонтит

ЧАЩЕ ВСЕГО ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В ПЕРИОДОНТ

интрадентально
ретроградно
интраоссально
сулькулярно

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

отсутствие реакции на температурные раздражители
боль при жевании
боль от температурных раздражителей
подвижность зуба

ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОЗВОЛЯЕТ

рентгенологические изменения в периодонте
изменение зуба в цвете
болезненная перкуссия
рубец от свищевого хода на десне

РАСКРЫТИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ
создания оттока экссудата при остром апикальном периодонтите
лучшего проникновения лекарственных препаратов при ирригации канала
лучшего пломбирования корневого канала
удаления инфицированного дентина

МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЭТАПЫ, КРОМЕ

наложения лечебной прокладки
хемо-механической обработки корневых каналов
ампутации и экстирпации пульпы
пломбирования корневых каналов

НАДЕЖНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА ДАЮТ ВСЕ ВИДЫ АНЕСТЕЗИИ, КРОМЕ

аппликационной
инфильтрационной
проводниковой
интралигаментарной

БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ЭТАПЫ, КРОМЕ

вскрытия и раскрытия полости зуба
обезболивания
медикаментозной обработки кариозной полости
наложения лечебной прокладки

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДОНТЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ОСТРОГО ПУЛЬПИТА
ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ

расширение периодонтальной щели
усиление плотности кортикальной пластинки
очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня

УКАЖИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, КОТОРЫЙ ДАЕТ БОЛЬШЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

девитальная ампутация
девитальная экстирпация
витальная экстирпация
биологический метод

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ МОГУТ БЫТЬ ПОКАЗАНЫ ВСЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ

биологического
витальной ампутации
витальной экстирпации
девитальной экстирпации

ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

снижается
возрастает
не изменяется
не определяется

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА КОРНЕВОЙ
КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ

до физиологического верхушечного отверстия
до анатомического верхушечного отверстия
до рентгенологического верхушечного отверстия
за апикальное отверстие

МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

3-4 месяца
1-2 месяца
9-12 месяцев
2 года

БОЛЬНОЙ С ГНОЙНЫМ ПУЛЬПИТОМ ЖАЛУЕТСЯ НА

острую самопроизвольную, почти постоянную боль пульсирующего характера,
иррадиирующую в соседние области
постоянную ноющую боль в зубе
самопроизвольную приступообразную боль с длительными безболевыми промежутками
боль только от раздражителей

ПРИ НАЧАЛЬНОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАКЦИЯ НА ПЕРКУССИЮ

безболезненная
болезненная
резко болезненная как вертикальная, так и горизонтальная перкуссия

болезненная горизонтальная перкуссия

БОЛЬНОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЖАЛУЕТСЯ НА

боли от механических раздражителей, кровоточивость из зуба

постоянные острые боли

острые самопроизвольные, приступообразные боли, усиливающиеся ночью

как правило, жалоб не предъявляет

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОД

болезненная, длительная

болезненная, быстропроходящая

безболезненная

от холодного самопроизвольная боль стихает

УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ

изменений чаще не бывает, но может быть расширение периодонтальной

всегда имеется деструкция костной ткани с четкими контурами

во всех случаях патологических изменений нет

щели в области верхушки корня, а иногда даже и деструкция костной ткани

всегда имеется деструкция костной ткани с нечеткими контурами

ФОРМА ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ ПОЛОСТЬ ЗУБА ВСЕГДА СООБЩАЕТСЯ С КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТЬЮ

хронический гиперпластический

острый

хронический

хронический язвенный

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭОД

100 мкА и выше

20-40 мкА

60-80 мкА

2-5 мкА

НАЧАЛЬНЫЙ ПУЛЬПИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

кариесом дентина

хроническим язвенным пульпитом

острым апикальным периодонтитом

гнойным пульпитом

ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

начальным и гнойным пульпитом, острым апикальным периодонтитом, невралгией тройничного нерва

хроническим апикальным периодонтитом и кариесом дентина

хроническим пульпитом и кариесом дентина

начальным пульпитом и кариесом дентина

ГНОЙНЫЙ ПУЛЬПИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

острым пульпитом, острым апикальным периодонтитом, острым гайморитом

хроническим пульпитом и хроническим апикальным периодонтитом

хроническим апикальным периодонтитом, кариесом дентина и невралгией тройничного нерва
острым пульпитом, хроническим пульпитом и глубоким кариесом

ХРОНИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
кариесом дентина и начальным пульпитом
острым апикальным периодонтитом
острым пульпитом
гнойным пульпитом

ХРОНИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
хроническим пульпитом и хроническим апикальным периодонтитом
кариесом дентина и начальным пульпитом
острым пульпитом и острым апикальным периодонтитом
хроническим гиперпластическим пульпитом

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
с разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из периодонта
хроническим пульпитом и кариесом дентина
хроническим язвенным пульпитом
острым пульпитом и острым апикальным периодонтитом

УКАЖИТЕ ФОРМУ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНА ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОБРАБОТКА КАНАЛА ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ (НЕЗАВИСИМО ОТ СТЕПЕНИ ПРОХОДИМОСТИ КАНАЛА)
при всех формах пульпита без исключения
острый пульпит
хронический язвенный пульпит
хронический пульпит

ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ В ФАЗУ ЭКССУДАЦИИ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА
постоянную боль, усиливающуюся при накусывании, чувство «выросшего зуба»
кратковременные пульсирующие боли
обычно жалоб не предъявляет
ноющую боль, усиливающуюся при накусывании

АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
острый инфаркт миокарда
сахарный диабет
хронический гепатит
беременность

МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ФОРМАЛИНА
форфенан
эвгедент
calasept
эндометазон

«АН-PLUS» ОТНОСИТСЯ К ПАСТАМ НА ОСНОВЕ

эпоксидных смол
гидрооксида кальция
окиси цинка и эвгенола
формалина

КОРТИКОСТЕРОИДЫ ВХОДЯТ В СОСТАВ

эндометазона
резорцин-формалиновой пасты
кариосана
апексита

К ЦИНКООКСИЭВГЕНОЛЬНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСИТСЯ

кариосан
кетак-эндо
форфенан
апексит

ПАСТА НА ОСНОВЕ ОКИСИ ЦИНКА И ЭВГЕНОЛА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

эндометазон
каласепт
форфенан
апексит

ПАСТА НА ОСНОВЕ ЭПОКСИДНЫХ СМОЛ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

АН-plus
биокалекс
форфенан
эндометазон

К МАТЕРИАЛАМ НА ОСНОВЕ ФОРМАЛИНА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТСЯ

форфенан
эндобтур
эндометазон
апексит

НЕДОСТАТОК КОРНЕВЫХ НАПОЛНИТЕЛЕЙ НА ФОРМАЛИНОВОЙ ОСНОВЕ

окрашивание тканей зуба
отсутствие антимикробных свойств
отсутствие рентгеноконтрастности
верно все перечисленное

Для пломбирования корневых каналов с неполной экстирпацией пульпы применяют

крезопат
эндометазон
сиалапекс
апексит

МУМИФИЦИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА ПУЛЬПУ ОКАЗЫВАЕТ ПАСТА

резорцин-формалиновая
на основе окиси цинка и эвгенола
на основе оксида кальция
на полимерной основе

ТРЕБОВАНИЕ К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

не оказывать раздражающего действия на ткани периодонта
иметь длительное время твердения
обладать химической связью с дентином

ТРЕБОВАНИЕ К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

обладать пластикостимулирующим и противовоспалительным действием
обладать химической связью с дентином
иметь длительное время твердения

ТРЕБОВАНИЕ К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

не разрушаться под действием тканевой жидкости
обладать химической связью с дентином
иметь длительное время твердения

ДЕКАЛЬЦИНАЦИЮ ДЕНТИНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

хелатные вещества
гидроокись меди кальция
резорцин

«КАНАЛ+» - ЭТО

гель, содержащий ЭДТА
пломбировочный материал для корневых каналов
силер
антисептик

Н-ФАЙЛ ПРОИЗВОДИТ СРЕЗАНИЕ ДЕНТИНА ПРИ

ретракции
пенетрации
ротации

МАТЕРИАЛ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИЗ ГРУППЫ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ

кетак-эндо
эвгедент
эндометазон
цинк-эвгенольный цемент

РАЗМЕР ВВОДИМОГО ГУТТАПЕРЧЕВОГО ШТИФТА ПОСЛЕ УПЛОТНЕНИЯ СПРЕДЕРОМ

меньше спредера
больше спредера
размеры штифта и спредера одинаковы
штифт любого размера

ГУТТАПЕРЧЕВЫЕ ШТИФТЫ ОТНОСЯТСЯ К

твердым

пластичным твердеющим материалам
пластмассовым
пластичным нетвердеющим материалам

НЕДОСТАТОК КОРНЕВЫХ НАПОЛНИТЕЛЕЙ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ
раздражающее действие на ткани периодонта при выведении за верхушку
окрашивание тканей зуба
верхушечное отверстие
отсутствие рентгеноконтрастности
растворение под действием тканевой жидкости

КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ВВОДИТСЯ В КОРНЕВОЙ КАНАЛ
невращающимся
вращающимся на больших оборотах
вращающимся на малых оборотах
в любом состоянии

КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ВЫВОДИТСЯ ИЗ КОРНЕВОГО КАНАЛА
вращающимся на малых оборотах
невращающимся
вращающимся на больших оборотах
в любом состоянии

ШТИФТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
гуттаперчевые
бумажные
парапульпарные

ИЗБЫТОК ГУТТАПЕРЧЕВОГО ШТИФТА ПОСЛЕ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ
УБИРАЕТСЯ
разогретым инструментом
стальным бором
алмазным бором
режущим инструментом

КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ВЫБИРАЕТСЯ
на один размер меньше, чем последний эндодонтический инструмент
на один размер больше
одного размера
на несколько размеров меньше, чем последний эндодонтический инструмент

КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТ В СОСТАВ КОРНЕВЫХ
НАПОЛНИТЕЛЕЙ ДЛЯ
снижения инфицированности тканей
ускорения регенерации костной ткани
снижения воспалительной реакции тканей
улучшения пластичности

ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИЯ ВВОДЯТ В СОСТАВ КОРНЕВЫХ НАПОЛНИТЕЛЕЙ ДЛЯ
стимуляции пластической функции околоврехушечных тканей
снижения объёмных изменений материала
улучшения пластичности материала

ПЛОМБИРОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ, КОТОРЫЙ КОМБИНИРУЕТСЯ СО ШТИФТОМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

силер
герметик
силан
филер

ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ТЕХНИКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ШТИФТА ПОКАЗАНО

при узких каналах
искривленных, труднопроходимых каналах
при широких, легкопроходимых каналах
в любых каналах

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО СТЕНОК КАНАЛА ПРЕДНАЗНАЧЕН

корневой бурав (Н-файл)
пульпоэкстрактор
дрильбор
корневая игла

SPREADER ИСПОЛЬЗУЮТ

для латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов
для вертикальной конденсации гуттаперчевых штифтов
для внесения силера

PLUGGER ИСПОЛЬЗУЮТ

для вертикальной конденсации гуттаперчевых штифтов
для латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов
для внесения силера

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ГУТТАПЕРЧЕЙ

спредер
штопфер корневой
К-файл
развертка

МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОДНОЙ ПАСТОЙ

не гарантирует полноценную obturation корневого канала до верхушечного отверстия
гарантирует полноценную obturation корневого канала до верхушечного отверстия
большой риск выведения пасты за верхушечное отверстие
большой риск отлома каналонаполнителя

ОСНОВНОЙ ГУТТАПЕРЧЕВЫЙ ШТИФТ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАНАЛА МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ДОЛЖЕН ВХОДИТЬ В КАНАЛ

на рабочую длину канала
на 2/3 длины канала
выходить за верхушечное отверстие
на 1/2 длины канала

НАЗНАЧЕНИЕ ДРИЛЬБОРА

прохождение канала
удаление пульпы
пломбирование канала

ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ПОЛОСТИ ЗУБА УСТРАНЯЕТСЯ ПЛОМБИРОВАНИЕМ
лечебной прокладкой
цинк-фосфатным цементом
СИЦ
текучим композитом

ПРИ ОТЛОМЕ ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ЕГО
ИЗВЛЕЧЕНИЯ, ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛА ПРОИЗВОДИТСЯ ПАСТОЙ
крезопаста
АН+
эндометазон
апексит

ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КАНАЛА ПРИГОДНЫЙ ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОГО
ПЛОМБИРОВАНИЯ
35-40
10-15
20-25
45-60

ОПРЕДЕЛИТЬ СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ ПОЗВОЛЯЕТ
электроодонтодиагностика
тесты с красителями
перкуссия
пальпация

ВЫЯВИТЬ УЧАСТОК ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОЗВОЛЯЕТ
тест с красителями
электроодонтодиагностика
температурная диагностика
перкуссия

ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА
на способности тканей излучать свет определенного цвета при действии
ультрафиолетовых лучей
на свечении твердых тканей под влиянием света зеленого цвета
на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы при
раздражении электрическим током
на реакции болевых и тактильных рецепторов периодонта

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИЯ – ЭТО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ
ЗУБОВ, ОСНОВАННЫЙ
на свечении твердых тканей под влиянием света зеленого цвета
на способности тканей излучать свет определенного цвета при действии
ультрафиолетовых лучей
на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы при
раздражении электрическим током
на реакции болевых и тактильных рецепторов периодонта

ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА – ЭТО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ, ОСНОВАННЫЙ

на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы при раздражении электрическим током
на свечении твердых тканей под влиянием света зеленого цвета
на способности тканей излучать свет определенного цвета при действии ультрафиолетовых лучей
на реакции болевых и тактильных рецепторов периодонта

ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ЗУБОВ В НОРМЕ ДАЮТ ПРИ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СВЕЧЕНИЕ

синее - голубое
желто - зеленое
оранжевое
серое

РАССПРОС БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ

со сбора жалоб
со сведений о перенесенных заболеваниях
с истории заболевания
с истории жизни

ЗУБНЫЕ РЯДЫ ОСМАТРИВАЮТ

справа налево (верхняя челюсть), слева направо (нижняя челюсть)
слева направо (верхняя челюсть), справа налево (нижняя челюсть)
произвольно
слева направо (верхняя челюсть), слева направо (нижняя челюсть)

ЗОНД СВОБОДНО СКОЛЬЗИТ ПО ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, ЕСЛИ

целостность эмали не нарушена
имеется участок деминерализации
отсутствует пломбировочный материал
имеются твердые назубные отложения

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

электроодонтодиагностика
пальпация
перкуссия
осмотр

ПУЛЬПА ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РЕАГИРУЕТ НА СИЛУ ТОКА

2 – 6 мкА
60 – 100 мкА
10 – 20 мкА
20-50 мкА

ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

в верхушечной части периодонта
в маргинальной части периодонта
в бифуркации корней

в пульпе

ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

в маргинальной части периодонта
в верхней части периодонта
в бифуркации корней
в пульпе

ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

пинцета
шпателя
пальпации
перкуссии

ПАЛЬПАЦИЮ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

указательным пальцем правой руки
с помощью инструментов
большим пальцем правой руки
большим пальцем левой руки

ВЫВОДНОЙ ПРОТОК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

верхних вторых моляров
верхних первых премоляров
нижних вторых моляров
нижних резцов

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЯХ НУЖНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

некариозных поражений
кариеса
пульпита
периодонтита

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЯХ НУЖНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

заболеваний слизистой оболочки полости рта
кариеса
пульпита
периодонтита

ПО ХАРАКТЕРУ РАЗЛИЧАЮТ БОЛЬ

ноющая, пульсирующая, острая
постоянная, кратковременная
локализованная, иррадиирующая

ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАЗЛИЧАЮТ БОЛЬ

постоянная, кратковременная
ноющая, пульсирующая, острая
локализованная, иррадиирующая

БОЛЬ ПРИ КАРИЕСЕ ВОЗНИКАЕТ

от внешних раздражителей

самопроизвольно в дневное время

самопроизвольно в ночное время

БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ БЕЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ,
НАЗЫВАЕТСЯ

самопроизвольной

спонтанной

хаотичной

беспричинной

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ

основных

рентгенологических

лабораторных

термометрических

цитологических

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

опрос, осмотр

опрос, рентгенография

осмотр, ЭОД

ЭОД, рентгенография

перкуссия, ЭОД

ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ

жалоб

анамнеза заболевания

перенесенных заболеваний

истории жизни

аллергоанамнеза

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ

бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

бледно-розового цвета, сухая

бледного цвета, сухая

ярко-красного цвета, обильно увлажнена

гиперемирована, отечна

ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С

внешнего осмотра

определения прикуса

заполнения зубной формулы

осмотра зубных рядов

перкуссии зубов

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

пальпации

перкуссии

зондирования

рентгенографии

аускультации

ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬ

наклонена вперед

отклонена назад

отклонена влево

отклонена вправо

отклонена назад и влево

ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА

пинцета

зеркала

углового зонда

экскаватора

шпателя

ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ЛИЦА ПАЦИЕНТА ВРАЧ ОТМЕЧАЕТ

симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

тургор кожи, цвет глаз

форму носа, цвет глаз

пигментные пятна, цвет волос

целостность зубного ряда

ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

по всем поверхностям

в пришеечной области

в области контактных поверхностей

в фиссурах

в области бугров

ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

глубину полости

форму поражения

состояние периодонта

состояние костной ткани челюсти

ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

сообщение кариозной полости с полостью зуба

форму поражения

состояние периодонта

состояние костной ткани челюсти

ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

участки болезненности

форму поражения

состояние периодонта

состояние костной ткани челюсти

ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

осмотр

термопроба
электроодонтодиагностика
рентгенография

ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
БОЛЬНОГО

пальпация
рентгенография
термопроба
электроодонтодиагностика

ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
БОЛЬНОГО

перкуссия
рентгенография
термопроба
электроодонтодиагностика

ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
БОЛЬНОГО

зондирование
рентгенография
термопроба
электроодонтодиагностика

ОДИН ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

термодиагностика
перкуссия
зондирование
пальпация

ОДИН ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

рентгендиагностика
перкуссия
зондирование
пальпация

ОДИН ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

люминесцентная диагностика
перкуссия
зондирование
пальпация

ПРИ ИНТАКТНОМ РЕЗЦЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ЭОД
СНИМАЮТ

с середины режущего края
с угла коронки
с вестибулярной поверхности в пришеечной области

ПРИ ИНТАКТНОМ ПРЕМОЛЯРЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ЭОД
СНИМАЮТ

- с вершины щечного бугра
- с середины режущего края
- с вестибулярной поверхности в пришеечной области

ПРИ ИНТАКТНОМ МОЛЯРЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ЭОД
СНИМАЮТ

- с вершины переднего щечного бугра
- с вершины заднего щечного бугра
- с вестибулярной поверхности в пришеечной области

ИЗУЧЕНИЕ РЕНТГЕНОГРАММЫ ПРОВОДЯТ

- после расспроса и осмотра
- после расспроса до осмотра
- до расспроса

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- рентгенография
- температурная проба
- ЭОД
- реодентография

НАЛИЧИЕ НАЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- стоматологического зеркала и зонда
- пинцета и зонда
- стоматологического зеркала и шпателя
- экскаватора

НАЛИЧИЕ РАЗМЯГЧЕННОГО ДЕНТИНА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- стоматологического зеркала и зонда
- пинцета и зонда
- стоматологического зеркала и шпателя
- штопфера

БОЛЕЗНЕННОСТЬ СТЕНОК И ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ С
ПОМОЩЬЮ

- стоматологического зеркала и зонда
- пинцета и зонда
- стоматологического зеркала и штопфера
- гладилки

КАРИЕСОИММУННЫЕ ЗОНЫ ЗУБА

- бугры и режущий край
- пришеечная область
- апроксимальная поверхность
- контактный пункт

В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕРАБОТКИ САХАРОЗЫ МИКРООРГАНИЗМАМИ ОБРАЗУЕТСЯ
КИСЛОТА

- молочная
- уксусная

пировиноградная
фосфорная

МИКРООРГАНИЗМЫ, ИГРАЮЩИЕ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

стрептококки
стафилококки
фузобактерии
грибы рода Кандида

НАИБОЛЕЕ КАРИЕСОГЕННЫЙ УГЛЕВОД

сахароза
галактоза
фруктоза
мальтоза

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА

люминесцентная стоматоскопия и окрашивание
рентгенография и ЭОД
рентгенография и термодиогностика
термодиогностика и люминесцентная стоматоскопия

МЕТОД ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

при кариесе в стадии белого пятна
при эрозии эмали
при кариесе в стадии пигментированного пятна
при гипоплазии

РАСТВОРИМОСТЬ ГИДРОКСИАПАТИТА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ СНИЖЕНИИ PH РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

увеличивается
уменьшается
не изменяется

ФОРМА КАРИЕСА ПО ТЕЧЕНИЮ

острый
подострый
обострение хронического

ФОРМА КАРИЕСА ПО ТЕЧЕНИЮ

хронический
подострый
обострение хронического

В КЛАССИФИКАЦИИ КАРИЕСА ИМЕЕТСЯ ФОРМА

начальный
первичный
подповерхностный

В КЛАССИФИКАЦИИ КАРИЕСА ИМЕЕТСЯ ФОРМА

поверхностный

подповерхностный
первичный

В КЛАССИФИКАЦИИ КАРИЕСА ИМЕЕТСЯ ФОРМА
средний
первичный
подповерхностный

В КЛАССИФИКАЦИИ КАРИЕСА ИМЕЕТСЯ ФОРМА
глубокий
первичный
подповерхностный

ОЧАГ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
гиперестезией
снижением чувствительности к раздражителям
появлением дефекта эмали (полости)
подвижностью зуба

ДЛЯ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРНО
эмаль гладкая, тусклая, безболезненная
эмаль гладкая, блестящая, безболезненная
полость в пределах эмали
полость в пределах плащевого дентина

ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО
отсутствие дефекта эмали
полость в пределах эмали
полость в пределах плащевого дентина
полость в глубоких слоях дентина

ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО
полость в пределах эмали
отсутствие дефекта эмали
полость в пределах плащевого дентина
полость в глубоких слоях дентина

ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО
полость в пределах плащевого дентина
полость в пределах эмали
отсутствие дефекта эмали
полость в глубоких слоях дентина

ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО
полость в глубоких слоях дентина
полость в пределах эмали
полость в пределах плащевого дентина
отсутствие дефекта эмали

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ КРАСИТЕЛЬ
метиленовый синий
бриллиантовый зеленый

эритрозин
водный раствор йода

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

по эмалево-дентинному соединению и всему дну полости
по эмалевому краю
по дну в области рога пульпы
возможен любой вариант

ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ БОЛЕЗНЕННО

по эмалево-дентиновому соединению
по краю эмали
по дну кариозной полости
возможен любой вариант

БОЛЬ ПРИ КАРИЕСЕ РАЗНЫХ СТАДИЙ

только в присутствии раздражителя
сохраняющаяся после устранения раздражителя
самопроизвольная
возможен любой вариант

ОБРАЗОВАНИЕ ДЕФЕКТА ТОЛЬКО ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КАРИЕСА

поверхностный
начальный
средний
глубокий

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЕТ ПО

локализации
кариесогенности
интенсивности
толщине

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

окрашивания
зондирования
пальпации
электроодонтодиагностики

ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ ПОД МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНОЙ, НЕВИДИМОЕ ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ, ПЛОТНОЕ И ТВЕРДОЕ, ТЕМНО-КОРИЧНЕВОГО ИЛИ ЗЕЛЕНО-ЧЕРНОГО ЦВЕТА, ПЛОТНО ПРИКРЕПЛЕННОЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА - ЭТО

поддесневой зубной камень
кутикула
пелликула
наддесневой зубной камень

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАДДЕСНЕВОЙ ЗУБНОЙ КАМЕНЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

язычной поверхности нижних резцов

вестибулярной поверхности верхних резцов
вестибулярной поверхности нижних резцов
одинаково часто на всех поверхностях зубов

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ
ОКРАШИВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

Шиллера-Писарева
5% йода спиртовой
2% метиленовой сини
1% бриллиантового зеленого

С ПОМОЩЬЮ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ РАСТВОРОВ МОЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ НА
ЗУБАХ

зубного налета
кутикулы
пелликулы
зубного камня

ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПОДДЕСНЕВОГО
КАМНЯ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

зондирования
визуального осмотра
окрашивания йодсодержащим раствором
микробиологического исследования

ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

гигиены полости рта
интенсивности кариеса
кровоточивости десен
зубочелюстных аномалий

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С
ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЕДОРОВАВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ

вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов
вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов
язычные поверхности первых постоянных моляров
вестибулярные поверхности первых постоянных моляров

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

16, 11, 26, 36, 31, 46
43, 42, 41, 31, 32, 33
16, 12, 24, 36, 32, 44
16, 26, 36, 46

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

16,11,26,36,31,46
43,42,41,31,32,33
16,12,24,36,32,44
16,26,36,46

С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА АРІ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

наличие зубного налета на контактных поверхностях зубов

степень воспаления десны
кровоточивость десневой борозды
наличие зубного налета и зубного камня

МЕТОД ОКРАШИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА
RHR
КПУ(3)
CPI
CPTN

ИНФОРМАЦИЮ О НАЛИЧИИ ЗУБНОГО КАМНЯ ДАЕТ ИНДЕКС
CPTN
Федорова-Володкиной
RHR
КПУ

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА
RHR
КПУ
PMA
Федорова-Володкиной

ИНДЕКС RHR ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
гигиены полости рта
интенсивности кариеса
кровоточивости десен
состояния тканей пародонта

СЕРОВАТО-БЕЛОЕ, МЯГКОЕ И ЛИПКОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, НЕПЛОТНО
ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
мягкий зубной налет
пелликулу
поддесневой зубной камень
наддесневой зубной камень

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА RHR ПРОИЗВОДИТСЯ ОКРАШИВАНИЕ
ПОВЕРХНОСТЕЙ 16, 26 ЗУБОВ
вестибулярных
оральных
окклюзионных
апроксимальных

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА RHR ПОВЕРХНОСТЬ ОБСЛЕДУЕМОГО ЗУБА
ДЕЛИТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ
5
2
3
4

ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

слюна
десневая жидкость
сыворотка крови
лимфа

ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗОВАНА

гликопротеидами слюны
коллагеном
кератином
органическими кислотами

К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

зубной камень
мягкий зубной налет
пищевые остатки
налет курильщика

ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ НАД ДЕШЕВЫМ КРАЕМ, ОБЫЧНО БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТОЖЕЛТОГО ЦВЕТА, ТВЕРДОЙ ИЛИ ГЛИНООБРАЗНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ -ЭТО

наддесневой зубной камень
пелликула
мягкий зубной налет
поддесневой зубной камень

ЗУБНОЙ НАЛЕТ БЫСТРЕЕ НАКАПЛИВАЕТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

верхних моляров
верхних резцов
нижних резцов
одинаково во всех участках полости рта

ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА УДАЛЯЕТСЯ

мягкий зубной налет
пелликула
наддесневой зубной камень
налет курильщика

МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ОЧИЩЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПРОИЗВОДИТСЯ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

круговым Fones
Leonard
Bass
стандартным Г.Н. Пахомова

ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ С

короткой рабочей частью
длинной рабочей частью
изогнутой ручкой
силовым выступом

ДЛЯ БОЛЕЕ ТЩАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ВСЕХ ПОВЕРХНОСТЕЙ И УЧАСТКОВ
ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ С ФОРМОЙ
ПОДСТРИЖКИ ВОЛОКОН РАБОЧЕЙ ЧАСТИ

с различной высотой и направлением кустов щетины

прямой

V-образной

с силовым выступом

ИНДИКАТОРНЫЕ ЩЕТИНКИ ИМЕЮТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЕТОК ДЛЯ

определения срока годности щетки

улучшения эстетического вида

наиболее эффективного очищения межзубных промежутков

определения эффективности чистки зубов

В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ
МИКРООРГАНИЗМАМ

стрептококкам

актиномицетам

вирусам

стафилококкам

ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КОЛИЧЕСТВА МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА В ПОЛОСТИ РТА
РЕАКЦИЯ СЛЮНЫ СМЕЩАЕТСЯ В СТОРОНУ

кислую

щелочную

нейтральную

не изменяется

В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ СВОЙСТВО
МИКРООРГАНИЗМОВ

образование органических кислот

устойчивость к антибиотикам

способность вызывать дисбактериоз

выделение экзотоксинов

ЗНАЧЕНИЕ PH ЗУБНОГО НАЛЕТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ,
СОСТАВЛЯЕТ

5,5-5,7

3,5-4,0

6,5-7,0

7,0-7,5

КОНЦЕНТРАЦИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ВЫШЕ В ОБЛАСТИ
бугров и режущего края

пришеечной

фиссур и ямок

контактных поверхностей

НАИБОЛЬШАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ

в пришеечной области, ямках, фиссурах

в области бугров, режущего края

на контактных поверхностях

одинакова во всех участках эмали

РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ - ЭТО

частичное восстановление плотности поврежденной эмали
потеря кальция, фосфора, магния из поврежденного подповерхностного участка эмали
увеличение частоты приема углеводов
разрушение структуры эмали под действием органических кислот

ПРОЦЕССЫ МИНЕРАЛИЗАЦИИ И РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ ЗА СЧЕТ ПОСТУПЛЕНИЯ ИЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТЬ

кальция, фосфатов, фторидов
белков, витаминов
кислорода, водорода
органических кислот

СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В СЛЮНЕ СПОСОБСТВУЕТ

снижению резистентности эмали к действию кислот
изменению вязкости слюны
реминерализации эмали
повышению резистентности эмали к действию кислот

НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ УГЛЕВОД

сахароза
мальтоза
галактоза
крахмал

КОНЕЧНЫМ ПРОДУКТОМ МЕТАБОЛИЗМА САХАРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

органическая кислота
декстран
леваны
глюкоза

СНИЖЕНИЮ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА И ЕСТЕСТВЕННОМУ САМООЧИЩЕНИЮ ПОЛОСТИ РТА СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ

употребление в пищу сырых овощей и фруктов, твердой сухой пищи
увеличение частоты приема пищи
высокое содержание в пище Сахаров
употребление преимущественно мягкой пищи, не требующей интенсивного жевания

ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДА В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА - ЭТО

питьевая вода
пищевые продукты
воздух
лекарства

ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

1,0

0,8
1,5
2,0

МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ
неудовлетворительная гигиена полости рта
высокое содержание фторида в питьевой воде
сопутствующие соматические заболевания
низкое содержание фторида в питьевой воде

ВЫСОКОУГЛЕВОДНАЯ ДИЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ
РИСКА РАЗВИТИЯ
кариеса зубов
пародонтоза
зубочелюстных аномалий
воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

ПОСЛЕ ПРИЕМА САХАРОВ ИХ ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В ПОЛОСТИ РТА
СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (МИНУТ)
20-40
3-5
10-15
более 2 часов

ПРИ ПРИЕМЕ МЯГКОЙ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО
ЛЕГКОФЕРМЕН-ТИРУЕМЫХ УГЛЕВОДОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ
гипосаливация
гиперсаливация
снижение вязкости слюны
увеличение концентрации минеральных элементов

ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ РАСТВОРОМ
МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ
повышения проницаемости эмали в зоне поражения
нарушения Са/Р соотношения эмали
снижения рН зубного налета
разрушения поверхностного слоя эмали

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА
КОРОНКЕ ЗУБА В ОБЛАСТИ
пришеечной области
режущего края
бугров жевательной поверхности
язычной поверхности

ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ИЗ ПОВРЕЖДЕННОГО ПОДПОВЕРХНОСТНОГО
СЛОЯ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОТЕРЯ ИОНОВ
кальция
фтора
карбонатов
стронция

КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
флюорозом
клиновидным дефектом
средним кариесом
эрозией эмали

ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ В ЕЕ СЛОЕ
подповерхностном
поверхностном
среднем
глубоком

ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ СВЯЗАНА С
сохранением органической основы эмали
повышением проницаемости эмали
потерей из поврежденного участка ионов кальция
образованием пелликулы на поверхности эмали

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР
Боровского-Волкова
Шиллера-Писарева
метиленового синего
хлоргексидина

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР
«РЕМОДЕНТА» В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)
3
2
5
1

К РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ РАСТВОР
фторида натрия 2%
гипохлорита натрия 1%
перекиси водорода 10%
эуфиллина 2,4%

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО
стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
увеличению прироста кариеса
появлению новых белых кариозных пятен
увеличению слюновыделения

РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ
кариесе в стадии пятна
среднем кариесе
глубоком кариесе
осложненном кариесе

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТ «РЕМОДЕНТ»
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ВИДЕ РАСТВОРА ДЛЯ
аппликаций

полосканий
приема внутрь
электрофореза

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
РАСТВОР

метиленового синего
Шиллера-Писарева
эритрозина
фуксина

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КОМБИНАЦИИ
РАСТВОРОВ

глюконата кальция и фторида натрия
метиленового синего и фторида натрия
«Ремодента» и глюконата кальция
фторида натрия и фторида олова

НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

меловидного пятна на поверхности эмали
эрозии эмали
полости в пределах эмали
полости в пределах дентина

СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО
ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

витального окрашивания эмали
зондирования
электроодонтодиагностики
рентгенологического исследования

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА И
НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего
определение гигиенических индексов
электроодонтодиагностику
микробиологическое исследование

ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ
ОБЕСПЕЧИВАЕТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ

проницаемость
микротвердость
плотность
резистентность

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ
ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
наследственность
высокое содержание фторида в питьевой воде
инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни

ПРЕПАРАТ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ИЗГОТАВЛИВАЕМЫЙ ИЗ КОСТЕЙ И ЗУБОВ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА НАЗЫВАЕТСЯ

ремодент
кальцин
глицерофосфат кальция
фосфат-цемент

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

флюороз
кислотный некроз
клиновидный дефект
очаговая деминерализация эмали

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

клиновидный дефект
системная гипоплазия
флюороз
несовершенный амело- и дентиногенез

СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

флюорозе
местной гипоплазии эмали
клиновидном дефекте
эрозии эмали

ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

повышенное содержание фторида в питьевой воде
инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни
системные заболевания матери в период беременности
недостаток фтора в организме ребенка

ФЛЮОРОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

выше оптимального
менее половины оптимального
субоптимальном
оптимальным

ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

замена водоисточника
предупреждение заболеваний матери в период беременности
соблюдение гигиены полости рта
прием фторидсодержащих таблеток

В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

фторидсодержащие
кальцийсодержащие
гигиенические
с солевыми добавками

В ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ С РОЖДЕНИЯ ПРОЖИВАЛ В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ МОЖНО УВИДЕТЬ

множественные меловидные пятна на зубах
адентию
макродентию
множественный кариес

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПЯТНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

на всех поверхностях
жевательной
вестибулярной
язычной

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ DEAN ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

флюороза
системной гипоплазии
кариеса
пародонтита

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ПОРАЖАЮТСЯ ЗУБЫ

постоянные резцы, клыки и первые моляры
временные резцы и клыки
временные и постоянные моляры
премоляры и постоянные моляры

ПОРАЖЕНИЕ СИММЕТРИЧНЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

системной гипоплазии
местной гипоплазии
флюороза
очаговой деминерализации эмали

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

заболевания ребенка на первом году жизни
наследственность
заболевания матери во время беременности
средний кариес зубов у матери в период беременности

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

хронический периодонтит временного моляра
заболевания ребенка на первом году жизни
наследственность
заболевания матери в период беременности

ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

своевременное лечение кариеса временных зубов
реминерализирующая терапия
замена водоисточника

полноценное питание ребенка на первом году жизни

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ
ежедневное применение высокоабразивных зубных паст
наследственная предрасположенность
повышенное содержание фторида в питьевой воде
частое употребление кислых продуктов

НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ
ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЕННОЙ ФОРМЫ - ЭТО
местная гипоплазия
флюороз
системная гипоплазия
очаговая деминерализация эмали

ОКРАШИВАНИЕ УЧАСТКОВ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ 2% РАСТВОРОМ
МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
кариеса в стадии пятна
флюороза
системной гипоплазии
местной гипоплазии

ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИСТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
ЯВЛЯЕТСЯ
постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
низкое содержание фторида в питьевой воде
высокое содержание фторида в питьевой воде
нарушение окклюзии

ПАЦИЕНТАМ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ
мягкую
средней жесткости
жесткую
степень жесткости не имеет значения

ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЕТКИ И
ВЫСОКОАБРАЗИВНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ
клиновидного дефекта твердых тканей зубов
гипоплазии эмали
флюороза
патологической стираемости твердых тканей зубов

ОСНОВНЫМ МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО
ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ
НАЛИЧИЕ МИКРОБНОГО НАЛЕТА
наследственность
вредные привычки
подвижность зубов

ДЛЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ХАРАКТЕРНО
кровоточивость десен

наличие пародонтальных карманов
ретракция десны
атрофия альвеолы

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

с растительными добавками
фторидсодержащие
кальцийсодержащие
гигиенические

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА
ЯВЛЯЕТСЯ

рациональная гигиена полости рта
сбалансированное питание
полоскание полости рта растворами фторидов
санация полости рта

ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В
СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЕТКОЙ

мягкой
средней жесткости
жесткой
чистка зубов не требуется

НАЛИЧИЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ
ПРИЗНАКОМ

пародонтита
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
пародонтомы

НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
гипертрофического гингивита

катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
хронического пародонтита

ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО
ГИНГИВИТА

скученность зубов
заболевания желудочно-кишечного тракта
заболевания крови
низкое содержание фторида в питьевой воде

ПРИЧИНОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА МОЖЕТ БЫТЬ

эндокринные заболевания
отсутствие контактного пункта между соседними зубами
нависающий край пломбы
скученность зубов

ПРИ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

изменений нет
равномерная атрофия альвеол
снижение высоты межальвеолярных перегородок
резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов

ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ СПОСОБСТВУЕТ

проведение профессиональной гигиены
прием фторидсодержащих препаратов
реминерализирующая терапия
уменьшение употребления углеводов

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ СПОСОБСТВУЕТ

рациональная гигиена полости рта
покрытие зубов фторлаком
реминерализирующая терапия
прием витаминов

К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА ОТНОСИТСЯ

пародонтит
пародонтоз
эпулис
фиброматоз

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

пародонтальные зонды
стоматологические зонды
серповидные скейлеры
кюреты

РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровоточивость при зондировании
деформация десневых сосочков
пародонтальный карман глубиной 4-5 мм
неприятный запах изо рта

С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РМА ОПРЕДЕЛЯЮТ

степень воспаления десны
кровоточивость десны
наличие зубного камня
интенсивность кариеса зубов

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ

индекс CRITN
индекс Грин-Вермиллиона
индекс РНР
витальное окрашивание эмали

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ CRITN У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИССЛЕДУЮТ ПАРОДОНТ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ

17/16 11 26/27 36/37 31 46/47
16/15 21 25/26 35/36 41 46/45
17/14 11/21 24/27 34/37 41/31 47/44
16 11 26 36 31 46

ИНДЕКС СРІТН У ВЗРОСЛЫХ РЕГИСТРИРУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман

зубной налет, зубной камень

кровоточивость десен, зубной камень

зубной камень, пародонтальный карман

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС СРІТН

Грин-Вермиллиона

RHR

API

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

RMA

СРІТН

ONI-S

RHR

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ИНДЕКСА СРІТН КОД 3 СООТВЕТСТВУЕТ

пародонтальному карману глубиной 4-5 мм

здоровому пародонту

кровоточивости десен

зубному камню

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА СРІТН ПРИЗНАК ЗУБНОГО КАМНЯ
СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

2

1

3

5

ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО ИНДЕКСУ RMA СООТВЕТСТВУЕТ
КОДУ

1

2

3

4

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ОДНОГО ПАЦИЕНТА
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

СУММА СЕКСТАНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ

сумма здоровых секстантов

отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов

отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ
ОСНОВНЫХ

рентгенологических
лабораторных
термометрических

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

опрос, осмотр
опрос, рентгенография
осмотр, ЭОД
перкуссия, ЭОД

ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ

жалоб
истории жизни
анамнеза заболевания
перенесенных заболеваний

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ

бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
бледного цвета, сухая
бледно-розового цвета, сухая
ярко-красного цвета, обильно увлажнена

ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С

внешнего осмотра
заполнения зубной формулы
определения прикуса
осмотра зубных рядов

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

пальпации
перкуссии
зондирования
рентгенографии

ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬ

наклонена вперед
отклонена назад
отклонена влево
отклонена назад и влево

ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА

пинцета
зеркала
углового зонда
экскаватора

ГЛУБИНА ДЕСНЕВОГО ЖЕЛОБКА РАВНА (ММ)

0,1-0,2
0,5-1
2-3
3-4

ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ЛИЦА ПАЦИЕНТА ВРАЧ ОТМЕЧАЕТ
симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи
тургор кожи, цвет глаз
форму носа, цвет глаз
пигментные пятна, цвет волос

ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ
по всем поверхностям
в пришеечной области
в области контактных поверхностей
в фиссурах

К I КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСЯТСЯ КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ
в фиссурах моляров
на контактной поверхности моляров
в пришеечной области моляров
на контактной поверхности клыков

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ ПО
КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ
II
III
IV
V

К III КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСИТСЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
НА ПОВЕРХНОСТИ
контактной резцов
вестибулярной резцов
контактной премоляров
жевательной моляров

В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПО БЛЭКУ ПОЛОЖЕНЫ
ПРИЗНАКИ
анатомо-топографические
топографические
гистологические
клинико-топографические

К I КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСИТСЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
в фиссуре на жевательной поверхности премоляров
в пришеечной области премоляров
в пришеечной области на контактной поверхности моляров
на задней контактной поверхности премоляров

К I КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСИТСЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
в слепой ямке латеральных резцов 4) в пришеечной области клыков
на контактной поверхности клыков
на боковой поверхности резцов
в пришеечной области моляров

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ В ФИССУРЕ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.8 ЗУБА
ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

I
II
III
IV

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ В ЕСТЕСТВЕННОЙ ЯМКЕ НА ЩЕЧНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 3.7
ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

I
II
III
IV

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ЗАДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 3.6 ЗУБА
ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ В ПРИШЕЕЧНОЙ
ОБЛАСТИ 2.6 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ 1.6 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

V
II
III
IV

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА СРЕДИННОЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.2 ЗУБА
ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

III
IV
V
I

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ В СЛЕПОЙ ЯМКЕ 1.2 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО
КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

I
II
III
IV

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ В ПРИШЕЕЧНОЙ
ОБЛАСТИ 1.1 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

III

IV
V
VI

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.4 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ЗАДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.5 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ПЕРЕДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.6 ЗУБА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА ПЕРЕДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ И ЗАДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.7 ЗУБА ОТНОСЯТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА К КЛАССУ

II
III
IV
V

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 1.1 ЗУБА С ПОРАЖЕНИЕМ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ОТНОСИТСЯ ПО БЛЭКУ К КЛАССУ

IV
V
VI
II

КО II КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЭКА ОТНОСИТСЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
на контактной поверхности моляров
на контактной поверхности клыков
на щечной поверхности моляров
на срединной поверхности резцов

МЕДИО-ОККЛЮЗИОННО-ДИСТАЛЬНЫЕ ПОЛОСТИ ФОРМИРУЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТЯХ

задней контактной с дополнительной площадкой
передней контактной с дополнительной площадкой
передней и задней контактной
жевательной и вестибулярной

контактных с общей дополнительной площадкой

К ПЕРВОМУ ЭТАПУ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСИТСЯ

раскрытие кариозной полости
антисептическая обработка
кюретаж
некроэктомия

ЦЕЛЬЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

исключение рецидива кариеса
восстановление формы зуба
восстановление функции зуба
финирирование полости

ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

создание условий для фиксации пломбы
восстановление анатомической формы зуба
восстановление функции зуба
создание контактного пункта

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

зонд, зеркало
гладилку, зонд
пинцет, зеркало
пинцет, зонд

В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ДЛИНЫ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

2/3
1/4
1/3
1/2

РАСКРЫТИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ БОРОМ

цилиндрическим
обратноконусовидным
колесовидным
шаровидным

ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА САМАЯ БОЛЕЗНЕННАЯ ЗОНА

эмалево-дентинное соединение
эмаль
цемент
дентин

ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРОВОДЯТ

раскрытие кариозной полости
протравливание
электроодонтодиагностику
наложение матрицы

ЦЕЛЬЮ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
создание формы полости для пломбирования
восстановление анатомической формы зуба
восстановление функции зуба
удаление некротизированного дентина

НАИБОЛЕЕ ТВЕРДОЙ ТКАНЬЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
эмаль
цемент
пульпа
дентикли

МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ДЛИНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ НА
ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ В КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЯХ II КЛАССА
1/3
1/2
2/3
3/4

САМОЙ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ ЗОНОЙ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
эмаль
эмалево-цементное соединение
эмалево-дентинное соединение
дентин

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ПЛОЩАДКА СЛУЖИТ ДЛЯ
улучшения фиксации пломбы
укрепления зуба
профилактического иссечения
раскрытия полости

РАСКРЫТИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ - ЭТО
удаление нависающих краев эмали
формирование кариозной полости
отделка краев кариозной полости
вскрытие кариозной полости

УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА ПРОИЗВОДИТСЯ
экскаватором и шаровидным бором
экскаватором и колесовидным бором
карборундовой головкой
фиссурным бором

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ВЫШЕ ЭКВАТОРА НА ПЕРЕДНЕЙ КОНТАКТНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ 1.8 ЗУБА ФОРМИРУЕТСЯ ПО КЛАССУ
II - без дополнительной площадки
I- без дополнительной площадки
I - с дополнительной площадкой
II - с дополнительной площадкой

ЗУБЫ 2.5 И 2.4 НАХОДЯТСЯ В ПЛОТНОМ КОНТАКТЕ. КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ НА ПЕРЕДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ 2.5 ЗУБА ФОРМИРУЕТСЯ ПО КЛАССУ

II - с дополнительной площадкой

I - без дополнительной площадки

I - с дополнительной площадкой

V - без дополнительной площадки

МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ПО ДЛИНЕ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ 4.5 ЗУБА ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН

2/3

1/4

1/3

1/2

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА В ПОЛОСТЯХ II КЛАССА ПО ГЛУБИНЕ ДОЛЖНА БЫТЬ

ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм

в пределах эмали

ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм

ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм

ПРИ СТИРАНИИ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ЗУБА 2.2 В ПОЛОСТЯХ IV КЛАССА ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА ФОРМИРУЕТСЯ

на режущем крае

в слепой ямке

в пришеечной области

на вестибулярной поверхности

ПОКАЗАНИЕМ К СОЗДАНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ В ПОЛОСТЯХ III КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

затрудненный подход к полости

расположение полости на небной поверхности

расположение полости на язычной поверхности

наличие глубокой полости

В КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЯХ III КЛАССА ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СОЗДАНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

хороший подход к полости

поражение губной поверхности

поражение оральной стенки

поражение губной и оральной поверхности

В ПОЛОСТЯХ IV КЛАССА 1.2 ЗУБА БЕЗ СТИРАНИЯ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА СОЗДАЕТСЯ

на оральной поверхности

на вестибулярной поверхности

в слепой ямке

на небной и вестибулярной поверхности

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

раствор хлоргексидина
раствор йода
спирт, эфир
перекись водорода, эфир

ДЕНТИН-ПАСТА ВНОСИТСЯ В КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПОМОЩИ
серповидной гладилки
зонда
ватного тампона
шаровидного бора

ВРЕМЯ ЗАТВЕРДЕВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВОДНОГО ДЕНТИНА
2-3 мин
8-10 мин
3 часа
10-12 час

К СИЛИКОФОСФАТНЫМ ЦЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ
силидонт
силиции
висфат
фосфат цемент

В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
пасты на основе гидроксида кальция
дентин-пасту
резорцин-формалиновую пасту
фосфат-цемент

ИЗОЛИРУЮЩАЯ ПРОКЛАДКА ПОКРЫВАЕТ В КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ
дно и стенки
дно
стенки
эмаль

СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЙ ЦЕМЕНТ ДЛЯ ПРОКЛАДОК ОБЛАДАЕТ СВОЙСТВОМ
адгезией к эмали, дентину
растворимостью в слюне
окрашиванием тканей зуба
прозрачностью

ТРАВЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ
улучшения адгезии
реминерализации
диагностики кариеса
обезболивания

ДЛЯ ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ ПРИМЕНЯЕТСЯ КИСЛОТА КОНЦЕНТРАЦИИ (%)
37
10
20
44

ТРАВЛЕНИЕ ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ПЛОМБЫ ИЗ
композита
поликарбоксилатного цемента
серебряной амальгамы
силикофосфата

ШЛИФОВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ ПЛОМБЫ ИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО
МАТЕРИАЛА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

5 минут
1 час
3 дня
сутки

ПОЛИРОВАНИЕ ПЛОМБЫ ИЗ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА ПРОВОДЯТ
ПОСЛЕ ЕЕ НАЛОЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ

1 сутки
1 неделю
2 недели
5 минут

КОРОНКОВАЯ ЧАСТЬ АНКЕРНОГО ШТИФТА ПОКРЫВАЕТСЯ ОПАКЕРОМ С
ЦЕЛЬЮ

улучшения эстетики
обеспечения прочности реставрации
улучшения ретенции
экономии композита

ПОКАЗАНИЯМИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ СЕРЕБРЯНОЙ
АМАЛЬГАМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ КЛАССЫ ПО БЛЭКУ

I, II
III, IV
I, III
III, V

ДЛЯ ПОСТОЯННЫХ ПЛОМБ ИСПОЛЬЗУЮТ

композитные материалы
искусственный дентин
цинк-эвгенольную пасту
пасты на основе гидроксида кальция

ДЕНТИН-ПАСТА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

временных пломбировочных материалов
силикатных цемента
силико-фосфатных цемента
лечебных прокладок

ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КОНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

матрица
экскаватор
шпатель
пинцет

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ 1.1 ЗУБА С
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

композиты
силидонт
фосфат-цемент
поликарбоксилатный цемент

ЛАМПЫ ГАЛОГЕНОВОГО СВЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

полимеризации композита
дезинфекции операционного поля
высушивания полости рта
реминерализации эмали

ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ
КОМПОЗИЦИОННЫМИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

шлифование и полирование пломбы
травление эмали
моделирование пломбы
изоляция от слюны

ВЫБОР ЦВЕТА КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ

дневном свете в первую половину дня
дневном свете во вторую половину дня
искусственном освещении в первую половину дня
искусственном освещении

АМАЛЬГАМА ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ
СЛЕДУЮЩИХ КЛАССОВ

I, II, V
I, III, V
I, II, IV
I, IV, V

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СИЛИКАТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ
МАТЕРИАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

хрупкость, токсичность
механическая прочность
реминерализация
соответствие цвету эмали

НАИБОЛЕЕ ПРОЧНЫМ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ
ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

амальгама
силикатный цемент
силикофосфатный цемент
фосфат-цемент

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ АМАЛЬГАМОЙ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА В
КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

фосфат-цемент
силидонт

цинк-сульфатный цемент
силицин

ДЛЯ АДГЕЗИИ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ПОЛОСТЕЙ
ПРИМЕНЯЕТСЯ

бондинговая система
37% фосфорная кислота
паста на основе гидроксида кальция
искусственный дентин

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА ИЗОЛИРУЮЩАЯ ПРОКЛАДКА ИЗ
ФОСФАТ-ЦЕМЕНТА НАНОСИТСЯ ВНАЧАЛЕ НА

придесневую стенку и дно дополнительной площадки
дополнительную площадку
дно и стенки дополнительной площадки
дно основной полости и дополнительной площадки

ДЛЯ ОТДЕЛКИ ПЛОМБ ИЗ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПОЛОСТЯХ II
КЛАССА ПРИМЕНЯЮТСЯ

мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы
стальные шаровидные боры
твердосплавные шаровидные боры
твердосплавные цилиндрические боры

ВЫБОР ЦВЕТА КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА ПРОИЗВОДИТСЯ

врачом, ассистентом и пациентом
врачом
врачом и пациентом
врачом и ассистентом

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО
СЕНДВИЧА» ПРОКЛАДКА

перекрывается композитом
не перекрывается композитом
не используется
накладывается на края полости

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ОТКРЫТОГО»
СЕНДВИЧА ПРОКЛАДКА

не перекрывается композитом
накладывается на дно и стенки
накладывается на края полости
накладывается на стенки и края

ПРИ ТОННЕЛЬНОМ МЕТОДЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ДОСТУП В КАРИОЗНУЮ
ПОЛОСТЬ II КЛАССА ПРОВОДЯТ

из фиссуры на жевательной поверхности
с выведением на жевательную поверхность
с созданием дополнительной площадки
с вестибулярной поверхности

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ СЕНДВИЧ-ТЕХНИКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ МАТЕРИАЛЫ

стеклоиономерный цемент и композит
фосфат-цемент и силидонт
фосфат-цемент и силиции
фосфат-цемент и амальгаму

ПОЛНОЕ (ТОТАЛЬНОЕ) ТРАВЛЕНИЕ ОЗНАЧАЕТ ВОЗДЕЙСТВИЕ ФОСФОРНОЙ
КИСЛОТЫ НА

эмаль и дентин
цемент
эмаль и цемент
дентин и цемент

МАКРОНАПОЛНЕННЫЕ КОМПОЗИТНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОБЛАДАЮТ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ

прочностью, рентгеноконтрастностью
прочностью, плохой полируемостью
низкой цветостойкостью
накоплением зубного налета на поверхности

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ МАКРОНАПОЛНЕННЫХ КОМПОЗИТНЫХ
МАТЕРИАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

низкая цветостойкость
рентгеноконтрастность
пластичность
эстетичность

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ МИКРОНАПОЛНЕННЫХ КОМПОЗИТОВ
ЯВЛЯЕТСЯ

механическая непрочность
высокая цветостойкость
полируемость
эстетичность

ПРОКЛАДОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ
ОБЛАДАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ

одонтотропным действием
эстетическими качествами
растворимостью
усадкой

ЦИНКФОСФАТНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ОБЛАДАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ

адгезией, нетоксичностью
прочностью
эстетичностью
дороговизной

ЦИНКФОСФАТНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ОБЛАДАЮТ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ

вязкостью, недостаточной прочностью
токсичностью
рентгеноконтрастностью
адгезией

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРЕБРЯНОЙ АМАЛЬГАМЫ
ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

протезов из золота
полостей I класса
полостей II класса
полостей V класса (на молярах)

ШЛИФОВАНИЕ И ПОЛИРОВАНИЕ ПЛОМБ ИЗ АМАЛЬГАМЫ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
24 часа
10 мин
30 мин
2 часа

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
химическая адгезия
чувствительность к влаге
чувствительность к пересушиванию
механическая прочность

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ СЕРЕБРЯНОЙ АМАЛЬГАМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
теплопроводность
твердость
пластичность
устойчивость к влаге

ОСНОВНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ АМАЛЬГАМЫ БЕЗ ГАММА-2-ФАЗЫ
ЯВЛЯЕТСЯ
устойчивость к коррозии
пластичность
изменение объема
рентгеноконтрастность

В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩЕЙ ПРОКЛАДКИ ПОД ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛЬГАМЫ
ИСПОЛЬЗУЮТ
фосфат-цемент
силиции
силидонт
дентин

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРЕБРЯНОЙ АМАЛЬГАМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПО КЛАССУ
I, II, V
I, III
III, IV
III, V

СИЛИКАТНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ОБЛАДАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ
эстетическими качествами
высокой токсичностью
хрупкостью
усадкой при твердении

СИЛИКАТНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ОБЛАДАЮТ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ
токсичностью, слабой адгезией
эстетическими качествами
противокариозным действием
простотой применения, дешевизной

ПОКАЗАНИЕМ ПЛОМБИРОВАНИЯ СИЛИКАТНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
ПОЛОСТИ КЛАССА
III
I
II
II, IV

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ СИЛИКОФOSФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ
ЯВЛЯЮТСЯ
механическая прочность, пластичность
токсичность
недостаточная устойчивость к среде полости рта
неэстетичность

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИЛИКОФOSФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ
КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ КЛАССА
полости I класса - в резцах
IV
II
III, IV

СЕРЕБРЯНАЯ АМАЛЬГА ОБЛАДАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ
большой прочностью, пластичностью
хорошей адгезией
эстетичностью
высокой теплопроводностью

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ МИКРОГИБРИДНЫХ КОМПОЗИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
полимеризационная усадка
прочность
цветостойкость
полируемость

МИКРОГИБРИДНЫЕ КОМПОЗИТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ
КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ КЛАССОВ
I-V
I
II
III, IV

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ПЛАСТИЧЕСКИХ НЕТВЕРДЕЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ
ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
рассасывание в корневом канале
стимуляция репаративных процессов
противоэкссудативное действие
противовоспалительное действие

ОСНОВНЫМИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ ЦИНКФОСФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ рентгеноконтрастность, герметичность
вязкость
короткий период пластичности
трудное выведение из корневого канала

ЦИНКОКСИДЭВГЕНОЛОВАЯ ПАСТА ОБЛАДАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ
противовоспалительным, легким введением в канал
токсическим и аллергическим действием
окрашиванием тканей зуба
рассасыванием в корневом канале

ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПОРОШКА ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ЯВЛЯЮТСЯ ОКСИДЫ
цинка и сульфат цинка
цинка и магния
алюминия и цинка
кальция и цинка

ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГРУППЫ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
фуджи
силиции
силидонт
адгезор

К ГРУППЕ ЦИНКФОСФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИНАДЛЕЖАТ
унифас
силицин
фуджи
СИЦ

ОСНОВНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ СИЛИКАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
силиции
силидонт
стион
фуджи

ФОСФАТ-ЦЕМЕНТ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
фиксации искусственных коронок
пломбирования полостей IV класса
пломбирования полостей V класса
лечебных прокладок

КЕТАК-ЭНДО ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
пломбирования корневых каналов
герметизации фиссур
пломбирования полостей II класса
пломбирования полостей I класса

ОСНОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ (ДО 95%) ПОРОШКА ФОСФАТ-ЦЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ ОКСИД

цинка
кальция
алюминия
кремния

ОСНОВОЙ (ДО 47%) ПОРОШКА СИЛИКАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОКСИД

кремния
магния
цинка
кальция

ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИЯ ФОСФАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

ортофосфорная кислота
малеиновая кислота
физиологический раствор
полиакриловая кислота

ИНИЦИАТОРОМ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МАТЕРИАЛА СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

камфорахион
пероксид бензоила
ароматические амины
пероксид бензоила и ароматические амины

В МИКРОНАПОЛНЕННЫХ КОМПОЗИТАХ ЧАСТИЦЫ НАПОЛНИТЕЛЯ ИМЕЮТ РАЗМЕР (МКМ)

менее 1
1-100
50
более 1

ЖИДКОТЕКУЧИЕ КОМПОЗИТЫ ВВОДЯТ В ПОЛОСТЬ

шприцем и гладилкой
гладилкой
штопфером
шприцем

В КАЧЕСТВЕ ИЗОЛИРУЮЩИХ ПРОКЛАДОК ПРИМЕНЯЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ

стеклоиономерные
силикатные
цинксульфатные
силикофосфатные

В КАЧЕСТВЕ СИЛЕРА НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИДИ КАЛЬЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

апексит
эндодент
эндометапон
форфенан

ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГРУППЫ СИЛЕРОВ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

АН+
эндометазон
витапекс
форфенан

УСАДКА СВЕТООТВЕРЖДАЕМОГО КОМПОЗИТА ПРОИСХОДИТ В СТОРОНУ
источника света
полости зуба
вестибулярную
оральную

ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА НАЛОЖЕНИЯ ПОРЦИИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМОГО
КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА СОСТАВЛЯЕТ В ММ
1,5-2
3
3-4
4-5

ВО СКОЛЬКО СЛОЕВ ПРОИЗВОДИТСЯ НАЛОЖЕНИЕ КОМПОЗИТА
ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ
в один
в два
в три
в четыре

УСАДКА КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ПРОИСХОДИТ В
СТОРОНУ
полости зуба
оральную
вестибулярную
источника света

НАЛОЖЕНИЕ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ ПЛОМБ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
НАЛИЧИИ
кардиостимулятора
полостей I класса
полостей II класса
полостей III класса

ЭНДОДОНТИЯ - РАЗДЕЛ СТОМАТОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИЙ
внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней
технику пломбирования кариозных полостей
манипуляции на тканях пародонта
внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ВРАЧ ИСПОЛЬЗУЕТ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ
*зеркало, зонд
штопфер, зонд
штопфер, пинцет
пинцет, зеркало

РАСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ
БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

*щечно-небном
щечно-заднем
передне-щечном
по оси зуба

РАСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА В МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ
БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

*передне-заднем
задне-язычном
задне-щечном
щечно-язычном

АНТИДОТОМ МЫШЬЯКОВИСТОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ

*препараты йода
метронидазол (трихопол)
препараты брома
облепиховое масло

ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ МЫШЬЯКОВИСТОЙ ПАСТЫ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ
ЗАКРЫВАЮТ

*искусственным дентином (водным)
дентин-пастой
цинкоксидаэвгеноловой пастой
фосфат-цементом

КАНАЛОПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

*пломбирования каналов
распломбирования каналов
расширения каналов
удаления пульпы

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРОВОДЯТ

*шаровидным бором № 1
финиром
карборундовой головкой
фиссурным бором

ДЛЯ НЕКРОТИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ДОСТАТОЧНО МЫШЬЯКОВИСТОЙ ПАСТЫ (Г)

*0,0008
0,001
0,01
0,1

МЫШЬЯКОВИСТАЯ ПАСТА КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В 3.7 ЗУБ
НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА ВРЕМЯ

*48 часов
суток
5-6 суток
7 суток

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ (АМПУТАЦИИ) ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

*экскаватор

зонд

колесовидный бор

зеркало

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ЧАСТИ (ЭКСТИРПАЦИИ) ПУЛЬПЫ В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

*пульпоэкстрактор

иглу Миллера

К-файл

гуттаконденсор

УДАЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПРЕДЕНТИНА СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

*К-файлом

каналонаполнителем

экскаватором

корневой иглой

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

*спредер

развертку

пульпоэкстрактор

штифт

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ В МОЛЯРАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

*экскаватор

спредер

корневую иглу

файлы

ДЛЯ ВЫСУШИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ

*бумажные штифты

спирт

эфир

перекись водорода

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

*гипохлорит натрия

эфир

аскорбиновую кислоту

фосфорную кислоту

ДЛЯ ИМПРЕГНАЦИОННОГО МЕТОДА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

*резорцин-формалина

фенол-формалина

«царскую водку»

гипохлорит натрия

ДЛЯ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

*мышьяковистую пасту
резорцин-формалиновую смесь
камфора-фенол
гипохлорит натрия

ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

*ЭДТА
глюконат кальция
марганцово-кислый калий
формалин

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДА ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ
ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

*наложение мышьяковистой пасты
раскрытие полости зуба
промывание каналов
инструментальную обработку каналов

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА
ИСПОЛЬЗУЮТ

*гуттаперчевые штифты
резорцин-формалиновую пасту
силикатный цемент
жидкотекучий композит

ГУТТАПЕРЧЕВЫЕ ШТИФТЫ ВВОДЯТ В КОРНЕВОЙ КАНАЛ ДЛЯ

*пломбирования
абсорбции влаги
дезинфекции канала
оттока экссудата

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ОЗНАЧАЕТ

*создание сообщения с полостью зуба
удаление свода полости зуба
удаление нависающих краев эмали
перфорацию дна полости зуба

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА
ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

*соляной кислоты
раствора ЭДТА
гипохлорита натрия
перекиси водорода

ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ

*К-пример
К-файл
Н-файл
пульпоэкстрактор

ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДИАМЕТРУ ПРИМЕНЯЮТ

*К-файл, Н-файл
корневую иглу
пульпоэкстрактор
К-ример

ДЛИНА ПУЛЬПОЭКСТРАКТОРА ДЛЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
РАВНА (ММ)

*44
22
36
41

ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ
КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

*спредеры
пульпоэкстракторы
Н-файлы
плагеры

ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ В КАЧЕСТВЕ СИЛERA
ПРИМЕНЯЕТСЯ

*паста на основе смол
серебряные штифты
стекловолоконные штифты
анкерные штифты

ЭЛЕМЕНТОМ КОРОНКОВОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

*свод
края
углы
физиологическое сужение

ЧАСТЬЮ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

*анатомическое отверстие
дно
рентгенологическая верхушка
края

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРОВОДЯТ

*бором
шпателем
пинцетом
штопфером

АМПУТАЦИЮ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ

*экскаватором
гладилкой
корневой иглой
пинцетом

ЭКСТИРПАЦИЮ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ

*пульпоэкстрактором

каналонаполнителем
спредером
плагером

ГЛУБОКУЮ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ОБРАБАТЫВАЮТ

*физиологическим раствором
70% этиловым спиртом
18%ЭДТА
1,0% перманганатом калия

ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ

*3% гипохлорит натрия
малеиновая кислота
дистиллированная вода
37% фосфорная кислота

В ВЕРХНИХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ

*3
1
2
4

В НИЖНИХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КАНАЛОВ

*3,4
1,2
2,3
5

В ВЕРХНИХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КАНАЛОВ

*3,4
4,5
1,4
1,2

В НИЖНИХ МОЛЯРАХ КОЛИЧЕСТВО КОРНЕЙ

*2
1
3
4

НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДВА КОРНЯ ИМЕЮТ

*первые премоляры
резцы
клыки
вторые премоляры

НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТРИ КОРНЯ ИМЕЮТ

*моляры
резцы
клыки
первые премоляры

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- *передней фиссуры
- задней фиссуры
- щечного бугра
- небного бугра

ЭНДОДОНТИЯ - РАЗДЕЛ СТОМАТОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИЙ ТОПОГРАФИЮ И
МАНИПУЛЯЦИИ В ПОЛОСТИ

- *зуба
- кариозной
- рта
- носа

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ЗУБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- *рентгенографии
- субъективных ощущений
- термодиагностики
- электроодонтодиагностики

ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- *параформальдегидная паста
- резорцин-формалиновая жидкость
- крезофен
- камфора-фенол

ОДИН КОРЕНЬ И ДВА КАНАЛА МОГУТ ИМЕТЬ ЗУБ

- *3.2, 4.2
- 3.7, 4.7
- 1.1, 2.1
- 2.6, 3.6

ДВА КОРНЯ И ДВА КАНАЛА ИМЕЮТ ЗУБЫ

- *1.4 и 2.4
- 3.4 и 4.4
- 1.6 и 2.6
- 1.2 и 2.2

ДВА КОРНЯ И ТРИ КАНАЛА ИМЕЮТ ЗУБЫ

- *3.7 и 4.7
- 1.4 и 2.4
- 3.4 и 4.4
- 1.5 и 2.5

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРОИЗВОДЯТ
С ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НА УРОВНЕ

- *средней трети коронки
- режущего края
- верхней трети коронки
- нижней трети коронки

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИЗВОДЯТ

- *в середине продольной фиссуры
- в области щечного бугра
- в области небного бугра
- в пришеечной области

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНОГО ПЕРВОГО ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- *фиссуры впереди валика
- фиссуры позади валика
- щечного бугра
- язычного бугра

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНОГО ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- *середины продольной фиссуры
- щечного бугра
- язычного бугра
- задней трети продольной фиссуры
- передней трети продольной фиссуры

ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИНТАКТНЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- *передней трети фиссуры
- середины фиссуры
- задней трети фиссуры
- переднего щечного бугра

ПРИ ПРОМЫВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИЗ ШПРИЦА ЭНДОДОНТИЧЕСКАЯ ИГЛА ПРОДВИГАЕТСЯ

- *в среднюю треть длины
- к апикальному отверстию
- за апикальное отверстие
- на 1/3 его длины

Пульпоэкстрактор применяется для

- *удаления пульпы из канала
- удаления предентина
- создания апикального упора
- расширения канала

ДЛЯ ВЫСУШИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- *абсорбер, ватная турунда
- шприц
- пустер
- ватная турунда, пустер

СИМВОЛОМ К-РИМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- *треугольник
- квадрат
- ромб

круг

Символом К-файла является

*квадрат

ромб

круг

трапеция

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЕННОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО

*изогнуть К-риммер по кривизне канала

применить вращающиеся инструменты

отказаться от обработки канала

применить препарат ЭДТА

КРИТЕРИЕМ ПОЛНОГО УДАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ИЗ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

*наличие целого тяжа на пульпоэкстракторе

кровотечение из канала

безболезненная перкуссия

болезненное зондирование

СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*метод латеральной конденсации гуттаперчи

применение одной пасты

применение фосфат-цемента

применение серебряного штифта

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПРЕГНАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

*плохопроходимые и облитерированные каналы

каналы однокорневых зубов

воспаление в периодонте

хорошо проходимые каналы

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ РАСШИРЕНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

*расширение устьев корневого канала

антисептическая обработка

расширение апикального отверстия

определение длины корневого канала

КОЛИЧЕСТВО И НАЗВАНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ У ПЕРВЫХ ВЕРХНИХ МОЛЯРОВ

*3 - небный, передне-щечный, задне-щечный

3- задний, передне-язычный, передне-щечный

3 - небный, передне-язычный, задне-язычный

5 - передней, задне-щечный, небный

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

*вскрытие полости зуба

раскрытие полости зуба
удаление коронковой пульпы
удаление корневой пульпы

УСТЬЯ КАНАЛОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

*эндодонтическим зондом
пародонтальным зондом
экскаватором
шаровидным бором

РАБОЧАЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

*рентгенограммой с иглой
по субъективным ощущениям врача
по ощущениям пациента
ортопантограммой

ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ЭДТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕЙСТВУЮТ В СРЕДЕ

*кислой
щелочной
нейтральной
с гипохлоритом натрия

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМЫ «ТЕРМАФИЛ» ЯВЛЯЕТСЯ

*трехмерная obturation канала
болевые ощущения
выведение материала за верхушку
травма периодонта

ОШИБКОЙ В ЭНДОДОНТИИ НА ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*неправильная интерпретация рентгенограмм
недостаточная герметизация девитализирующей пасты
смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином

ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*отлом инструмента в канале
создание апикального упора
пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
создание конусности канала

ОШИБКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*вскрытие полости зуба
наложение лечебной прокладки
полное, удаление некротизированного дентина
раскрытие кариозной полости

ОШИБКОЙ В ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
закрытие кариозной полости искусственным дентином
наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба

адекватное обезболивание

МЕТОД ПОЛНОГО СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ - ЭТО

- *биологический метод
- девитальная экстирпация
- девитальная ампутация
- витальная экстирпация

МЕТОД ЧАСТИЧНОГО СОХРАНЕНИЯ ПУЛЬПЫ В КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ - ЭТО

- *витальная ампутация
- витальная экстирпация
- биологический метод
- девитальная экстирпация

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

- *сохранение всей пульпы
- девитализация пульпы
- девитальная ампутация пульпы
- удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

РЕТРОГРАДНОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛА ЗУБА ПРОВОДЯТ

- *стеклоиономерным цементом
- пластичными нетвердеющими пастами
- резорцин-формалиновой пастой
- цинк-эвгеноловой пастой

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДЯТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И ПРОТЕОЛИЗ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ

- *кариес
- гипоплазия
- эрозия
- истирание

КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТЬ - ЭТО УСТОЙЧИВОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ

- *кариесогенных факторов
- абразивного фактора
- температурных факторов
- кислот

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРИЕСА ПРИНАДЛЕЖИТ

- *Str. Mutans
- лактобациллы
- Str. sangius
- Str. aureus

ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭМАЛИ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- *снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного

одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА

- *увеличении проницаемости эмали
- изменении органической составляющей свойств эмали
- изменении неорганической составляющей эмали
- стабильности эмали

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ПРОВОДИТСЯ С

- *эрозией твердых тканей
- глубоким кариесом
- острым пульпитом
- хроническим фиброзным пульпитом

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ

- *формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
- сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
- финирирование краев эмали
- формирование отвесных стенок

КЛАССИФИКАЦИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПО БЛЭКУ ВКЛЮЧАЕТ

- *5 классов
- 3 класса
- 4 класса
- 7 классов

НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ОКАЗЫВАЕТ

- *фтор
- молибден
- стронций
- магний

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- *рентгенография
- пальпация
- перкуссия
- расспрос

ПРОТРАВЛИВАНИЕ (КОНДИЦИОНИРОВАНИЕ) ДЕНТИНА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- *удаления смазанного слоя
- формирования гибридного слоя
- реминерализации эмали
- усиления краевого прилегания

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПРОВОДИТСЯ С

- *глубоким кариесом
- острым диффузным пульпитом
- острым периодонтитом
- кариесом в стадии пятна

ЭЛЕМЕНТ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ

*стенка

пришеечная область

эмаль

дентин

КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без

окрашивания детектором кариеса

наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости

наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости

наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПРОВОДЯТ С

*хроническим фиброзным периодонтитом

местной гипоплазией

кариесом в стадии пятна

деструктивной формой флюороза

ВТОРИЧНЫМ КАРИЕСОМ НАЗЫВАЮТ

*новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином

обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина кариозный процесс в постоянных зубах

РЕЦИДИВОМ КАРИЕСА НАЗЫВАЮТ

*возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином

обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ПРОВОДЯТ С

*хроническим фиброзным пульпитом

гипоплазией

кариесом в стадии пятна

деструктивной формой флюороза

ЭЛЕМЕНТ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ОБРАЩЕННЫЙ К ПУЛЬПЕ

*дно

дентин

стенка

край

ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ ЗАЩИТНЫМ ФАКТОРОМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора

пелликула

бикарбонатный буфер в слюне
повышение вязкости ротовой жидкости

КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
подповерхностной деминерализацией
гиперминерализацией
некрозом эмали
нарушением формирования эмали

ПРИ ОСТРОМ ОЧАГОВОМ ПУЛЬПИТЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ
НАИБОЛЕЕ БОЛЕЗНЕННО В ОБЛАСТИ
проекции одного из рогов пульпы
эмалево-дентинного соединения
пришеечной
эмали

ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА
острого диффузного
хронического фиброзного (ремиссия)
хронического гипертрофического (ремиссия)
хронического гангренозного (ремиссия)

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ
КЛИНИКИ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА
длительностью течения
болью от холодного раздражителя
болью от горячего раздражителя
болью от механического раздражителя

СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
хронического фиброзного пульпита
хронического фиброзного периодонтита
гипоплазии
среднего кариеса

ПРИСТУПЫ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ
остром пульпите
хроническом пульпите Г
остром периодонтите
глубоком кариесе

СОХРАНЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ ВОЗМОЖНО ПРИ
остром очаговом пульпите
остром диффузном пульпите
хроническом фиброзном пульпите
хроническом гипертрофическом пульпите

БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ
ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА
хронического фиброзного
хронического гипертрофического

хронического гангренозного
острого очагового

СЛАБОБОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА,
ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

хронического гипертрофического
хронического гангренозного
обострения хронического пульпита
острого диффузного

ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗМОЖНО

при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

МЫШЬЯКОВИСТАЯ ПАСТА (БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩАЯ) ДЛЯ НЕКРОТИЗАЦИИ
ПУЛЬПЫ В МОЛЯРАХ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЛОЖЕНА НА

48 часов
72 часа
неделю
3 часа

БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО)

хронический гангренозный пульпит
хронический гипертрофический пульпит
острый очаговый пульпит
острый диффузный пульпит

МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
ПУЛЬПЫ

под анестезией
без анестезии
после ее девитализации препаратами мышьяка
после применения антибиотиков

МЫШЬЯКОВИСТАЯ (БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩАЯ) ПАСТА ДЛЯ НЕКРОТИЗАЦИИ
ПУЛЬПЫ В ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБАХ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА

24 часа
48 часов
72 часа
неделю

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В ПУЛЬПЕ ПРОИСХОДИТ

значительное разрастание грануляционной ткани
уменьшение количества волокнистых элементов
развитие отека и полнокровия
некроз ткани пульпы

МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПУЛЬПЫ ПРИМЕНЯЮТ В
молярах

премолярах
клыках нижней челюсти
резцах

ОДОНТОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДКАХ

гидрооксись кальция
гипохлорит натрия
хлоргексидин
НПВС

ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

шаровидный бор, Gates-Glidden
Н-файл
К-файл
зонд

МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ПРЕДПОлагает

последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
ведение в канал одного центрального штифта
введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОлагает

ведение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
ведение в канал одного центрального штифта

ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМАФИЛ» ПРЕДПОлагает

ведение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
ведение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЫШЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА ТРЕБУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ВКЛЮЧЕНИЯ

антидотов
хлорсодержащих препаратов
кислородсодержащих препаратов
ферментов

ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПЕРИОДОНТА МОЖЕТ БЫТЬ

грубая эндодонтическая обработка канала
вредные привычки
скученность зубов
травматическая окклюзия

ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА СВЯЗАНО С
скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
гиперемией и отеком десны
избыточной нагрузкой на зуб
температурным воздействием на зуб

РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ
(РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
хронического фиброзного периодонтита
хронического гранулематозного периодонтита
хронического гранулирующего периодонтита
острого периодонтита

ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ В ОБЛАСТИ
ВЕРХУШКИ КОРНЯ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
хронического гранулирующего периодонтита
острого периодонтита
хронического гангренозного пульпита
хронического фиброзного периодонтита

ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ С
ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ ДО 0,5 СМ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
КАРТИНЕ
хронического гранулематозного периодонтита
хронического гранулирующего периодонтита
кистогранулемы
хронического гангренозного пульпита

ДЛЯ КИСТОГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК
отсутствие костной структуры в очаге деструкции
расширение периодонтальной щели
очаг деструкции с нечеткими контурами
сужение периодонтальной щели

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В
ОДНО ПОСЕЩЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого
хода
хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
острый периодонтит однокорневого зуба

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА
К-файл и Н-файл
каналонаполнитель
спредер
пульпэкстрактор

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ
КАНАЛОВ
каналонаполнитель и спредер

пример (드릴бор)
K-файл
H-файл

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
по соотношению длины корня и коронки зуба
по специальным таблицам

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ «СТЕР ВАСК» (ШАГ НАЗАД)
ЯВЛЯЕТСЯ

прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей
длины
инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
введение в корневой канал пульпэкстрактора
введение в корневой канал K-файла №35 на глубину 16 мм

ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПЕРПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО
РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
смесь соляной и серной кислот
раствор перекиси водорода

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ПЛАН
ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТСЯ

рентгенография
реофлюидизмография
температурная проба
ЭОД

ЧАЩЕ, ЧЕМ ДРУГИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА, ОБОСТРЕТСЯ
хронический гранулирующий периодонтит
хронический гранулирующий периодонтит
кистогранулема
радикулярная киста

СВИЩЕВОЙ ХОД ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ОБОСТРЕНИЯ

гранулирующего хронического периодонтита
гранулематозного хронического периодонтита
кистогранулемы
радикулярной кисты

ЭВГЕНОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ

паст для постоянного пломбирования каналов
паст для временного пломбирования каналов
для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

ТОННЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА
ПОЗВОЛЯЕТ

сохранить существующий естественный контактный пункт
сохранить жевательную поверхность
сохранить биологию пульпы
сохранить контактную поверхность соседнего зуба

ПОВЯЗКИ И ВРЕМЕННЫЕ ПЛОМБЫ НАКЛАДЫВАЮТ НА СРОК

1—14 суток
1 месяц
2 месяца
полгода

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА КАК ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

простота использования
цветостойкость
недостаточная прочность к механическому воздействию
длительное рабочее время

ЭОД ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ (мкА)

10-12
15-20
20-25
25-30

ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ

полное раскрытие фиссуры
максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
иссечение бугров
максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина

ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО ПОДБОРА ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДИТСЯ

удаление налета с поверхности зуба
обезболивание
освещение ярким светом
избирательное шлифование

НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТЕНОК

рецидивирующему кариесу
некрозу пульпы
воспалению периодонта
к случайному вскрытию полости зуба

ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ (СМЫВАНИЯ ВОДОЙ) КИСЛОТНОГО ГЕЛЯ

соответствует времени протравливания
10 с
20 с
30 с

НЕОБХОДИМЫЙ ИНСТРУМЕНТ НАБОРА ДЛЯ ПЛОМБНОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА

матрицедержатель
зеркало
гладилка
штопфер

ДЛИТЕЛЬНОЕ ОДОНТОТРОПНОЕ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ В СОСТАВЕ
ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

гидрооксисью кальция
гидроксиапатитом
фтораггатитом
глюконатом кальция

СОЕДИНЕНИЕ КАРБОКСИЛАТНЫХ ГРУПП ПОЛИМЕРНОЙ МОЛЕКУЛЫ КИСЛОТЫ
С КАЛЬЦИЕМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ АДГЕЗИЮ

стеклоиномерного цемента
силикатного цемента
полиалкиноатного
цинк-фосфатного цемента

ОТДЕЛКУ ПЛОМБЫ ИЗ СТЕКЛОИНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
ЧЕРЕЗ

24 часа
48 часов
6 часов
12 часов

МНОГОСЛОЙНЫЙ ПЛОСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
В НОРМЕ ОРОГОВЕВАЕТ НА

твердом небе
мягком небе
дне полости рта
щеках

ОГРАНИЧЕННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НАЗЫВАЕТСЯ

пятно
бугорок
рубец
гнойничок

К ДЕФЕКТАМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОТНОСИТСЯ

афта
волдырь
пятно
бугорок

ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ ЯВЛЯЮТСЯ

гигантские многоядерные клетки
акантолитические клетки Тцанка
клетки Лангханса
многоядерные полиморфные клетки

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС» ИСПОЛЬЗУЮТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
серологический
клинический анализ крови
гистологический
цитологический

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «КАНДИДОЗ» ИСПОЛЬЗУЮТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
бактериоскопический
цитологический
серологический
аллергологический

ПУЗЫРЕК - ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ
простом герпесе
лейкоплакии
пузырчатке
сифилисе

ОРОГОВЕВАЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СВОЙСТВЕННЫ
лейкоплакии
пузырчатке
кандидозу
простому герпесу

ПОВЕРХНОСТНЫЙ ДЕФЕКТ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
эрозия
трещина
рубец
узелок

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
АФТОЗНОГО СТОМАТИТА
заболевания желудочно-кишечного тракта
бактериальная инфекция
вирусная инфекция
перенесенное ОРВИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ
на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты
длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию
на слизистой оболочке множественные эрозии и афты, склонные к слиянию
эрозии с фестончатыми краями, чаще на твердом небе, десне, красной кайме губ

ПОРАЖЕННЫЕ УЧАСТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ
СТОМАТИТЕ ОБРАБАТЫВАЮТ
растворами анестетика, ферментов, антисептиков, кератопластиков
раствором анестетика
растворами анестетика и ферментов
растворами анестетика, ферментов и антисептиков

ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ
синдром Стивенса-Джонсона
синдром Бехчета
афтоз Сеттона
синдром Шегрена

ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ КАНДИДОЗЕ
налет
эрозия
папула
пятно

ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
лейкоплакией
невритом язычкового нерва
многоформной экссудативной эритемой
язвенно-некротическим стоматитом

К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ
флуконазол
тиосульфат натрия
тетрациклин
гистаглобулин

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА
кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
подцесневой зубной камень
карманы до 5 мм
обнажение корней

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ ФИБРОЗНОЙ ФОРМЫ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
эпулисом
герпетическим гингивостоматитом
пародонтитом
пародонтозом

КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
пародонтитом
фиброматозом
пародонтозом
герпетическим гингивостоматитом

КАТАРАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
пародонтитом
фиброматозом
пародонтозом
герпетическим гингивостоматитом

РЕЗОРБИЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
пародонтита
пародонтомы

гингивита
периодонтита

ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ
механическим
трофическим
радиологическим
химическим

ПРИЗНАКИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ
уплотнение краев и дна язвы
изменение цвета окружающих тканей
изменение размеров язвы
блюдообразная форма язвы

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ
МЫШЬЯКОВИСТОЙ ПАСТЫ
кислотный некроз
деминерализация тканей зуба
декубитальная язва
трофическая язва

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ
СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ
ацикловир
сульфадиметоксин
нистатин
бисептол

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЧЕРНОМ ВОЛОСАТОМ ЯЗЫКЕ
нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
налет на спинке языка

ИЗОЛИРУЮЩАЯ ПРОКЛАДКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА
глубокого
начального
поверхностного
среднего

ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКЕ ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ
2-6 мкА
более 25 мкА
10-15 мкА
3-5 мкА

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
ликвидации очага деминерализации
устранение неприятного запаха изо рта
обучение гигиене полости рта
устранение боли

ФИКСАЦИЮ ПЛОМБЫ ПРИ КАРИЕСЕ МОЖНО УСИЛИТЬ
созданием дополнительных ретенционных пунктов
созданием микрошероховатости эмали и дентина
искусственным углублением полости
применением внутриканальных штифтов

ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ
ПРОКЛАДКИ, ОБЛАДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЕМ
одонтотропным
лечебным
антибактериальным
иммуностимулирующим

ВЫРАЖЕННЫМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ
водная суспензия гидроокиси кальция
перекись водорода
кальций-салицилатные цементы химического отверждения
кортикостероиды

К МЕСТНОЙ ФТОРПРОФИЛАКТИКЕ ОТНОСЯТСЯ
аппликации 2% фторида натрия
фторирование молока
применение фторсодержащих зубных паст
прием таблеток фторида натрия внутрь

К ОБЩЕЙ ФТОРПРОФИЛАКТИКЕ ОТНОСЯТСЯ
фторирование воды
применение фтористых зубных паст и гелей
покрытие зубов фторлаком
прием таблеток фторида натрия внутрь

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ФИССУРНОГО
КАРИЕСА ЯВЛЯЮТСЯ
герметизация фиссур
применение антисептиков
подавление роста бактерий антибиотиками
качественная гигиена полости рта

ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПОКАЗАНА
сразу после прорезывания зуба
через 6 месяцев после прорезывания зуба
через 1 год после прорезывания зуба
в период сменного прикуса

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ
изменение цвета
недоразвитие зубов
отсутствие групп зубов
отсутствии эмали
отсутствии дентина

ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЙ ДЕНТИН НАЧИНАЕТ ОБРАЗОВЫВАТЬСЯ

при достижении процессом деминерализации дентина
при локализации процесса деминерализации в пределах эмали
в норме (здоровый зуб)
при патологической стираемости твердых тканей

ФОРМА ФЛЮОРОЗА, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ПОТЕРЕЙ ТКАНЕЙ

штриховая
пятнистая
эрозивная
деструктивная

РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПОСТУПЛЕНИЕ В ОЧАГ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ВЕЩЕСТВ

минеральных
органических
преимущественно Ca, P, F
витаминов

ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА БЕЗ ПОТЕРИ ТКАНЕЙ

штриховая
эрозивная
пятнистая
деструктивная

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПРОВОДЯТ С

клиновидным дефектом
пульпитом
периодонтитом
кариесом в стадии пятна
поверхностным кариесом

ГЛУБОКИЙ КАРИЕС ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

со средним кариесом
с флюорозом
с хроническим пульпитом
с гипоплазией

ГЛУБОКИЙ КАРИЕС ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

с хроническим пульпитом
с флюорозом
с острым очаговым пульпитом
с кислотным некрозом

ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ

кратковременные от раздражителя
длительные от раздражителя
от химического раздражителя
самопроизвольные

ДЛЯ ЛУЧШЕЙ РЕТЕНЦИИ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ЭМАЛЬ ПОДГОТАВЛИВАЮТ ПУТЕМ

кислотного протравливания
фторирования
нанесения бондинговой системы
обработки кариозной полости эвгенолом

ПРИ НАНЕСЕНИИ ОДНОКОМПОНЕНТНОЙ БОНДИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ПОВЕРХНОСТЬ ДЕНТИНА ДОЛЖНА БЫТЬ

слегка влажная
не пересушена
обильно увлажненная
максимально высушена

ПРИЧИНА ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТОВ

нанесение бондинга на пересушенный дентин
исключение изолирующей прокладки
полимеризационная усадка материала
применение лечебной прокладки

ПРИЧИНА ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТОВ

нарушение техники полимеризации
исключение изолирующей прокладки
полимеризационный стресс из-за неправильного внесения материала
применение лечебной прокладки

ПРОТРАВЛИВАНИЕ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КОНТАКТ ЭМАЛИ ЗУБА С КОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ЗА СЧЕТ

микросцепления
химического взаимодействия
удаления смазанного слоя
создания адаптивного слоя

ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

увеличением количества вазоактивных веществ
повышением гидростатического давления в полости зуба
раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам
снижением гидростатического давления в полости зуба

ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

остром очаговом пульпите
хроническом фиброзном пульпите
хроническом фиброзном периодонтите
среднем кариесе
остром диффузном пульпите

ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

повышением гидростатического давления в полости зуба
повышением температуры тела
понижением гидростатического давления в полости
раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза

изменением атмосферного давления

СОЗДАНИЕ ДРЕНАЖА МЕЖДУ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТЬЮ И ПОЛОСТЬЮ ЗУБА
СПОСОБСТВУЕТ ПЕРЕХОДУ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА В

хронический фиброзный
острый диффузный
хронический гипертрофический
хронический гангренозный
острый периодонтит

ПРИЧИНА ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПЕРИОДОНТА

грубая эндодонтическая обработка каналов
завышенная пломба
избыточная разовая нагрузка
избыточное расширение кариозной полости

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ

хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
глубокого кариеса
острого очагового пульпита
острого диффузного пульпита
хронического гангренозного пульпита

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ В ПУЛЬПЕ ПРОИСХОДИТ

фиброзное перерождение пульпы
некроз ткани пульпы
значительное разрастание грануляционной ткани
образование очагов гиалиноза и петрификации
увеличение количества клеточных элементов

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У ЛИЦ

до 30 лет
до 40 лет
до 50 лет
в пожилом возрасте
20-25 лет

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ В ПУЛЬПЕ ПРОИСХОДИТ

увеличение количества фиброзных волокон
некроз ткани пульпы
значительное разрастание грануляционной ткани
гиалиноз
уменьшение количества клеточных элементов

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

значительным разрастанием грануляционной ткани
некрозом ткани пульпы
фиброзным перерождением пульпы
образованием полипа
уменьшением количества клеточных элементов

ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

периодическим проталкиванием экссудата по дентинным канальцам в кариозную полость
повышением гидростатического давления в полости зуба
изменением направления кровотока
увеличением количества вазоактивных веществ
изменением атмосферного давления

ВНЕШНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ХАРАКТЕРА СТИМУЛЯЦИИ,
ВЫЗЫВАЮТ В ПУЛЬПЕ

ощущение боли
ощущение холода
ощущение тепла
ощущение кислого
ощущение дискомфорта

ОБЩИМ СИМПТОМОМ ОСТРЫХ ФОРМ ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ

самопроизвольная
от кислого
от сладкого
от холодного, не проходящая после устранения раздражителя
от горячего, проходящая после устранения раздражителя

ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПУЛЬПИТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

нарушении оттока экссудата
воздействии раздражителей
формировании дренажа
общем снижении резистентности организма
смене нагрузки

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ОЧАГОВОМ ПУЛЬПИТЕ

не более 1 часа
2 часа
10-30 мин
более 4-х часов
5 часов

ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ БЫВАЕТ

фиброзный
очаговый
диффузный
гангренозный
гипертрофический

ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ОСТРОМ ОЧАГОВОМ ПУЛЬПИТЕ (МКА)

15-25
2-6
10-12
30-60
18-20

ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

ночная
самопроизвольная

дневная
кратковременная

ЗОНЫ КАРИОЗНОГО ПЯТНА

тело поражения
прозрачная зона
распад и деминерализация
прозрачный и интактный дентин
темная зона

ОТЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ОТ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

длительностью течения
болью от холодного раздражителя
болью от горячего раздражителя
болью от механического раздражителя
показателями электроодонтодиагностики

СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

хронического фиброзного пульпита
среднего кариеса
глубокого кариеса
хронического фиброзного периодонтита
острого диффузного пульпита

ПРИСТУПЫ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

остром пульпите
среднем кариесе
обострении хронического пульпита
остром периодонтите
хроническом периодонтите

БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

хронического фиброзного
острого очагового
острого диффузного
хронического гипертрофического
хронического гангренозного

СТАРЕНИЕ ПУЛЬПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

уменьшение размера полости зуба
снижением активности клеток
фиброзом
увеличением размера полости
увеличение активности клеток

СОХРАНЕНИЕ НАРУЖНОГО СЛОЯ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНО

структурной особенностью наружного слоя эмали
процессами реминерализации
уменьшение содержания кальция
уменьшение содержания фтора

ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНА

приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом

боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющаяся после устранения действия, боль от перемены температур

приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их устранения

боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи

приступообразная боль от всех видов раздражителей, прекращающаяся после их устранения

ПРИ СРЕДНЕМ КАРИЕСЕ В СВЕТОВОМ МИКРОСКОПЕ РАЗЛИЧАЮТ ЗОНЫ

распада и деминерализации

деструкции эмали

деструкции дентина

прозрачного и интактного дентина

подповерхностной деминерализации

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПРОВОДЯТ С

кариесом в стадии пятна

остром пульпитом

клиновидным дефектом

хроническим фиброзным пульпитом

хроническим периодонтитом

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ПРОВОДИТСЯ С

острыми формами пульпита

глубоким кариесом

острым и обострившимся хроническим периодонтитом

хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии

средним кариесом

САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ ОТ 10 ДО 30 МИН, НО НЕ БОЛЕЕ 1 ЧАСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПУЛЬПИТЫ

острый очаговый

острый диффузный

хронический фиброзный

хронический гангренозный

хронический гипертрофический

ИНДЕКС СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

СРІТN

КПУ

РМА

РНР

ИГРУ

МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ

витальная ампутация

девитальная ампутация
девитальная экстирпация
витальная экстирпация
биологический

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ЗУБОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ОТНОСЯТ

флюороз
эрозию
гипоплазию
клиновидный дефект
кариес в стадии пятна

ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗМОЖНО ПРИ

случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
при гиперемии пульпы у пациента 22 лет

УДАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ (ВИТАЛЬНОЕ, ДЕВИТАЛЬНОЕ) ПОКАЗАНО ПРИ

всех формах пульпита
при среднем кариесе
хроническом фиброзном пульпите
при глубоком кариесе
хроническом гипертрофическом пульпите

БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ

в висок, надбровную и скуловую область
в затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти
в шею, глаз, надбровную область
зубы нижней челюсти
на противоположную сторону челюсти

БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ

в затылок, ухо, поднижнечелюстную область
в висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти
висок, зубы верхней челюсти
в язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область
на противоположную сторону челюст

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА

кариесогенная флора
углеводы
низкая резистентность эмали
белки
высокая резистентность эмали

ИММУННЫЕ ЗОНЫ ЗУБА

фиссуры
пришеечная треть видимой коронки зуба
жевательная поверхность

МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРИЕСА

изменение количества ротовой жидкости
изменение качества ротовой жидкости
климатические условия
наследственные и соматические заболевания
белковые пищевые остатки в полости рта

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ С

флюорозом
эрозией эмали
гипоплазией
глубоким кариесом
острым диффузным пульпитом

ОБЩИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРИЕСА

диета
питьевая вода
зубная бляшка
полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
углеводистые пищевые остатки в полости рта

СКОС ЭМАЛИ ПОД 45° СОЗДАЕТСЯ ДЛЯ

увеличения адгезии
обезболивания
линии маскировки
уменьшения токсичности материала
увеличения гидрофобности эмали

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

перкуссия
зондирование
рентгенография
ЭОД
реодентография

ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

гранулирующий
фиброзный
гранулематозный
диффузный
гипертрофический

ПО ГЛУБИНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ КАРИЕС

I класс
средний
хронический
глубокий
в стадии пятна

К МЕТОДАМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТСЯ

латеральная конденсация
вертикальная конденсация
закрытая сендвич-техника
открытая сендвич-техника

К МЕТОДАМ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

открытая сендвич-техника
закрытая сендвич-техника
вертикальная конденсация
метод одного штифта
вертикальной ампутации

К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТСЯ

корневая игла
пульпоэкстрактор
К-файл
Н-файл
ларго

К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТСЯ

ларго
гейтс глиден
К-риммер
К-файл
Н-файл

К ТЕОРИЯМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ОТНОСЯТ

биологическая
химико-паразитарная
инволюционная
асептическая
мико-бактериологическая

К ТЕОРИЯМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ОТНОСЯТ

физико-химическая
протеолиз-хелатная
физическая
спонтанная
атипическая

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ

зонд
плаггер
гладилка
штопфер
комполлер

ПО МАТЕРИАЛУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ МАТРИЦЫ

металлические
деревянные

лавсановые
бумажные
композитные

МАТРИЦЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ II КЛАССА БЛЭКА

замковые
секционные
ограничивающие
двигающие
пакующие

ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕТРАКЦИИ ДЕСНЫ

ретракционная нить
плаггер
пакер
спредер
зонд

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСЯТ

опрос
рентгенография
осмотр
электроодонтометрия
окрашивание

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСЯТ

зондирование
перкуссия
реопарадонтोगрафия
трансиллюминация
ортопантомография

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ОТНОСЯТ

термодиагностика
перкуссия
электроодонтометрия
внешний осмотр
пальпация

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ОТНОСЯТ

рентгендиагностика
люминесцентная диагностика
зондирование
опрос
пальпация

К НЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСЯТ

наддесневой зубной камень
поддесневой зубной камень

зубная бляшка
пелликула
мягкий зубной налет

К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСЯТ

наддесневой зубной камень
поддесневой зубной камень
зубная бляшка
пелликула
мягкий зубной налет

К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСЯТ

кюреты
скейлеры
щетки
силиконовые чашечки
шаровидный бор

К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСЯТ

кюреты
скейлеры
щетки
силиконовые чашечки
шаровидный бор

ПО МАТЕРИАЛУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛИНЬЯ БЫВАЮТ

деревянные
металлические
стальные
пластиковые
бумажные

К ИНДЕКСАМ ГИГИЕНЫ ОТНОСЯТ

ИГР-У
Федорова-Володкиной
РМА
СРІ
КПУ

К ПАРОДОНТАЛЬНЫМ ИНДЕКСАМ ОТНОСЯТ

ИГР-У
Федорова-Володкиной
РМА
СРІ
КПУ

К МИНЕРАЛЬНЫМ ЦЕМЕНТАМ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСЯТ

цинк-фосфатные
силактные
силикофосфатные

поликарбоксилатные
стеклоиономерные

К ПОЛИМЕРНЫМ ЦЕМЕНТАМ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСЯТ

цинк-фосфатные
силактные
силикофосфатные
поликарбоксилатные
стеклоиономерные

К ЦИНК-ФОСФАТНЫМ ЦЕМЕНТАМ ОТНОСЯТ

унифас
адгезор
белацин
силицин
фуджи

К СИЛИКАТНЫМ ЦЕМЕНТАМ ОТНОСЯТ

белацин
силицин
фосфат-цемент
унифас
аквацем

К СИЛИКОФОСФАТНЫМ ЦЕМЕНТАМ ОТНОСЯТ

беладонт
силидонт
кетак моляр
витребонд
унифас

К СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМ ЦЕМЕНТАМ ДВОЙНОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

Vitremer
Vitrebond
Ketac Molar
Аквацем
Filtek Z250

К КОМПОЗИТАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

Composite
Compoluxe
Filtek Z250
Vitremer
Charisma

К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ЭПОКСИДНЫХ СМОЛ ОТНОСЯТ

АН Plus
Endometasone
Гуттасилер
Forfenan
цемион

К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТ

Metapex
АН Plus
Calasept
Эвгедент
Acroseal

К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТ

Metapaste
АН Plus
Vitapex
Эвгедент
Acroseal

К ЛЕЧЕБНЫМ ПРОКЛАДКАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ОТНОСЯТ

Calasept
Dycal
Life
Acroseal
Carboco

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК

ятрогенный пульпит
глубокий кариес
хронический гангренозный пульпит
хронический гипертрофический пульпит
хронический периодонтит

ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

гипохлорит натрия
соляную кислоту
этилдиаминтетрауксусную кислоту
царскую водку
раствор соды

К СИСТЕМАМ ДЛЯ МАШИННОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ОТНОСЯТ

Procure
ProFile
ProTaper
Mtwo
Largo

ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА

свищевой ход
расширение периодонтальной щели на рентгенограмме в виде «языков пламени»
авномерное расширение периодонтальной щели на рентгенограмме
боли от горячего
кровоточивость из десневых карманов

ЙОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ

бетадин
протеолитические ферменты
йодиол
перекись водорода
хлоргексидин

ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

йодиол
лизоцим
трипсин
диметилсульфоксид
перекись водорода

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ВЫРАЖЕННОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

создают условия для оттока экссудата
герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
оставляют зуб открытым
пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
пломбируют канал временными пломбировочными материалами

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДОЛЖНЫ

оказывать противовоспалительное действие
оказывать противомикробное действие
оказывать одонтотропное действие
обеспечивать кондиционирование дентина
обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала

К ДЕФЕКТАМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

язва
волдырь
эрозия
узелок
бугорок

ГРУППЫ ЗУБОВ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПАЗИЕЙ ЭМАЛИ

первые моляры
фронтальные зубы
премоляры
все группы зубов
резцы и вторые моляры

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

болезни ребенка после рождения
болезни матери в I половине беременности
нарушение режима питания ребенка
травматическое повреждение молочных зубов

множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом

ПРИЗНАКИ ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3
подвижность зубов отсутствует
глубина пародонтального кармана до 4 мм
глубина пародонтального кармана более 5 мм
подвижность зубов I—II степени
резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2

ПРИЗНАКИ ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3
подвижность зубов отсутствует
глубина пародонтального кармана до 4 мм
глубина пародонтального кармана до 5 мм
подвижность зубов I—II степени
резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2

ПРИЗНАКИ ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3
подвижность зубов отсутствует
глубина пародонтального кармана до 4 мм
глубина пародонтального кармана более 5 мм
подвижность зубов II—III степени
резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2

ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

вертикальная
горизонтальная
смешанная
медиальная
дистальная
внутренняя

ФАКТОРЫ ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННУЮ АЛЛЕРГИЮ

прием лекарственного препарата
стресс
аппликация медикамента на СОПР
курение
палочка Коха

ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ НА СОПР ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

пятно
пузырь
папула
эрозия
гиперкератоз

СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

противогрибковые
обезболивающие
антигистаминные

противовирусные
противомикробные

ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА

лица, длительное время принимающие цитостатики, кортикостероиды
лица, страдающие эпилепсией
лица, принимающие антибиотики
мужчины в возрасте 30-60 лет, злостные курильщики
лица, страдающие бронхиальной астмой

ОСТРЫМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

псевдомембранозная
атрофическая
гиперпластическая
плоская
веррукозная

МЕСТНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПАРОДОНТИТА

нависающие края пломб
зубные отложения
заболевания нервной системы
сахарный диабет
заболевания желудочно-кишечного тракта

ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

эндокринные заболевания
сосудистые нарушения
заболевания иммунной системы
нависающие края пломб
несостоятельные ортопедические конструкции

ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

язвенно-некротическая
отечная
фиброзная
гиперпластическая
ороговевающая

ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИЕ ПАСТЫ БЫВАЮТ

мышьяковистые
параформальдегидные
эвгенольные
кальцийсодержащие
эпоксидные

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

подвижности зубов
глубины пародонтальных карманов
рентгенологическое
потери пародонтального прикрепления
электроодонтодиагностику

К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

случайное прикусывание
ранение острым предметом
длительное раздражение острыми краями зубов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы

К ХРОНИЧЕСКИМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

случайное прикусывание
ранение острым предметом
длительное раздражение острыми краями зубов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы