

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
31.08.74 Стоматология хирургическая
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 31.08.74 Стоматология хирургическая 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 31.08.74 Стоматология хирургическая 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-хирург – 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 хирургической 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. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учеб. пособие для постдипл. образования по спец. "Стоматология" / Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова, каф. челюстно-лицевой и пласт. хирургии Стоматол. фак. ; ред. А. Ю. Дробышев. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2018. – 284 с.

2. Базилян, Э.А. Применение остеопластических материалов в хирургии полости рта : учеб. пособие / Э. А. Базилян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 152 с.

3. Батраков, А.В. Хирургия полости рта. Удаление зубов : учеб. пособие / А. В. Батраков, Д. Ю. Соболев ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. челюстно-лицевой хирургии и хирург. стоматологии им. А.А.Лимберга. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 08 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. Евзельман, М.А. Неврология. Нейростоматологические синдромы : учеб. пособие / М. А. Евзельман, Е. В. Митяева ; М-во науки и высшего образования РФ, Орл. гос. ун-т им. И.С.Тургенева. – Орел : ОГУ им. И.С.Тургенева, 2019. – 111 с.

6. Верхнечелюстные синуситы: диагностика, клиника, лечение, профилактика : учеб. пособие / И. В. Степанов, Н. С. Моисеева, Р. Н. Киков [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Ин-т стоматологии, каф. хирург. стоматологии. - Воронеж : Изд. дом ВГУ, 2021. - 98 с.

7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава : учеб. пособие / И. В. Степанов,

Д. Ю. Харитонов, А. В. Подопригора [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. челюстно-лицевой хирургии. - Воронеж : Изд. дом ВГУ, 2020. - 98 с.

8. Иванов, С.Ю. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава : учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования уровня специалитета по направлению подгот. 31.05.03 "Стоматология" и осн. проф. образоват. программы высш. образования уровня ординатуры по специальностям 31.08.69 "Челюстно-лицевая хирургия" и 31.08.74 "Стоматология хирургическая": рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и медицинские науки" / С. Ю. Иванов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с.

9. 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.

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

11. Меджидов, М.Н. Инфекции полости рта и заболевания внутренних органов: причинно-следственные связи, принципы лечения : 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. – 60 с.

12. 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.

13. Методы хирургического лечения хронических периодонтитов и околокорневых кист челюстей : [учеб. пособие] / Ю. В. Ефимов, Ал. Ал. Долгалев, М. А. Чибисова [и др.] ; под редакцией Ю. В. Ефимова. - [Б. м.] : Стоматов Family, 2021. - 91 с.

14. 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, 2019.

15. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология : учеб. пособие / ред.: В. А. Козлов, И. И. Каган. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 544 с.

16. 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.

17. Особенности использования современных местноанестезирующих средств в практике врача-стоматолога : учеб. пособие / С. В. Сирак, Т. Л. Кобылкина, В. Н. Ленев [и др.] ; Ставроп. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. - 60 с.

18. Оформление амбулаторной карты первичного стоматологического пациента: учеб. пособие / Е. Е. Статовский, И. В. Кулик, О. Н. Кравец [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. - 120 с.

19. Планирование операции поднятия дна гайморовой пазухи. Минимизация осложнений: учеб. пособие / В.Ф Лосев, Ф. Ф. Лосев, А. Н. Шарин, А. В. Пьянзина; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2021. - 16 с.

20. Предопухолевые состояния кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта: учеб. пособие / М-во науки и высшего образования РФ, Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова; сост.: А. Г. Корнилов [и др.]. - Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2021. - 124 с.

21. Применение лазера в стоматологии : учеб. пособие / Э. А. Нагоева [и др.] ; Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова. – Нальчик : [б. и.], 2018. – 84 с.

22. 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.
23. Ретенция восьмых зубов и ее осложнения : учеб. пособие / Н. М. Хелминская [и др.] ; Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И.Пирогова, каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – М. : РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2019. – 57 с.
24. Специфические воспалительные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области : учеб. пособие / А. М. Панин, В. Н. Царев, Ю. Н. Перламутров [и др.] ; ред. А. М. Панин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 144 с.
25. 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.: Практик. медицина, 2021. - 104 с.
26. Травматология челюстно-лицевой области: учеб. пособие / С. Б. Фищев, А. В. Севастьянов, А. Г. Климов [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т. – СПб.: СПбГПМУ, 2022. - 60 с.
27. Хирургическая стоматология : учеб. / ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" М-ва здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Ун-т). - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 672 с.
28. Хирургическая стоматология : нац. рук.: учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования уровня ординатуры по специальности 31.08.74 "Стоматология хирургическая": рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и медицинские науки" / ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ)", Центр. НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" (ЦНИИС и ЧЛХ) Минздрава России. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с.
29. Хирургическая стоматология : учеб. / ред. В. В. Афанасьев. - 3-е изд., перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с.
30. Хирургическая стоматология : учеб. пособие для аккредитации специалистов: для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. образоват. программы высш. образования подгот. кадров высш. квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.74 "Стоматология хирургическая": рекомендовано Координац. советом по обл. образования "Здравоохранение и медицинские науки" / Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 832 с.
31. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез : учеб. пособие / ред. А. М. Панин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2020. - 240 с.
32. Хирургия пародонта и альвеолярной кости челюстей : учеб. пособие / ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова" М-ва здравоохранения Рос. Федерации (Сеченовский Университет). - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 72 с.
33. Швы в хирургической стоматологии: учеб. пособие / А. М. Панин, А. М. Цициашвили, А. В. Шишканов, А. И. Потапова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 32 с.
34. Юсупов, Р.Д. Клинико-морфологические особенности слюннокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы у лиц различных соматотипов: учеб. пособие / Р. Д. Юсупов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Пятигор. медико-фармацевт. ин-т - фил. ФГБОУ ВО "Волгогр. гос. мед. ун-т" м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Пятигорск : РИА-КМВ, 2022. - 80 с.

1.2. Дополнительная литература

35. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Топографическая анатомия

и оперативная хирургия : Комплект контролir. заданий в тест. форме: учеб. пособие для постдиплом. образования по спец. "Стоматология" / Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова, каф. челюстно-лицевой и пласт. хирургии Стоматол. фак. ; ред. А. Ю. Дробышев. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2018. – 284 с.

36. Антибактериальная терапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие. Ч. 2 / И. В. Марусов, М. М. Соловьев, А. П. Григорьянц [и др.] ; ред.: Э. Э. Звартау, А. И. Яременко ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. фармакологии, каф. стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии и др. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2020. - 76 с.

37. Дибиров, Т.М. Особенности планирования хирургического лечения пациентов с асимметричными деформациями челюстей : учеб.-метод. пособие для последипл. образования / Т. М. Дибиров, А. Ю. Дробышев ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М. : Мозартика, 2018. – 34 с.

38. Диодный лазер в стоматологии : учеб.-метод. пособие / Л. И. Никитина, Е. М. Сперанская, С. П. Деревянченко, А. В. Серенеева ; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2019. – 96 с.

39. Дробышев, А.Ю. Лечение пациентов с асимметричными деформациями челюстей, обусловленными односторонней гиперплазией мышечкового отростка нижней челюсти: учеб.-метод. пособие для врачей / А. Ю. Дробышев, Е. Г. Свиридов ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М.: МГМСУ, 2021. - 31 с.

40. Дробышев, А.Ю. Хирургические методы лечения пациентов с асимметричными деформациями челюстей : учеб.-метод. пособие для последипл. образования / А. Ю. Дробышев, Т. М. Дибиров, В. М. Михайлюков ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М. : Мозартика, 2018. – 37 с.

41. Епифанов, С.А. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава: учеб.-метод. пособие / С. А. Епифанов, О. Т. Зангиева, Ю. В. Высельцева; Нац. мед.-хирург. центр им. Н.И.Пирогова, Ин-т усовершенствования врачей, каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – М.: Науч. консультант, 2022. - 26 с.

42. Инновационные технологии в стоматологии : учеб.-метод. пособие / И. В. Багдасарова [и др.] ; Рос. ун-т дружбы народов, Мед. ин-т. – М. : РУДН, 2018. – 96 с.

43. Лечение пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц : клин. рекомендации / В. Н. Трезубов, Е. А. Булычева, В. В. Трезубов, Д. С. Булычева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 96 с.

44. Лучевая диагностика в стоматологии: учеб.-метод. пособие для студентов стоматол. фак. / 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.

45. 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.

46. 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.

47. 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.

48. Полупан, П.В. Оптимизация хирургического лечения больных, нуждающихся в проведении костнопластических операций в полости рта при подготовке к дентальной имплантации : учеб.-метод. пособие / П. В. Полупан, А. М. Сипкин ; М-во здравоохранения Моск. области, Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М.: МОНИКИ, 2022. - 36 с.

49. Протокол диагностики и лечения пациентов с переломами нижней челюсти на амбулаторном стоматологическом приеме : учеб.-метод. пособие / Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М.Ф.Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М. : МОНИКИ, 2018. – 28 с.

50. Свиридов, Е.Г. Диагностика пациентов с асимметричными деформациями челюстей, обусловленными односторонней гиперплазией мышечного отростка нижней челюсти: учеб.-метод. пособие для врачей / Е. Г. Свиридов, А. Ю. Дробышев ; Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И.Евдокимова м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – М.: РИО МГМСУ, 2021. - 26 с.

51. Скрининг и ранняя диагностика злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта : метод. пособие / А. И. Яременко, С. И. Кутукова, Ю. В. Иваськова, М. Г. Аленкина ; Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П.Павлова Минздрава России, каф. стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2020. - 28 с.

52. 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.

53. Физиотерапия при заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области : метод. рекомендации / Кабард.-Балкар. гос. ун-т им. Х.М.Бербекова ; сост.: М. Т. Тхазапlicheва [и др.]. – Нальчик : Кабард.-Балкар. ун-т, 2018. – 39 с.

54. Хирургия полости рта : учеб.-метод. пособие / Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова ; сост.: А. Г. Корнилов [и др.]. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2018. – 128 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

55. Афанасьев, В. В. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи. Атлас: учеб. пособие / В. В. Афанасьев, О. О. Янушевич, Б. К. Ургуналиев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 120 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467411.html> (дата обращения: 31.01.2023). – Режим доступа : по подписке.

56. Афанасьев, В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы / В.В. Афанасьев, У.Р. Мирзакулова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450666.html>. (дата обращения: 05.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

57. Афанасьев, В. В. Хирургическое лечение заболеваний и повреждений слюнных желез с основами сиалэндоскопии. Атлас / В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов, С.М. Курбанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 200 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453667.html>. (дата обращения: 14.12.2020). – Режим доступа : по подписке.

58. Базилян, Э.А. Современные остеопластические материалы / Э.А. Базилян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445822.html>. (дата обращения: 19.10.2020). – Режим доступа : по подписке.

59. Дентальная имплантация / под ред. А.А. Кулакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 400 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445419.html> (дата обращения: 21.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

60. 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>.

61. 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: 17.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

62. Сохов, С. Т. Удаление зубов под местным обезболиванием. Атлас / С. Т. Сохов, В. В. Афанасьев, М. Р. Абдусаламов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457245.html> (дата обращения: 02.12.2020). – Режим доступа : по подписке.

63. Шинкевич,, Д. С. Особенности стоматологической помощи больным с патологией системы крови / Д. С. Шинкевич; под ред. В. В. Афанасьева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 288 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458303.html>. (дата обращения: 22.01.2021). – Режим доступа : по подписке.

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.iran.ru

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЙ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Больной 19 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,0 С, пульс 100 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подчелюстной области слева. При пальпации определяется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 36 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 34, 35, 37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Определяется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35,36 зубов определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области вершечек корней 36 зуба, корневые каналы запломбированы на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19.5; Ю-8, П-45, С- 20; Л-17; М-10; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 2

Больная 23 лет поступила на 4-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти справа в области 48 зуба, усиливающиеся при накусывании, невозможность открывания рта, незначительное изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,0 С, пульс 90 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет коллатерального отека тканей околоушножевательной области справа кожа обычной окраски, не напряжена. В проекции жевательной мышцы пальпируется плотный, резко болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,3см., 48 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 1-й степени. Имеется отек и инфильтрация тканей пародонта в области 48. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 48 зуба определяется равномерное округлое расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 48 зуба, корневые каналы не запломбированы.

Клинический анализ крови: L-10,5; П-12, С- 55; Л-20; М-10 ; Э-3; СОЭ -17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 3

Больной 17 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при глотании слева, невозможность открывания рта. Два дня назад в поликлинике производилось лечение глубокого кариеса 35 зуба под проводниковой анестезией.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 38,20 С, пульс 96 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо симметрично, кожные покровы лица обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти слева определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 0,5 см. 35 зуб под пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Имеется отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки слева. При пальпации определяется инфильтрат в нижнем отделе крыловидночелюстной складки. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-5; П-10, С- 58; Л-20; М-7; СОЭ- 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 4

Больная 28 лет поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли при открывании рта, затруднение боковых движений нижней челюсти. Два дня назад в поликлинике производилось лечение пульпита 17 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 39,20 С, пульс 126 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: лицо асимметрично за счет отека височной и щечной областей справа, кожные покровы лица обычной окраски не напряжены. Открывание рта 1,5 см. 17 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта без изменений. Определяется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 17,18 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 17 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-32,5; Ю-10; П-40, С- 40; Л-5; М-5; СОЭ- 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 5

Больной 19 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на невозможность глотания, ограничение и боли при открывании рта. Пять дней назад появились боли в области прорезающегося 18 зуба, отметил повышение температуры до 38,0 С. Три дня назад отметил ухудшение глотания, затруднение открывания рта.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 95 уд/мин., АД 90/60 мм.рт.ст.

Местно: асимметрия лица за счет умеренного отека мягких тканей подчелюстной области справа, кожные покровы лица обычной окраски, пальпируются увеличенные и болезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти справа определяется плотный, болезненный инфильтрат. Открывание рта 1.5 см. 18 зуб прорезался медиальными буграми, перкуссия болезненна, из под слизистого «капюшона» обильное гноетечение. Имеется асимметрия зева за счет отека передней небной дужки и боковой стенки глотки справа. Язычок смещен влево. При пальпации боковой стенки глотки определяется плотный болезненный инфильтрат. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На боковой рентгенограмме нижней челюсти в области 18 зуба определяется патологический костный карман.

Клинический анализ крови: L-12.5; Ю-5; 1-10, С- 61; Л-20; М-4; СОЭ - 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 6

Больной 39 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С, пульс 89 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека тканей щечной и подглазничной области слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат мягких тканей. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 25 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 24,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 25 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 25 зуба, корневые каналы не запломбированы.

Клинический анализ крови: L-15.5, П-15, С- 60; Л17; М-8; СОЭ -17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 7

Больная 79 лет обратилась на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 36,9 С, пульс 120 уд/мин., АД 170/100.

Местно: в подподбородочной области пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 2,7 см., 31, 32 зубы подвижны 2-й степени, перкуссия резко болезненна, из патологических зубодесневых карманов обильное гнойное отделяемое. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 31,32 зубов определяется вертикальная резорбция костной ткани альвеол на 2/3 длины корней.

Клинический анализ крови: L-6,5; П-3, С- 65; Л-27; М-5; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, Указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного, лечения.

Ситуационная задача 8

Больной 49 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,2 С, пульс 99 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, отека нижнего века и щечной области слева. Пальпируется инфильтрация указанных областей. Инфильтрат без четких границ, кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 4 см., 24 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 25,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. При передней риноскопии определяется гноеотечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 24 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 24 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется уровень жидкости в затененной левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-13,5; П-3, С- 68; Л-19; М-10; СОЭ - 17 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 25 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на ограничение открывания рта, затруднение боковых движений нижней челюсти, изменение конфигурации лица, головную боль. Пять дней назад в поликлинике производилось лечение пульпита 27 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 116 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо асимметрично за счет отека тканей над скуловой дугой слева, кожные покровы лица обычной окраски. Кожа в данной области в складку собирается с трудом. Открывание рта 0,5 см. 27 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Пальпируется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 28 зуба. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 27 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-1; П-16, С-45, Л-34; М-4; СОЭ 20 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 10

Больной 58 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, боли при глотании, слюнотечение, затрудненное открывание рта, озноб и недомогание. Заболевание началось с болей в области 35 зуба. Боли постепенно нарастали, сутки назад появилось онемение левой половины нижней губы.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39 градусов, пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/40, тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона на а. Pulmonalis, печень +4 см. из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Положение больного в постели вынужденное-сидячее с опорой на руки, в акте дыхания участвуют межреберные мышцы, язык виден через приоткрытые зубы, покрыт серым налетом, изо рта вытекает зловонная слюна.

Местно: пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстных областях справа и слева, под подбородочной области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 35 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 33,34,37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Слизистая подъязычных областей приподнята, имеются отпечатки коронок зубов, покрыта грязно-серым налетом, инфильтрирована. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме «языков пламени» в области верхушки корня 35 зуба, корневой канал запломбирован на 1/3.

Клинический анализ крови: L-19.5; П-55, С- 30; Л-10; М-5; СОЭ -27 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 11

Больной 43 лет обратился на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание, ухудшение зрения, боли при движении глазными яблоками.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39,20 С, пульс 109 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подглазничной области и области глазницы слева. Пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат области нижнего века левого глаза. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Определяется ограничение движения глазного яблока книзу, отмечается хемоз конъюнктивы и экзофтальм. Пальпация по оси глазного яблока резко болезненная. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи резко болезненна, боль усиливается при наклоне головы вперед. Открывание рта 4 см., 26 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. Имеется отек и гиперемия слизистой в пределах пародонта 26 зуба. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 26 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 26 зуба, корневые каналы не запломбированы, на

обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-18,5; П-23; С-58;Л-13; М-6; СОЭ- 27 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 12

Пациент П. 24 года обратился в поликлинику к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль при жевании в области нижней челюсти слева, чувство распирания в области нижней челюсти. Со слов пациента боли беспокоят около 4 дней. Самостоятельно принимал Нимесил в течении 2 дней.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта ограничено до 3 см. Локальный статус: зуб 3.8 покрыт слизистой оболочкой «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка покрывающая зуб 3.8 гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

1. Какие клинические методы исследования необходимы для постановки диагноза.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
4. Тактика лечения больного.

Ситуационная задача 13

Пациент К. 47 лет обратился в поликлинику к врачу стоматологу с жалобами на боль в области зуба 4.6, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зуба 4.6. Со слов пациента, боли беспокоят в течении 3 дней, боль появилась во время приема пищи (пациент грыз орехи).

Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Локальный статус: Зуб 4.6 изменен в цвете, обширная пломба на окклюзионной поверхности зуба, краевое прилегание нарушено, определяется трещина коронковой части зуба с распространением под десневой край. Слизистая оболочка в области зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба, язычная стенка зуба 4.6 подвижна.

1. Дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент Н., 26 лет обратился в городскую стоматологическую поликлинику с жалобами на отек щеки слева и болезненность нижней челюсти слева. Первые симптомы начались около трех дней назад, отек не был выражен. В связи с нарастанием отека, усилением боли и появлением субфебрильной температуры до 37,2, обратился за помощью.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелюстные лимфоузлы слева при пальпации болезненны, открывание рта в полном объеме. В полости рта: переходная складка в проекции 3.4-3.7 сглажена, зуб 3.6 разрушен ниже уровня десны, перкуссия его болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения пациента.

3. Через какое время после завершения лечения данного заболевания можно проводить дентальную имплантацию?

Ситуационная задача 15

Женщина 58 л обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие белого рисунка в виде сетки на слизистой оболочки щек, симметричного с двух сторон, безболезненно, появление рисунка отмечает около 2 лет назад, субъективно никак не беспокоит. Пациентка курит около 20 лет по 10 сигарет в день. Ранее за помощью не обращалась, направлена лечащим стоматологом-ортопедом с целью консультации.

1. Назовите диагноз.
2. Какая форма данного заболевания представлена в задаче?
3. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо проводить вышеуказанной патологии?

Ситуационная задача 16

В стоматологическую поликлинику поступил больной 23 года с жалобами на отек лица справа, болезненное открывание рта. Со слов больного 2 дня назад попал в потасовку на улице.

Объективно: температура тела 36,4; конфигурация лица изменена за счёт слабо болезненного при пальпации отека мягких тканей лица в области нижней челюсти справа, гематома левой периорбитальной области, открывание рта болезненное, ограничено до 1,5 см, глотание безболезненное, не затруднено. В области зубов 47, 48 не десне с вестибулярной стороны кровоподтек. Симптом нагрузки положителен, болезненность справа. На ОПТГ визуализируется линия перелома нижней челюсти справа, проходит на границе между 47-48 зубами, смещений отломков нет. Прикус ортогнатический.

Поставить клинический диагноз;

Составить план лечения;

Определить прогноз течения заболевания.

Ситуационная задача 17

В стоматологическую поликлинику обратился больной 22 года. Жалобы на боль при открывании рта, невозможность принятия пищи. Несколько дней назад заметил прорезывание верхнего зуба мудрости слева. Объективно: температура тела 37,1; конфигурация лица не изменена, открывание рта резко болезненное, ограничение открывания из-за болевых ощущений слева. Глотание безболезненное, не затруднено. На слизистой оболочке щеки слева травмированные отпечатки от бугров зуба.

Поставить клинический диагноз.

Составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Определить прогноз течения заболевания

Ситуационная задача 18

Пациент У 42 года обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие безболезненного образования на слизистой оболочке десны в области нижней челюсти справа, дискомфорт при приеме пищи. Со слов пациента, образование появилось около 5 месяцев назад, затем медленно увеличивалось в размерах. Около года назад лечился у стоматолога ортопеда.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное, в полном объеме. Пальпация альвеолярного отростка нижней челюсти безболезненна. На зубах 3.4 3.5 металлокерамическая конструкция, имеется скол эмали на металлокерамической конструкции в пришеечной области. С вестибулярной стороны нижней челюсти слева в проекции зубов 3.4 3.5 определяется безболезненное образование с гладкой

поверхностью, бледно-розового цвета размерами 0.5x1.0x0.5 см, на широком основании, неподвижное, покрытое неизменной слизистой оболочкой.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы обследования.
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 19

Пациент 32 года обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие образования в левой подглазничной области. Со слов пациента образование появилось около 3-х недель назад, медленно увеличивается в размере.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны. Температура 36.8. В левой подглазничной области определяется безболезненное образование округлой формы с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, размерами 1.1x1.1x1.0 см. ограничено подвижное, спаянное с кожей в области одной точки-ретенционного пункта. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, в области ретенционного пункта белесоватая. В полости рта патологических изменений не выявлено.

- 1.Определите тактику лечения.
2. Какие разрезы применяются при удалении данного образования.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Дифференциальная диагностика

Ситуационная задача 20

Пациентка Ф 24 года обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре. Со слов пациентки, образование появилось 3 недели назад, когда пациентка прикусила губу, постепенно увеличивается.

Объективно: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненны при пальпации. Кожные покровы физиологической окраски. Прикус: патологический. Локальный статус: в области нижней губы, справа, в проекции зуба 4.3 определяется образование округлой формы, слизистая оболочка над образованием имеет синюшный оттенок. Пальпация слабо болезненная. Образование мягко-эластической консистенции, размерами 1/1, не спаяно с окружающими тканями.

- 1.Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения.
- 3.Исход заболевания

Ситуационная задача 21

Пациентка О 55 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, отек щечной области слева. Со слов пациентки боли беспокоят 5 дней, вчера появился отек щечной области слева.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны болезненны при пальпации. Локальный статус: зуб 3.6 покрыт металлокерамической коронкой, переходная складка в области зубов 3.5 3.6 3.7 сглажена, отечна. Пальпация резко болезненна, определяется инфильтрат в проекции верхушек корней зуба 4.6, отмечается флюктуация. Перкуссия зуба 4.6 болезненная. На прицельной рентгенограмме определяется равномерное расширение периодонтальной щели в области корней зуба 4.6.

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Составте план лечения

3. Исход заболевания

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Исторические этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вклад отечественных и зарубежных ученых.
2. Реанимация при неотложном состоянии в клинике хирургической стоматологии: анафилактический шок.
3. Сложное удаление зубов и корней. Показания и противопоказания. Оперативный доступ, техника удаления зубов с помощью долота и бормашины.
4. Осложнения, возникающие во время удаления зуба. Передозировка вазоконстриктора. Клиника, диагностика, тактика врача.
5. Хронический периодонтит. Виды хирургического лечения. Послеоперационный уход. Осложнения.
6. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Причины, клиника, диагностика. Осложнения.
7. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
9. Методы лечения острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
10. Хронический лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика специфических воспалительных процессов в ЧЛЮ.
12. Абсцесс подъязычной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
13. Позадимоларный периостит, абсцесс ретромолярного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
14. Абсцесс и флегмона крыло-нёбной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

1. Овладение оформлением амбулаторных карт и истории болезни, организацией госпитализаций пациентов хирургического профиля, заполнением учетных и отчетных форм, выписок из историй болезни, направлений на консультации, оформлением листов временной нетрудоспособности.
2. Овладение выполнением общего обследования (пальпация и перкуссия, аускультация сердца, легких и кишечника, измерение уровня артериального давления и частоты пульса и т.д.) а также специального исследования больных с патологией челюстно-лицевой области.
3. Овладение проведением диспансеризации пациентов различных возрастных групп.
4. Овладение методами современного клинического обследования (анамнез, общий и специальный стоматологический осмотр, взятие мазков для бактериологического и цитологического исследования из органов полости рта) у пациентов.
5. Овладение составлением плана лабораторных и инструментальных методов исследования больных и интерпретацией полученных результатов.
6. Овладение умением анализировать анамнестические данные и результаты лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов различных возрастных групп с целью индивидуального подбора методов лечения.

7. Овладение умением осуществлять курацию и комплексное лечение пациентов хирургического профиля с наиболее часто встречающейся патологией (абсцессы, флегмоны, травматические повреждения тканей челюстно-лицевой области, доброкачественные опухоли и опухолевидные заболевания и т.д.).
8. Овладение умением определять показания и противопоказания к инструментальным методам исследования в хирургической практике (УЗИ, МС КТ, МРТ, и д.р.), оценка результатов их выполнения
9. Овладение умением организовать и выполнять удаление зубов, доброкачественных образований слизистой полости рта.
10. Овладение умением выполнять лечебно-диагностические манипуляции при травматических повреждениях тканей челюстно-лицевой области.
11. Овладение умением формулировать показания, оценивать наличие противопоказаний к малоинвазивным оперативным вмешательствам в хирургической стоматологии.
12. Овладение умением оценивать трудоспособность пациентов хирургического профиля.
13. Овладение умением устанавливать, заменять и удалять дренажи.
14. Овладение умением выполнять инструментальное удаление конкрементов слюнных желёз.
15. Овладение умением проводить пункцию гнойных очагов.
16. Овладение умением выполнять блокады тройничного, лицевого нерва.
17. Овладение умением выполнять удаление радикулярных, ретенционных кист, дренирование абсцесса, ПХО ран ЧЛЮ, вскрывать и дренировать нагноившиеся гематомы.
18. Овладение умением проводить врачебное освидетельствование после криминальной травмы ЧЛЮ.

1. Провести физикальные исследования стоматологического пациента хирургического профиля и интерпретировать их результаты.
2. Выявить общие и специфические признаки стоматологических заболеваний.
3. Интерпретировать результаты первичного осмотра пациентов.
4. Интерпретировать результаты повторного осмотра пациентов.
5. Обосновать необходимость и объем лабораторных исследований.
6. Обосновать необходимость и объем инструментальных исследований.
7. Обосновать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)).
8. Обосновать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам.
9. Провести анализ полученных результатов обследования стоматологического пациента хирургического профиля.

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
Ia
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 пневмонииподобном 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 ВНУТРИПРОТОВОЙ 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 ЛИМФОУЗЛЫ 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 гипертония
мерцательная аритмия
сахарный диабет
искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натошак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа послеглюкозо-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

ЦЕЛЮ 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 ЦЕЛЬЮ 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.
1200 ккал.

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, дислипотеидемии, 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

ВНУТРИПРОТОВЫЕ 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
периаостальная 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 НЕОРГАНИЧЕСКИХ 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
филтрация
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 (+)
рамиприла
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
гиперкалиемию
гинекомастию
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемию

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

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

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

A (+)
B1
B2
C
PP

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 +
олная 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

СИНОНИМ ПРОГНИИ - ЭТО

*нижняя прогнатия

верхняя прогнатия

верхняя ретрогнатия

нижняя ретрогнатия

СИНОНИМ ПРОГНАТИИ - ЭТО

верхняя ретрогнатия

нижняя ретрогнатия

*верхняя прогнатия

нижняя прогнатия

СИНОНИМОМ МИКРОГЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нижняя прогнатия

верхняя прогнатия

*нижняя ретрогнатия

верхняя ретрогнатия

4 СИНОНИМОМ МИКРОГНАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нижняя ретрогнатия

*верхняя ретрогнатия

верхняя прогнатия

нижняя прогнатия

ПРОГЕНИЯ - ЭТО

*аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

недоразвитие нижней челюсти

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

недоразвитие верхней челюсти

МИКРОГЕНИЯ - ЭТО

недоразвитие верхней челюсти

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

*недоразвитие нижней челюсти

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

Прогнатия - это

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

недоразвитие нижней челюсти

*аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

недоразвитие верхней челюсти

МИКРОГНАТИЯ - ЭТО

*недоразвитие верхней челюсти

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием верхней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

недоразвитие нижней челюсти

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие её чрезмерного развития

ДЛЯ ПРОГЕНИИ НЕ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПРИКУС

мезиальный

прогенический

*прямой

обратный

ПРОГЕНИЯ БЫВАЕТ

*истинной, ложной

верхней и нижней челюсти

фронтальных и боковых зубов

МИКРОГЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

врожденной и приобретенной

односторонней и двухсторонней

*односторонней и двухсторонней, врожденной и приобретенной,
верхней и нижней

ОРТОПАНТОГРАММЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЕЛАЮТ

для определения количества и расположения зубов

для изучения строения лицевого отдела черепа

для прогноза роста челюстей

для изучения динамики роста челюстей

для определения показаний к удалению зубов

МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ БОКОВЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ГОЛОВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

метод Шварца

метод Парма

метод Шулера

метод Паатера

метод Колоткова

СОПОСТАВЛЕНИЕ БОКОВЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ГОЛОВЫ ПРОВОДЯТ

для выявления характера морфологической перестройки

для уточнения показаний к удалению зубов

для лицевого отдела черепа

для выяснения искажений при ТРГ исследовании

для уточнения костного и зубного возраста

НА ПРЯМЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММАХ ГОЛОВЫ ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ

форму и размеры лицевого отдела черепа

количество и положение зубов

показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением

динамику роста челюстей

отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

НА АКСИАЛЬНЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММАХ ГОЛОВЫ ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ

асимметрию развития черепа

количество и положение зубов

динамику роста челюстей

отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

костный возраст

ПЕРИОДАМИ РАЗВИТИЯ КЛАССИФИКАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

Симоновский

Щварцевский

Энглева

Доэнглева

ОДНИМ ИЗ АВТОРОВ КРАНИОМЕТРИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Шварц

Курляндский

Энгль

Симон

ТОПИКО-МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ БАЗИРУЕТСЯ НА

изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
изучении соотношения зубных дуг
выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
уточнении характера эстетических нарушений

ГНАТИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

топография и размеры челюстных костей
соотношение зубных дуг
топография других лицевых костей
размер и положение зубов
топография альвеолярных дуг

НА ТОПОГРАФИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ВЛИЯЕТ

размер частей
положение частей
размер и местоположение частей

ОТЛИЧИЕМ МЕЖДУ САГИТТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА И ОРТОГНАТИЧЕСКИМИ ЯВЛЯЕТСЯ

соотношение всех боковых зубов
соотношение передних зубов
соотношение первых постоянных моляров
соотношение клыков

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРЕД НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ

пробу Битнера – Эйшлера
жевательные пробы по Рубинову
пробу Ильиной – Маркосян
глотательные пробы

ГЛУБИНУ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ИЗМЕРЯЮТ

от десневого края резцов до переходной складки
от экватора резцов до переходной складки
от вершины межзубных сосочков до переходной складки
от режущего края резцов до переходной складки

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ

пробу Ильиной – Маркосян
глотательные пробы
пробу Битнера – Эйшлера
жевательные пробы по Рубинову

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ИССЛЕДУЮТ С ПОМОЩЬЮ
рентгенокинематографии

телерентгенографии
панорамной рентгенографии
ортопантомографии челюстей
близкофокусной внутриротовой рентгенографии

КОСТНЫЕ ТРАНСПЛАНТАТЫ ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗА БУГРЫ ВВОДЯТ ДЛЯ

жесткой фиксации
выдвижения челюсти вперед
увеличения объема средней трети лица
исключения смещения челюсти в исходное положение
остановки кровотечения

ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

углов нижней челюсти
первых премоляров нижней челюсти
ветвей нижней челюсти
мышечковых отростков нижней челюсти
подбородка

ДОПОЛНЕНИЕМ К ОПЕРАЦИОННОЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

шина Ванкевич
гладкая шина-скоба
шина-скоба с распорочным изгибом
бимаксиллярные шины с зацепными петлями
шина Порта

РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

ортопантомограмме
телерентгенограмме
компьютерной томограмме
панорамной рентгенограмме
обзорной рентгенограмме костей лица

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

парез маргинальной ветви n. facialis
ишемия тканей операционной области
вторичная деформация
слюнной свищ
повреждение нижнеальвеолярной артерии

ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ

зубы 3.4, 4.4
зубы 3.3, 4.3
зубы 3.5, 4.5
зубы 3.6, 4.6

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

термическая травма кости
технические погрешности при перемещении фрагментов
повреждение надкостницы
травма сосудисто-нервного пучка
послеоперационная гематома

КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ РАВНО
15 дням
30 дням
60 дням
75 дням
90 дням

ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ
стол № 1
стол №9
стол № 15
трубочный
стол 2-й челюстной

ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
недоразвитой
смещенной кпереди
чрезмерно развитой
несимметричной
смещенной кзади

НИЖНЮЮ РЕТРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ ОСТЕОТОМИЕЙ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ(ЫМ)
костной пластикой
пересадкой фасции
приживлением мышцы
пересадкой кожного лоскута
контурной пластикой

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ
ретрогнатия
микрогнатия
несимметричная макрогнатия
чрезмерное развитие подбородочного отдела
нижнечелюстная макрогнатия

ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
зубы 1.4, 2.4
зубы 1.3, 2.3
зубы 1.5, 2.5
зубы 1.6, 2.6

ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЙ АНТИБИОТИК
пенициллин

олететрин
тетрациклин
линкомицин
эритромицин

ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ
ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ

ГБО-терапию
криотерапию
противовоспалительную терапию
химиотерапию
дезинтоксикационную терапию

ВВЕДЕНИЕ ИМПЛАНТАТА ПО КАНАЛУ ЗУБА В КОСТЬ ОТНОСИТСЯ К ВИДУ
ИМПЛАНТАЦИИ

эндодонто-эндооссальному
эндооссальному
субпериостальному
эндооссально-субпериостальному

НАЗВАНИЕ ВИДА ИМПЛАНТАЦИИ, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТУ ПРОВЕДЕНА
ИМПЛАНТАЦИЯ ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА

эндооссальная
эндодонто-эндооссальная
субпериостальная
эндооссально-субпериостальная

ИМПЛАНТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО КЕРАМИЧЕСКОГО
ИМПЛАНТАТА НАЗЫВАЕТСЯ

эндооссальная
эндодонто-эндооссальная
субпериостальная
эндооссально-субпериостальная

ЭНДОДОНТО-ЭНДООССАЛЬНЫЙ ИМПЛАНТАТ МОЖЕТ ИМЕТЬ ФОРМУ

штифта
пластинки
седловидную
конуса

ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ ИМПЛАНТАТА ЭТО

плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
плотное укрепление имплантата
помещение имплантата в костную ткань
наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ПОТЕРЕ ИМПЛАНТАТА
(множественный выбор)

*плохая гигиена полости рта
нерациональное питание
*неудовлетворительная жевательная нагрузка
*нарушение обмена веществ

заболевания желудочно-кишечного тракта

ДВУХЭТАПНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРОВОДИТСЯ

для предупреждения фиброзной интеграции

для снижения послеоперационной травмы

в целях достижения остеоинтеграции при плохих способностях к регенерации костной ткани

в целях улучшения функционального эффекта

ФИБРОЗНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИМПЛАНТАТА ЭТО

наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью

эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата

укрепление имплантата в соединительной ткани

помещение имплантата под надкостницу

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПЛАНТАЦИИ

полное отсутствие зубов

Концевые дефекты зубных рядов

потеря одного зуба

неудовлетворительная фиксация съемного протеза

включенные дефекты зубных рядов

УКАЖИТЕ ВАРИАНТ ВЕРНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛЕЧ ВНУТРИКОСТНОГО ИМПЛАНТАТА ПО ОТНОШЕНИЮ К КОРТИКАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКЕ

плечи расположены на уровне кортикальной пластинки

ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм

выше кортикальной пластинки на 2-3 мм

в зависимости от состояния кости

ГОЛОВКУ ВИНТОВОГО ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА МОЖНО ИЗГИБАТЬ

на 30 градусов

не более чем на 45 градусов

до 10 градусов

изгибать нельзя

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПЛАНТАЦИИ

сахарный диабет

аллергия на пыльцу деревьев

гемофилия

вегето-сосудистая дистония

ВИЧ

ПОСЛЕ СКЕЛЕТИРОВАНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТУ
СНЯТ СЛЕПОК И ПО РЕЛЬЕФУ КОСТИ ИЗГОТОВЛЕН МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ
ИМПЛАНТАТ С ОПОРНЫМИ ЛЕНТАМИ. УКАЖИТЕ ВИД ИМПЛАНТАЦИИ,
КОТОРЫЙ БУДЕТ ПРОВЕДЕН ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ

субпериостальная

эндодонто-эндооссальная

эндооссальная

эндооссально-субпериостальная

ЩЕЛЬ МЕЖДУ СТЕНКОЙ КОСТНОГО ЛОЖА И ИМПЛАНТАТОМ СЛЕДУЕТ ЗАПОЛНИТЬ

йодоформной турундой

антибиотиком

заполнение щели не требуется

остеотропными материалами

ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО КРИТИЧЕСКИХ ВЕЛИЧИН С КОСТНОЙ ТКАНЬЮ ПРОИСХОДИТ

гиперемия

отек

инфильтрация

некроз

пролиферация

К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ КОСТИ ВЕДЕТ

прерывистое препарирование с водо-воздушным охлаждением

прерывистое препарирование без водо-воздушного охлаждения

непрерывное препарирование с водо-воздушным охлаждением

непрерывное препарирование без водо-воздушного охлаждения

К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ТЕПЛООБРАЗОВАНИЕ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТ (множественный выбор)

форму бора

величину бора

остроту бора

давление бора на костную ткань

режим препарирования

КОЛИЧЕСТВО ИМПЛАНТАТОВ, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНОМОМЕНТНО УСТАНОВЛЕНО У ОДНОГО ПАЦИЕНТА

ограничений нет

6-8 имплантатов

не более шести имплантатов

два-три имплантата

один имплантат

ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

сахарный диабет

остеопороз

сифилис

пиелонефрит

ПРИ НЕПРАВИЛЬНОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА В КОСТИ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ

кровотечения

подвижность имплантата

флегмона

резорбция костной ткани вокруг имплантата

повреждение соседних зубов

НЕОБХОДИМЫЙ ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ОПОРНОЙ ЧАСТЬЮ ИМПЛАНТАТА И ЗУБОМ- АНТАГОНИСТОМ РАВЕН

не более чем 1 мм
не менее чем 3 мм
не менее чем 4 мм
не более чем 2 мм

ГЛУБИНА ПОГРУЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ПЛАСТИНКИ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ИМПЛАНТАТА ПО ОТНОШЕНИЮ К ГРЕБНЮ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ РАВНА
находиться должен на одном уровне с краем гребня
не более 1 мм
не менее 2-3 мм
не более 2-3 мм

ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНЫ
от 2 до 6 месяцев
от 3 до 6 месяцев
от 5 до 8 месяцев
от 6 до 12 месяцев

ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНЫ
от 2 до 6 месяцев
от 3 до 6 месяцев
от 5 до 8 месяцев
от 6 до 12 месяцев

УКАЖИТЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТИ НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
на нижней челюсти кость плотнее, чем на верхней
плотность кости одинакова на верхней и нижней челюсти
на верхней челюсти кость плотнее, чем на нижней

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ИМПЛАНТАТОМ И РЯДОМ РАСПОЛОЖЕННЫМ ЗУБОМ ДОЛЖНО БЫТЬ
3-4 мм
8 мм
4-6 мм
2-3 мм

ВЕЛИЧИНА УБЫЛИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ РАВНА
1 мм
0,2 мм
2 мм
0,5 мм

УКАЖИТЕ ФУНКЦИИ МЕМБРАН
барьерная функция
фиксация сгустка, материала
остеопластическая функция
удержание пространства
антибактериальная

ОСТЕОИНДУКТИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ - ЭТО

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в фибробласты

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеокласты

ОСТЕОКОНДУКТИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ - ЭТО

препараты, являющиеся мембраной, покрывающей кость

препараты, являющиеся каркасом для образования кости и ее клеточного дифференцирования

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в одонтобласты

препараты, стимулирующие регенерацию кости за счет активизации процесса перестройки мезенхимальных клеток в остеобласты

ИСТОЧНИКОМ МАТЕРИАЛА ДЛЯ АУТОГЕННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ

человек донор

животное

сам пациент

искусственно созданный полимер

ВНЕРОТОВЫМИ ДОНОРСКИМИ ЗОНАМИ ДЛЯ ВЗЯТИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЮТСЯ

ребень подвздошной кости

метафиз большеберцовой кости

плюсневая кость

ребро

теменной бугор свода черепа

ВНУТРИРОТОВЫЕ ДОНОРСКИЕ ЗОНЫ ДЛЯ ВЗЯТИЯ ТРАНСПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

тело челюсти

суставной отросток

ветвь челюсти

подбородок

СИНТЕТИЧЕСКИЕ ТРАНСПЛАНТАТЫ НАЗЫВАЮТ

аллопластическими

аллогенными

аутогенными

ксеногенными

К АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТ

фосфат кальция

сульфат кальция

биосилаты

бисфосфонаты

**ПОКАЗАНИЕ К АУГМЕНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ КОСТНОГО БЛОКА
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ**

недостаток кости более 3 мм
лунка после удаления зуба
недостаток кости более 6 мм
недостаток кости более 1 мм

**НЕОБХОДИМОЙ ВЫСОТОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ РАСЩЕПЛЕНИЯ ГРЕБНЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОТА**

10мм
2,5 мм
6 мм
11-15 мм

ПОКАЗАНИЯ К АУГМЕНТАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ

недостаточный уровень костной ткани в боковых отделах нижней и верхней челюстей
состояния после удаления злокачественных опухолей
полная вторичная адентия
потеря костной ткани после травмы

**КАКОЙ ФАКТОР НУЖНО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОГО
АУТОТРАНСПЛАНТАТА**

соответствие формы трансплантата и дефекта
соответствие формы трансплантата и хирургического инструмента
длина трансплантата не должна превышать 5 мм
соответствие формы трансплантата и принимающего ложа

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ К СИНУС-ЛИФТИНГА

высота альвеолярной части менее 5 мм и ширина менее 6 мм
высота альвеолярной части менее 10 мм и ширина менее 4 мм
высота альвеолярной части менее 11-15 мм и ширина менее 5-8 мм
высота альвеолярной части менее 7 мм и ширина менее 3 мм

УКАЖИТЕ ВИДЫ МЕТОДИК СИНУС-ЛИФТИНГА

закрытый
открытый
перфоративный
комбинированный

**МЕМБРАНА ШНЕЙДЕРА ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ. ЧТО ПРОИСХОДИТ
С МЕМБРАНОЙ ШРЕДЕРА ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ**

перфорируется
отслаивается
резецировать
ушивается

**КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПРИ ОТКРЫТОМ СИНУС-ЛИФТИНГЕ
УКЛАДЫВАЕТСЯ**

на дно верхнечелюстной пазухи
на переднюю стенку верхнечелюстной пазухи
на все стенки верхнечелюстной пазухи

на верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СИНУС-ЛИФТИНГА ОТНОСЯТ
синусит

кровотечение

разрыв слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи

неконтролируемый костный рост в средней зоне лица

формирование оронтального соустья

ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
антиагреганты

антигистаминные препараты

антибактериальные препараты

противовоспалительные препараты

блокаторы протонной помпы

СИНУС-ГРАФТИНГ - ЭТО

расщепление костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти

наращивание костной ткани в полости верхнечелюстной пазухи

наращивание костной ткани альвеолярного гребня верхней челюсти

МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК, ПО ИСТЕЧЕНИИ КОТОРОГО ПОСЛЕ СИНУС-ЛИФТИНГА
МОЖНО ПРОВОДИТЬ ДЕНТАЛЬНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ

3-6 месяцев

не менее 12 месяцев

не более 2 месяцев

6-8 месяцев

УКАЖИТЕ СТЕНКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, УЧАСТВУЮЩУЮ В
ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ПРИ СИНУСЛИФТИНГЕ

нижняя стенка

задняя стенка

передняя стенка

верхняя стенка

ОТДАЛЕННАЯ СВЯЗАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПО В.П. ФИЛАТОВУ - ЭТО
МЕТОД ПЛАСТИКИ

расщепленным кожным лоскутом

мостовидным лоскутом

артеризованным кожно-жировым лоскутом

мигрирующим стебельчатым лоскутом

ПРИ КСЕНОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ
ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

одно и то же лицо

однойцевые близнецы

родственники первой ступени

представители одного биологического вида

принадлежат к разным биологическим видам

ОСНОВАНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

смещено в здоровую сторону
расположено по средней линии
смещено в сторону расщелины

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ
ЛОСКУТАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ЭПИКАНТУСА У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

встречный обмен тканей
удлинение ткани в направлении среднего разреза
замещение дефекта кожи

МЕДИАЛЬНАЯ КАНТОПЕКСИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ

эпикантуса
телекантуса
эпиблефарона
птоза

РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С
ПОВЕРХНОСТИ

внутренней поверхности плеча
передней поверхности живота
наружной поверхности бедра
боковой поверхности шеи

ПРИ УКУШЕННОЙ РАНЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ С ДЕФЕКТОМ ТКАНЕЙ РАНУ СЛЕДУЕТ

ушить наглухо
не ушивать
наложить провизорные швы
пластически закрыть дефект местными тканями

ЗАДНИЕ ВЕРХНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ ВЕТВИ ОТХОДЯТ ОТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО
НЕРВА НА УРОВНЕ

до входа нерва в глазницу
в заднем отделе подглазничного канала
в переднем отделе подглазничного канала
после выхода нерва из подглазничного канала

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

секвестрэктомия
врожденные деформации челюстей
удаление доброкачественных опухолей челюстей
удаление злокачественных опухолей челюстей

МЕСТНЫМИ ПОЗДНИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ
КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ

некроз лоскута
кровотечение из лоскута
гиперпигментация
парестезия
гематома

ЭНОФТАЛЬМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ
СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕН

переломом стенки глазницы
ущемлением глазодвигательных мышц глаза
наличием ретробульбарной гематомы
отрывом медиальной кантальной связки

ИЗ СКОЛЬКИХ СЛОЕВ КЛЕТОК СОСТОИТ ЭПИДЕРМИС

три слоя клеток
четыре слоя клеток
пять слоёв клеток
шесть слоёв клеток

ЛИНИИ ЛАНГЕРА НА ЛИЦЕ

соответствуют расположению пучков коллагеновых волокон
являются проекцией на коже ветвей лицевого нерва
разделяют лицо на антропометрические зоны
соответствуют ходу мимических мышц

ТОЧКА КИЛЛИАНА НАХОДИТСЯ

в основании колумеллы
в области перегородки носа
в месте соединения больших крыльных хрящей
в области нижней носовой раковины

ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЗАКРЫТОЙ РИНОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

произведение коррекции через разрезы, проходящие по крыльям носа
произведение коррекции через разрез, проходящий по кожной части носовой перегородки
произведение коррекции через разрезы, расположенные внутри носовых ходов
коррекция хрящевого отдела носа

СЕПТОПЛАСТИКА - ЭТО

операция по устранению седловидной деформации спинки носа
операция на перегородке носа
операция по коррекции кончика носа
операция по удалению нижних носовых раковин

НОС «ПОПУГАЙЧИКА» ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ РИНОПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА

горбинке носа
хрящевом отделе носа
перегородке носа
раковинах носа

ПРИ УСТРАНЕНИИ ЛОПОУХОСТИ ОСНОВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРЯЩА ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

козелка
противокозелка
завитка
противозавитка

«КРУГЛЫЙ» ИЛИ «РЫБИЙ ГЛАЗ» КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ПО ПРИЧИНЕ повреждения конъюнктивы глаза

недостаточного иссечения жировых грыж
повреждения зрачка
чрезмерного иссечения избытков кожи век

ГЛУБОКАЯ РИТИДЭКТОМИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

RF - лифтинг
синус - лифтинг
SMAS - лифтинг
LPG - лифтинг

ЧЕРЕЗ ОКОЛОУШНУЮ СЛЮННУЮ ЖЕЛЕЗУ ПРОХОДИТ

лицевой нерв
задний ушной нерв
ушно-височный нерв
тройничный нерв

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СЛЕДУЮЩИХ АРТЕРИЙ

внутренней сонной артерий
верхнечелюстной и лицевой артерий
лицевой, язычной и подподбородочной артерий
верхней щитовидной артерии
лицевой, язычной и верхней щитовидной артерий

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СИАЛАДЕНИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ

ацинарная, протоковая, интерстициальная
паренхиматозная, лимфоцитарная, интерстициальная
протоковая, паренхиматозная, лимфоидная
ранняя, поздняя, перемежающаяся
паренхиматозная, протоковая, интерстициальная

ПАРОТИТ ГЕРЦЕНБЕРГА - ЭТО

вирусное заболевание
воспаление лимфатических узлов в толще околоушной слюнной железы
врожденная атрезия протоков околоушной слюнной железы
паротит туберкулезной этиологии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАМНИ ОБРАЗУЮТСЯ В ПРОТОКАХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

малых
околоушных
подъязычных
поднижнечелюстных

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СИАЛОЛИТИАЗА ИЗ УКАЗАННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

сиалосцинтиграфия
эхосиалогграфия
сиалогграфия
термовизиография

СИМПТОМ «СЛЮННОЙ КОЛИКИ» ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ
обильного слюноотделения

задержки слюны в железе
гнойного расплавления тканей в паренхиме слюнной железы
кровоизлияния в паренхиму слюнной железы

СИАЛОДОХИТ ЯВЛЯЕТСЯ

самостоятельным заболеванием и симптомом хронического сиаладенита
самостоятельным заболеванием
симптомом хронического сиаладенита

УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА ШЕГРЕНА

ксеростомия и ксерофтальмия
ксеростомия, ксерофтальмия, ревматический полиартрит
ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит, ахилический гастрит
ксерофтальмия, ревматический полиартрит, кариес зубов

УВЕЛИЧЕНИЕ ВСЕХ СЛЮННЫХ И СЛЁЗНЫХ ЖЕЛЁЗ ОТМЕЧАЕТСЯ У ПАЦИЕНТА ПРИ

синдроме Микулича
болезни Микулича
синдроме Шегрена
синдроме Хеерфорда

ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

грызуны
больной
кровососущие насекомые
крупный рогатый скот

ДЛИНА ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ

2-3 см
3-4 см
5-7 см
7-10 см

ВЫВОДНОЙ ПРОТОК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕКИ В ПРЕДДВЕРИИ РТА НАПРОТИВ

первого верхнего моляра
второго верхнего премоляра
второго верхнего моляра
третьего верхнего моляра

ТРИАДА, ВКЛЮЧАЮЩАЯ В СЕБЯ ПРИПУХЛОСТЬ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИРИДОЦИКЛИТ И ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

синдроме Хеерфорда
синдроме Шегрена
синдроме Микулича
болезни Микулича

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

диплококк
стрептококк
стафилококк
фильтрующий вирус

ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

строма слюнной железы
паренхима слюнной железы
вартонов проток
стенонов проток

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, СТИМУЛИРУЮЩИЙ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ

атропин
пилокарпин
хлоргексидин
хлористый калий

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ПОДАВЛЯЮЩИЙ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ

атропин
пилокарпин
хлоргексидин
йодистый калий
цианистый калий

ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

невралгия
абсцедирование
синдром Олбрайта
нарушение минерального обмена
рефлекторная гиперсаливация

СИАЛАДЕНОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

закупорки выводного протока
наличия сопутствующих заболеваний
травмы слюнной железы
образования ретенционной кисты

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПАЦИЕНТЫ СО СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖАЛУЮТСЯ НА

боль и припухлость железы во время еды
сухость полости рта
головокружение и слабость
повышение кровяного давления

ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ КАМНЯ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВАРТОНОВА ПРОТОКА КОНКРЕМЕНТ УДАЛЯЮТ С ПРИМЕНЕНИЕМ

наружного доступа
экстирпации слюнной железы
внутриротового доступа
дистанционного дробления конкремента

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ

при сильных болях
при абсцедировании железы
при множественных полостях в железе
при наличии гнойного отделяемого из протоков

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

в проведении лучевой терапии
в бужировании стеноза протока
в проведении симптоматической терапии
в проведении контрастной сиалографии

ПОЛНЫЙ СЛЮННОЙ СВИЩ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

наличия дефекта стенки протока
расширения внутри- или внежелезистой части протока
полного разрыва или пересечения протока
изгиба внутрижелезистой части протока

НЕПОЛНЫЙ СВИЩ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

наличия дефекта стенки протока
полного пересечения или разрыва протока
изгиба внутрижелезистой части протока
расширения внутри- или внежелезистой части протока

ПРИ ПОЛНОМ СВИЩЕ СЛЮНА ВЫТЕКАЕТ ИЗ ПОВРЕЖДЕННОЙ ЧАСТИ ЖЕЛЕЗЫ

как через наружный свищ, так и через устье выводного протока
слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости
только через наружный слюнный свищ
через устье выводного протока

ПРИ НЕПОЛНОМ СЛЮННОМ СВИЩЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКРАШИВАЕМАЯ ЖИДКОСТЬ, ВВОДИМАЯ ЧЕРЕЗ НАРУЖНЫЙ СВИЩ

попадает в полость рта через устье выводного протока
не проникает в полость рта
скапливается в железе

НАЗОВИТЕ СИНОНИМ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ

дермоидная киста
эпидермоидная киста
кистозная тератома
бранхиогенная киста

НАЗОВИТЕ СИНОНИМ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ШЕИ

дермоидная киста
эпидермоидная киста
кистозная тератома
бранхиогенная киста
тиреоглоссальная киста

НАЗОВИТЕ ВИД КИСТ, КОТОРЫЕ ПРИ ГЛОТАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЯХ СМЕЩАЮТСЯ КВЕРХУ

эпидермоидные кисты
дермоидные кисты
эпидермальные кисты
срединные кисты шеи
боковые кисты шеи

УКАЖИТЕ ПАРУ ЖАБЕРНЫХ КАРМАНОВ, АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ КОТОРЫХ ПРИВОДЯТ К ОБРАЗОВАНИЮ БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

1-ая пара
2-ая пара
3-я пара
1-ой и 2-ой пар
2-ой и 3-ей пар

БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ СНАРУЖИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей
под задним брюшком двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей
около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии
кпереди от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

ОДНИМ ИЗ ОПАСНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДИННЫХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ

воспаление легких
тромбофлебит угловой вены лица
тромбоз пещеристого синуса
отек гортани
медиастинит

УКАЖИТЕ ВИД ЛЕЧЕНИЯ БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ

только консервативное
как хирургическое, так и консервативное
только хирургическое

УКАЖИТЕ ВИДЫ КИСТ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ВРОЖДЕННЫМ ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ

посттравматические кисты
кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух
срединные кисты шеи
эпидермальные кисты

ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

гноя
лимфы
крови
мутной жидкости
прозрачной опалесцирующей жидкости

ТИПИЧНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ

в надключичной области
по переднему краю m. trapezius

по переднему краю жевательной мышцы
горизонтально по верхней шейной складке

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

биохимическое
цитологическое
радиоизотопное
реакция Вассермана

СХПГ – ЭТО

медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
полевой подвижный химический гарнизон
специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

ОМедБ – ЭТО

медицинский пункт полка
основная медицинская база
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

противостолбнячной сыворотки
антирабической сыворотки
стафилококкового анатоксина
гамма-глобулина

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ

напоить раненого
наложить повязку
перенести в укрытие
устранить угрозу асфиксии

ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

иссечение обожженной кожи
антисептическую обработку кожи вокруг ожога
антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, наложение маевой повязки

МПП - ЭТО

медицинский пункт полка
база основной медицинской поддержки
батальонный медицинский пункт
полевой подвижный хирургический госпиталь

ППХГ - ЭТО

медицинский пункт полка

батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
полевой подвижной хирургический госпиталь

УКАЖИТЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа

ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ, ГДЕ НАХОДИТСЯ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ

сортировочный пункт
медицинский пункт полка
отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижной специализированный госпиталь

ПЕРВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ПОЛЕ БОЯ ОКАЗЫВАЕТ

врач
санитарный инструктор
эпидемиологическая служба
служба медицинской разведки полка

РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИИ

первого часа
8-12 часов
24-48 часов
72 часов

ВО ВРЕМЯ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ЧЛО ПРОВОДЯТ

ревизию раневого канала
удаление инородных тел, сгустков крови, осколков костей и зубов
остановку кровотечения
удаление нежизнеспособных тканей
фиксацию отломков
реплантация зубов в щели перелома

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

ликворея
кровотечение из носа
патологическая подвижность костных отломков
экзофтальм

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность отломков верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков верхнечелюстных костей

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

боль, сухость во рту, кровоподтеки
нарушение прикуса, боль, припухлость
резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
кровотечение, двоение в глазах, рвота

УКАЖИТЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ МЕТОД ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

наложение аппарата Збаржа
наложение дуги Энгля
наложение бимаксиллярных шин
остеосинтез верхней челюсти

ВЫВИХ ЗУБА БЫВАЕТ

неполный
полный
поперечный
вколоченный
продольный

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ

гематома в области нижнеглазничного края
деформация спинки носа, симптом «очков»
«симптом ступеньки», диплопия
кровоизлияние в нижнее веко

ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

шпатель
зажим Кохера
крючок Фарабефа
крючок Лимберга

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

вскрытии пузырей, наложение марлевой повязки
введение анальгетиков, антигистаминных и сердечно-сосудистых препаратов
дезинтоксикационной терапии
наложении антисептической повязки

УКАЖИТЕ ОСОБЕННОСТЬ ОЖОГОВ ЛИЦА

течение раневого процесса
значительная аутоинтоксикации
неравномерное поражение кожи лица
быстрое развитие гнойно-септических осложнений

УКАЖИТЕ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОЖОГАХ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ОКАЗЫВАЕМЫЙ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, обезболивание, введение антибиотиков и сердечно-сосудистых
препаратов
первичная хирургическая обработка ожога
наложение сухой асептической повязки, обезболивание

УКАЖИТЕ ОТЛИЧИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА ОТ ДРУГИХ ВИДОВ РАН

особенность раневого канала
быстрые развитие осложнений
сроки эпителизации раны
несоответствие внешнего вида раны со степенью тяжести ранения

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЛИЦА ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ РАН ДРУГИХ ОБЛАСТЕЙ

особенностью раневого канала
сроками эпителизации раны
быстрым развитием осложнений
наличием в ране вторичных ранящих снарядов

ВТОРИЧНЫМИ РАНЯЩИМИ СНАРЯДАМИ НАЗЫВАЮТСЯ

разрывные пули
осколки снаряда
стреловидные элементы
зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА В ТЕЧЕНИЕ

первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов
72 часов

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

травматический остеомиелит
кровотечение
возникновение абсцесса, флегмоны
неврит лицевого нерва

СЛЕПЫЕ ИЗОЛИРОВАННЫЕ РАНЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЧАЩЕ ОТМЕЧЕНЫ В

области верхней и нижней губы
подбородочной области
области боковой поверхности лица
области век

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

шок
коллапс
травматический остеомиелит
потеря сознания

ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ НА МПП РАБОТАЕТ

в отдельной палате УСБ-56
в перевязочной
на СП
в операционной

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ

начальником МПП

начальником ОмедБ

начальником СХППГ

военно-врачебной комиссией

ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОБЛУЧЕНИИ В ДОЗЕ 2.5
ГР ПАЦИЕНТ ПОЛУЧИЛ ПОВРЕЖДЕНИЕ

изолированное

сочетанное

множественное

комбинированное

ПРИ ДВУХ ТРАВМАХ, НАНЕСЕННЫХ ОДНИМ РАНЯЩИМ СНАРЯДОМ В
ОБЛАСТИ УГЛА РТА И В ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ТОЙ ЖЕ
СТОРОНЫ, ЭТО РАНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

слепым

касательным

сквозным

колотым

УКАЖИТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, ВХОДЯЩИХ В ШТАТ СХППГ

врач-офтальмолог, врач-стоматолог

врач-нейрохирург, врач-офтальмолог

врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог

врач-офтальмолог, врач-нейрохирург, врач-стоматолог, врач-отоларинголог

УКАЖИТЕ МИНИМАЛЬНУЮ ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

7 кв. м

14 кв. м

21 кв. м

25 кв. м

НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО ТРЕБУЕТСЯ
ПЛОЩАДЬ НЕ МЕНЕЕ

5 кв. м

7 кв. м

9 кв. м

14 кв. м

УКАЖИТЕ МАТЕРИАЛ, КОТОРЫМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОКРЫТ ПОЛ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

древесноволокнистая плита, покрашенная масляной краской

древесноволокнистая плита, покрашенная нитрокраской

линолеум

полихлорвиниловая плитка

УКАЖИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АНТИСЕПТИК, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ВЕРХНЕЙ
ПОЛОЧКЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО СТОЛИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

96% р-р спирта

0,02% р-р марганцево-кислого калия

раствор фурацилина 1:5000

10% раствор нитрата серебра
йодиол

УКАЖИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АНТИСЕПТИК, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЧКЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО СТОЛИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

0,02% р-р марганцево-кислого калия
3% раствор перекиси водорода
раствор фурацилина 1:5000
10% раствор нитрата серебра
йодиол

РАБОЧЕЕ МЕСТО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОСНАЩАЕТСЯ

электроодонтометром
реопародонтографом
стоматоскопом
рентгенустановкой

РАБОЧЕЕ МЕСТО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОСНАЩАЕТСЯ

реопародонтографом
стоматоскопом
визиографом
рентгенустановкой

АНТИСЕПТИКА – ЭТО

система мероприятий по профилактике возникновения раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)
система мероприятий направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах пациента
первичная хирургическая обработка
рациональная антибактериальная терапия

АСЕПТИКА – ЭТО

система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля)
система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного
первичная хирургическая обработка
рациональная антибактериальная терапия

УКАЖИТЕ ПЕРВЫЙ ЭТАП ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ

замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина
ополаскивание проточной водой
замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
мытьё инструментов в мыльном растворе

УКАЖИТЕ ВТОРОЙ ЭТАП ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ

замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина

ополаскивание проточной водой
мытьё инструментов в мыльном растворе

УКАЖИТЕ ТРЕТИЙ ЭТАП ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ

замачивание в моющем растворе на 15 минут при температуре 50 градусов С
замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина
ополаскивание проточной водой
мытьё инструментов в мыльном растворе

В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СТЕРИЛИЗУЕТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ

100 градусов С
120 градусов С
180 градусов С
200 градусов С

УКАЖИТЕ МЕТОД СТЕРИЛИЗАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЛОТКОВ

сухожаровая стерилизация
автоклавирование
химическая стерилизация
кипячение в масле

НАЗОВИТЕ ИСТОЧНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

контактный и имплантационный
воздушно-капельный и эндогенный
экзогенный и эндогенный
контактный и эндогенный
экзогенный и имплантационный

В РАНУ ЭКЗОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ

воздушно-капельным, гематогенным и имплантационным путями
контактным, лимфогенным и воздушно-капельным путями
контактным, воздушно-капельным и имплантационным путями
контактным, с носоглотки персонала и гемато-генным путем

ЭНДОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ В РАНУ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ

гематогенным путем
воздушно-капельным путем
имплантационным путем
контактным путем

ИМПЛАНТАЦИОННАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО ИНФЕКЦИЯ, ПОПАДАЮЩАЯ В РАНУ

из воздуха с каплями жидкости
с инструментов
с рук хирурга
с шовного и пластического материала
из кишечного тракта больного

КОНТАКТНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО ИНФЕКЦИЯ, ПОПАДАЮЩАЯ В РАНУ

с шовным материалом

из воздуха
с хирургического инструмента
гематогенным путем

УКАЖИТЕ ВИД ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, БЛОКАДА КОТОРОГО НАБЛЮДАЕТСЯ
ПРИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

тактильная
болевая
температурная
вкусовая
секреторная

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ (ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ) АНЕСТЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ
НОВОКАИНА РАВНА

до 30 минут
около 1 часа
более 2 часов
до 10-12 часов

НАЗОВИТЕ ХИМИЧЕСКУЮ ФОРМУЛУ НОВОКАИНА

этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
П-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид

УКАЖИТЕ СРЕДУ, В КОТОРОЙ ЛЕГКО ГИДРОЛИЗУЕТСЯ РАСТВОР НОВОКАИНА

кислая
щелочная
нейтральная

206 УКАЖИТЕ ФЕРМЕНТ, КОТОРЫЙ УЧАСТВУЕТ В ГИДРОЛИЗЕ НОВОКАИНА

холинэстераза и новокаинэстераза
ацетилхолиназа
новокаингидролизин и ацетилхолина
бета-лактомаза

ПО ХИМИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ НОВОКАИН СХОДЕН С СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ
ЗА СЧЕТ

диэтиламиноэтанола
парааминобензойной кислоты
диметилацетонилида
артикаинагидрохлорида

НАЗОВИТЕ ХИМИЧЕСКУЮ ФОРМУЛУ ЛИДОКАИНА

этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид

УКАЖИТЕ КОНЦЕНТРАЦИЮ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ
ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ
0,5%

2%
5%
10%

УКАЖИТЕ КОНЦЕНТРАЦИЮ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

0,5%
2%
5%
10%

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, С КОТОРЫМИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО СОЧЕТАТЬ ЛИДОКАИН
вазоконстрикторы
физиологический раствор
бета-адреноблокаторы, барбитураты, мышечные релаксанты
сульфаниламидные препараты

НАЗОВИТЕ ХИМИЧЕСКУЮ ФОРМУЛУ УЛЬТРАКАИНА

этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
артикаинагидрохлорид

УКАЖИТЕ ВО СКОЛЬКО РАЗ УЛЬТРАКАИН ТОКСИЧНЕЕ НОВОКАИНА

в 2 раза
в 3 раза
в 4-5 раз
в 6-8 раз

ДЛЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРЕДНАЗНАЧЕН

ультракаин Д-С
ультракаин А
ультракаин Д-С форте
ультракаин В

УКАЖИТЕ РАССТОЯНИЕ ОТ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ОТВЕРСТИЯ ДО ПЕРЕДНЕГО КРАЯ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАННЫМ С.Н. ВАЙСБЛАТА

около 5 мм
около 10 мм
около 15 мм
более 20 мм

УКАЖИТЕ УРОВЕНЬ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОМ (ПАЛЬЦЕВОМ) МЕТОДЕ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ У ВЗРОСЛЫХ

на 1 см выше уровня жевательной поверхности
на 0.5 см выше уровня жевательной поверхности
соответственно уровню жевательной поверхности
на 0.5 см ниже уровня жевательной поверхности

УКАЖИТЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ, «ВЫКЛЮЧАЕМЫЕ» ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ СПОСОБЕ ВНУТРИРОТОВОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

нижнелуночковая

язычная

щечная

нижнелуночковая и язычная

нижнелуночковая, язычная и щечная

УКАЖИТЕ ОРИЕНТИР, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АПОДАКТИЛЬНОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

вершина ретромолярного треугольника

середина крыловидно-нижнечелюстной складки

область суставного отростка нижней челюсти

нижнечелюстное возвышение

УКАЖИТЕ ОРИЕНТИР, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АПОДАКТИЛЬНОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ

вершина ретромолярного треугольника

середина крыловидно-нижнечелюстной складки

область суставного отростка нижней челюсти

нижнечелюстное возвышение

вершина ретромолярного треугольника

УКАЖИТЕ, С КАКОЙ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СВЯЗАН КРЫЛОВИДНО-НЕБНЫЙ УЗЕЛ

с первой

со второй

с третьей

ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нижнечелюстной канал

круглое отверстие

крыловидно-небный канал

подглазничный канал

подвисочная ямка

РАССТОЯНИЕ ОТ НИЖНЕГЛАЗНИЧНОГО КРАЯ ДО ПОДГЛАЗНИЧНОГО ОТВЕРСТИЯ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАВНО

1-2 мм

4-8 мм

9-12 мм

13-20 мм

УКАЖИТЕ МЕСТО ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОМ МЕТОДЕ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

место проекции корней верхнего центрального и бокового резца

над верхним клыком

над верхним первым и вторым премоляром

в области основания резцового сосочка

ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

подглазничный нерв

передние верхние альвеолярные нервы
средние верхние альвеолярные нервы
задние верхние альвеолярные нервы

ГЛУБИНА ПРОДВИЖЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
РАВНА

до 1.0 см
1.0-1.5 см
2.0-2.5 см
3.0-3.5 см

БОЛЬШОЕ НЕБНОЕ СПЛЕТЕНИЕ НАХОДИТСЯ К ПЕРЕДИ ОТ ЗАДНЕГО КРАЯ
ТВЕРДОГО НЕБА НА

1-2 мм
2-3 мм
около 5 мм
до 1 см
до 1.5 см

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБЕЗБОЛИВАЕТСЯ

I ветвь тройничного нерва
II ветвь тройничного нерва
III ветвь тройничного нерва
большой небный нерв от крылонебного ганглия
носонебный нерв от крылонебного ганглия

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЩЕЧНОГО НЕРВА ВКОЛ ИГЛЫ ПРОВОДЯТ
ПОД СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ В ОБЛАСТИ

второго нижнего моляра
между вторым и третьим нижними молярами
первого нижнего моляра
второго нижнего премоляра
второго премоляра и первого нижнего моляра

ПРИ ПОДСКУЛОВОМ МЕТОДЕ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЕРШЕ
ПРЕДЛОЖИЛ ПРОВОДИТЬ ВКОЛ ИГЛЫ

по середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать
до наружной поверхности ветви нижней челюсти
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см

ПОДСКУЛОВОЙ ПУТЬ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО М.Д. ДУБОВУ

по середине трагоорбитальной линии на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать
до наружной поверхности ветви нижней челюсти
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3.5 см
на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4.5 см

МЕНТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ НАХОДИТСЯ

под клыком
под первым премоляром

под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром
между вторым премоляром и первым моляром
между первым и вторым моляром

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНЕРОТОВОЙ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ
АНЕСТЕЗИИ ОТ ЗАДНЕГО КРАЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТСТУПАЮТ НА

0.5 см
1 см
1.5 см
2 см
2.5 см

ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

острый гнойный периодонтит
обострившийся хронический периодонтит
хронический периодонтит
хронический пульпит

ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ
МОЖНО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

через 1 неделю
через 3-4 недели
через 1-2 месяца
через 6 месяцев
через 1-2 года

ВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ В СРОКИ

в 1-2 и 8-9 месяцы
во 2-3 и 6-7 месяцы
в 3-4 месяц
в 5-6 месяц

ЕСЛИ НА ЩЕЧКАХ ЩИПЦОВ ИМЕЮТСЯ ШИПЫ, ТО ОНИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ
УДАЛЕНИЯ

верхних премоляров
верхних моляров
нижних премоляров
нижних моляров

ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНИХ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВРАЧ НАХОДИТСЯ

справа и сзади от пациента
слева и сзади от пациента
справа и несколько впереди от пациента
произвольное, удобное для врача положение

ПРИ УДАЛЕНИИ ПРАВЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ВРАЧ
НАХОДИТСЯ

справа и сзади от пациента
слева и сзади от пациента
справа и несколько впереди от пациента
произвольное, удобное для врача положение

ПРИ УДАЛЕНИИ ЛЕВЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ВРАЧ НАХОДИТСЯ
справа и сзади от пациента
слева и сзади от пациента
справа и несколько впереди от пациента
произвольное, удобное для врача положение

ПЕРВОЕ РАСКАЧИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ДЕЛАЮТ

кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра
кнаружи, кроме удаления моляров
кнутри, кроме удаления моляров
кнутри, кроме удаления премоляров и моляров

ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЛУНОК ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ
ПРОИСХОДИТ НА

10-12 день
12-16 день
16-18 день
20-22 день
24-30 день

ЗАДЕРЖКА ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЛУНКИ ПРИ НАЛИЧИИ ВОСПАЛЕНИЯ В
ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБАХ НАБЛЮДАЕТСЯ НА СРОК В

1 неделю
2 недели
3 недели
4 недели

ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНИХ ЗУБОВ

слева и спереди от больного
справа и спереди от больного
спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу
произвольное, удобное для врача положение

ПЕРВОЕ РАСКАЧИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ШЕСТОГО ВЕРХНЕГО ЗУБА ПРИ ЕГО
УДАЛЕНИИ ДЕЛАЮТ

кнаружи
вовнутрь
как кнаружи, так и вовнутрь

ПЕРВОЕ РАСКАЧИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ДЕЛАЮТ

вовнутрь, кроме удаления шестого зуба
вовнутрь, кроме удаления моляров
кнаружи, кроме удаления шестого зуба
кнаружи, кроме удаления моляров
вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров

ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЛУНОК МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ
УДАЛЕНИЯ НА

14-18 сутки

19-23 сутки
24-28 сутки
29-32 сутки

ЛУНКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА В НОРМЕ ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЯЕТСЯ
ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНЬЮ В СРОК

3-4 дня
7-8 дней
через 2 недели
через 3 недели

ОСТРЫЙ АЛЬВЕОЛИТ БЫВАЕТ
серозным и гнойно-некротическим
гнойным и гнойно-некротическим
серозный и гипертрофическим
катаральным и гнойным

КАКИМ МЕТОДОМ НУЖНО ПРОВОДИТЬ УДАЛЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА,
ПРОТОЛКНУТОГО В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ

методом Пихлера
методом гайморотомии с местной пластикой соустья
методом гайморотомии без местной пластикой соустья
не проводят, оставляя корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической
симптоматики гайморита

ЛУНКА ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ НЕОТЛИЧИМА ОТ
ОКРУЖАЮЩЕЙ ТКАНИ (ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ЗАЖИВЛЕНИИ)

к концу первого месяца
на 2-4 месяц
на 4-6 месяц
на 7-8 месяц
на 8-9 месяц

ПРОТОЛКНУТЫЙ В МЯГКИЕ ТКАНИ КОРЕНЬ (ЗУБ), НУЖНО (МОЖНО) УДАЛЯТЬ
НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ

не ранее, чем через 1 неделю
не ранее, чем через 2 недели
не ранее, чем через 3 недели
не ранее, чем через 4 недели

Суточная доза аминокaproновой кислоты (сухого вещества) для взрослого человека равна

2.0 граммам
4.0 граммам
5.0-8.0 граммам
10.0-15.0 граммам
20.0-30.0 граммам

ПРИ ГИПОПРОТРОМБИНЕМИИ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

аминокaproновую кислоту или амбен (Памба)
рутин или аскорутин
фитоменадион или викасол

клофелин, раунатин

ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

аминокапроновую кислоту или амбен (памба)

рутин или аскорутин

фитоменадион или викасол

клофелин, раунатин

ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДОВ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

аминокапроновую кислоту или амбен (памба)

рутин или аскорутин

фитоменадион или викасол

клофелин, раунатин

К ИНГИБИТОРАМ ФИБРИНОЛИЗА ОТНОСЯТ

преднизолон, гидрокортизон

криопреципитат

контрикал, гордокс

эритроцитарная масса

альбумины, глобулины

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

преднизолон, гидрокортизон

криопреципитат

контрикал, гордокс

эритроцитарная масса

альбумины, глобулины

ТОКСИЧНОСТЬ НОВОКАИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ И КОЛЕБЛЕТСЯ В ДОЗЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ

1 мг на 1 кг веса пациента

5 мг на 1 кг веса пациента

15 мг на 1 кг веса пациента

20 мг на 1 кг веса пациента

УСИЛИВАЕТ СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ НОВОКАИНОМ НЕДОСТАТОК ВИТАМИНА

B1

B6

B12

аскорбиновой кислоты

никотиновой кислоты

ДЛЯ СНЯТИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НОВОКАИНОМ НАЗНАЧАЮТ

5-10% раствор гексенала, 2.5% раствор аминазина

0.05% раствор строфантина, 0,06% раствора коргликона

фуросемид, маннит

раствор Рингера, физиологический раствор

РЯД НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭФФЕКТОВ АДРЕНАЛИНА МОЖНО СНЯТЬ
кордиамином
строфантином, корглиуконом
энаприлином, нитроглицерином
атропином
изадрином

ДЛЯ СНЯТИЯ СТЕНОКАРДИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
валидол, корвалол, валокордин
строфантин, корглиукон
анаприлин, фентоламин, тропafen
фуросемид, маннит

ПОЛОЖЕНИЕ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА – ЭТО КОГДА
голова находится ниже ног пациента (в горизонтальном положении)
сидя в кресле голову больного наклоняют вперед
пациент лежит на боку
пациент лежит на спине, подняв нижние конечности под углом 45 градусов

НА 1 ГРАММ СУХОГО ВЕЩЕСТВА ГЛЮКОЗЫ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ
ИНСУЛИНА
1 ЕД
2 ЕД
5 ЕД
9 ЕД
15 ЕД

ПРИ БРОНХОСПАЗМЕ НАЗНАЧАЮТ
дипрофиллин, эуфиллин
тавегил, диазолин
фуросемид, маннит
строфантин, корглиукон

В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГЕМАТОМЫ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТ
сухое тепло, согревающие компрессы
холод (лед)
УВЧ, СВЧ
препараты гидрокортизона

ПЕРИОДОНТИТ – ЭТО
воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта
воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на
прилежащие к нему костные структуры
заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с
периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти

РАЗВИТИЕ ПЕРИОДОНТА ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЁТ ТКАНЕЙ
адамантобластов (амелобластов)
центральной части зубного сосочка
мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ГРАНУЛЕМ РАЗЛИЧАЮТ

апикальные и латеральные гранулёмы
апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые гранулёмы
простые, сложные гранулёмы и кистогранулема
латеральные и межкорневые гранулёмы

БОЛИ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

ноющие, нерезко выраженные, не иррадируют, усиливаются при накусывании
ноющие, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании
острые, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам
острые, пульсирующие, иррадируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба

БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

ноющие, нерезко выраженные, не иррадируют, усиливаются при накусывании
ноющие, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании
острые, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам
острые, пульсирующие, иррадируют, причинного зуба болезненна, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, появляется ощущение «выросшего» зуба

Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положительный
гиперемирована, отечна, болезненна в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной
без видимых изменений
бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, безболезненна

ПО ФОРМАМ ПЕРИОДОНТИТОВ РАЗЛИЧАЮТ

серозный, гнойный периодонтит
гранулирующий, фиброзный и гранулематозный периодонтит
апикальные, диффузные периодонтиты
острый, подострый, хронический периодонтит

УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИМПТОМАТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА

ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений
ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений
острые пульсирующие, иррадирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ
болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями

УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОДОНТИТА

ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадируют, припухлости лица нет, регионарные лимфатические узлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений
ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений
острые пульсирующие, иррадирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфатические узлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ
болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями

УКАЖИТЕ РАЗМЕРЫ КИСТОГРАНУЛЕМЫ

до 0.5 см

от 0.5 до 1.0 см

от 1.0 до 2.0 см

более 2.0 см

ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ЗУБА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

0.05-0.10 мм

0.10-0.15 мм

0.15-0.22 мм

0.20-0.25 мм

0.25-0.30 мм

ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ЗУБА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

0.05-0.10 мм

0.10-0.15 мм

0.15-0.22 мм

0.20-0.25 мм

0.25-0.30 мм

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА - ЭТО

удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба

удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба

пересадка удаленного зуба в его же альвеолу

рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА - ЭТО

удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба

удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба

пересадка удаленного зуба в его же альвеолу

рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

АМПУТАЦИЯ ЗУБА - ЭТО

удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

282 КРОНАРО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ - ЭТО

удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА - ЭТО

перелом верхней трети корня зуба
апиколлатеральные и латеральные гранулемы
искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии
поднадкостничная гранулема
перелом инструмента в корневом канале зуба

ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ И АМПУТАЦИИ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

значительный дефект костных тканей лунки зуба
наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
зуб не представляет функциональной и косметической ценности
наличие сросшихся корней

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ И АМПУТАЦИИ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
пришеечный кариес одного из корней зуба
вертикальный перелом коронки и корня зуба
значительный дефект костных тканей лунки зуба
наличие межкорневой гранулемы

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КРОНАРО-РАДИКУЛЯРНОЙ СЕПАРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки
наличие межкорневой гранулемы небольших размеров
патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более

ПРОВОДИТЬ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ЗУБА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА СЛЕДУЕТ

перед операцией
после операции
перед операцией или после операции
во время операции

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ - ЭТО ПЕРЕСАДКА УДАЛЕННОГО ЗУБА

в его же альвеолу
в другую альвеолу
от организма другого вида человеку
от одного человека другому человеку

КИСТА ЧЕЛЮСТИ - ЭТО
опухолеподобное образование
опухоль соединительнотканная
эпителиальная опухоль
опухоль из зубообразующего эпителия

ПСЕВДОКИСТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ИСТИННОЙ КИСТЫ
лишена эпителиальной выстилки
имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия
имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия
имеет выстилку из кубического эпителия

РЕЗИДУАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ КИСТЫ
радикулярные
фолликулярные
фиссуральные
эпидермоидные

СИНОНИМОМ ГЛОБУЛОМАКСИЛЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
носогубная киста
шаровидно-верхнечелюстная киста
носоальвеолярная киста
носонебная киста
киста резцового канала

ЧАЩЕ ВСЕГО ОБОЛОЧКА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВЫСТЛАНА
многослойным плоским эпителием с его полным ороговением
многослойным плоским эпителием без его полного ороговения
кубическим эпителием
цилиндрическим эпителием
мерцательным эпителием

СИМПТОМ ПАРЕСТЕЗИИ ГУБЫ ПРИ РОСТЕ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ
ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ЕЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ
только на нижней челюсти
только на верхней челюсти
как на верхней, так и на нижней челюсти
не характерен для радикулярной кисты

ВАЛИК ГЕРБЕРА — ЭТО
выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе
выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти
выпячивание кисты в нижнем носовом ходу
выпячивание кисты в среднем носовом ходу

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ
только одонтогенными

одонтогенными и неодонтогенными
одонтогенными, саливаторными, тонзиллогенными
одонтогенными, гингивальными, саливаторными
одонтогенными, мукостоматогенными

К неодонтогенным кистам челюстей относится

радикулярная
фолликулярная
парадентальная
эпидермоидная
носоальвеолярная

К ОДОНТОГЕННЫМ КИСТАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСИТСЯ

носонебная
глобуломаксиллярная
носоальвеолярная
радикулярная

К ОДОНТОГЕННЫМ КИСТАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСИТСЯ

носонебная
глобуломаксиллярная
носоальвеолярная
фолликулярная

К ОДОНТОГЕННЫМ КИСТАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСИТСЯ

носонебная
глобуломаксиллярная
носоальвеолярная
парадентальная

ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА У ВЗРОСЛЫХ ВЫСТЛАНА ЭПИТЕЛИЕМ

плоским неороговевающим
плоским ороговевающим
многослойным мерцательным
цилиндрическим
кубическим

ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ РАЗДЕЛИТЬ ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ НА
ТОКСИЧЕСКИЙ И ИНФЕКЦИОННЫЙ

Г.Н. Марченко
М. Азимов
И.Г. Лукомский
В.Т. Пальчун и соавторы

ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛЯТЬ ДВЕ ФОРМЫ ОДОНТОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ: ОТКРЫТУЮ И ЗАКРЫТУЮ

В.Е. Щегельский
М. Азимов
Г.Н. Марченко
В.Т. Пальчун и соавторы
И.Г. Лукомский

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ГАЙМОРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва
боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица
выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа
выраженная интоксикация, лихорадка

ПРИ ОСТРОМ ГАЙМОРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИПУХАЕТ

нижнее веко
подглазничная область
щечная область
скуловая область

ПРИ ИЗУЧЕНИИ РЕНТГЕНОГРАММ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СРАВНЕНИЕ
ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ С

лобными пазухами
решетчатым лабиринтом
орбитами
носовой полостью

ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ВЗРОСЛЫХ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

нижний носовой ход
средний носовой ход
верхний носовой ход
любой из носовых ходов

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НУЖНО
ОТСТУПИТЬ КЗАДИ ОТ ПЕРЕДНЕГО КРАЯ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ НА
0.5 см

1.0-1.5 см
2.0-2.5 см
3.0-3.5 см
4.0-4.5 см

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
В

удалении причинного зуба, вскрытии верхнечелюстной пазухи, проведение гайморотомии
устранении источника инфекции (причинного зуба), назначение сосудосуживающих
препаратов, СВЧ или УВЧ
назначении сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ, зуб в острой фазе воспаления
удалять не следует

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОБОСТРИВШЕГОСЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

чувством тяжести, заложенности соответствующей половины носа
гнойными выделениями из соответствующей половины носа
болями в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиирующими по ходу
ветвей тройничного нерва
гноевыделением из соответствующей половины носа, чувством тяжести в половине
головы, повышением температуры тела, нарушением сна, снижением работоспособности

НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

одностороннее поражение

двустороннее поражение
наличие причинного зуба
наличие перфоративного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи
локализация в области дна, передней и латеральной стенки
выделение гнойного содержимого в полость рта

ИСТИННЫМИ КИСТАМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЮТСЯ

радикулярные
ретенционные
лимфангиэктатические
резидуальные
поднадкостничные

Истинными кистами слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи являются
радикулярные
ретенционные
лимфангиэктатические
резидуальные
поднадкостничные

Тактика лечения при остром гнойном одонтогенном гайморите заключается в
проведении пункции верхнечелюстной пазухи
удалении причинного зуба, пункции и промывании верхнечелюстной пазухи,
симптоматическом лечении
проведении гайморотомии
удалении причинного зуба, назначении сосудосуживающих и физиотерапевтических
средств

СВИЩОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЮТ

сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10
дней
сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14
дней
сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной
пластикой свища
сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного
вмешательства

СОУСТЬЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СЧИТАЕТСЯ

сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10
дней
сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14
дней
сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной
пластикой свища
сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного
вмешательства

ВТОРИЧНЫМ СВИЩОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЮТ

сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10
дней

сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища
сообщение с полостью рта, которое появилось без какого-либо оперативного вмешательства

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОРОАНТРАЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ ЗАКРЫВАЕТСЯ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА, ВЗЯТОГО С нёба на ножке

вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти
путем перемещения слизисто-надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти
с подвижной части переходной складки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти

ВКЛАДКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ОПОРЫ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ДЕФЕКТОВ

не более одного-двух зубов
двух и более зубов
двух – трех зубов
не более трех зубов

ОВЕРЛЕЙ – ЭТО МИКРОПРОТЕЗ

расположенный внутри, вкладка
укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

ПЛОМБИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ ПОКАЗАНО ПРИ ИРОПЗ РАВНОМ

0.55 – 0.6
0.0 – 0.55
0.6 – 0.8
больше 0.8

К IV КЛАССУ ПО БЛЕКУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ

на оральной поверхности фронтальных зубов
на жевательной поверхности моляров и премоляров
на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
в пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов

ВКЛАДКИ МОГУТ ИЗГОТАВЛИВАТЬСЯ ИЗ ЗОЛОТА

583 пробы
750 пробы
1000 пробы
386 пробы
486 пробы

КО II КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЕКА ОТНОСЯТ ПОЛОСТЬ, РАСПОЛАГАЮЩУЮСЯ

в пришеечной области вестибулярной поверхности всех групп зубов
на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов
на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов
на жевательной проксимальной поверхности моляров и премоляров
на оральной, жевательной поверхностях

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

осмотр зубных рядов
обследование полости рта
осмотр отдельных зубов
сбор анамнеза
внешний осмотр больного

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗДЕЛОВ АНАМНЕЗА

субъективное состояние и жалобы больного, анамнез данного заболевания, семейный анамнез, анамнез жизни больного
жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, семейный анамнез, анамнез жизни больного
жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез
анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез

КЛАССИФИКАЦИЯ КАРИЕСА ПО БЛЕКУ ОСНОВАНА НА

этиологии
морфологических признаках
топографии дефекта
распространенности
степени разрушения твердых тканей зуба

INLAY - МИКРОПРОТЕЗ

расположенный внутри, вкладка
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб

ОНЛЕЙ – МИКРОПРОТЕЗ

расположенный внутри, вкладка
укрепленный в зубе с помощью штифтов
включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

ПИНЛЕЙ - МИКРОПРОТЕЗ

укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб
расположенный внутри, вкладка
включенный внутрь, в глубину ТТЗ, но имеет накладку
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ВКЛАДКАМИ ПОКАЗАНО ПРИ РАЗРУШЕНИИ ТТЗ

на 1/3 коронки
на 1/2 коронки

на 2/3 коронки
до уровня десны

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ДОПУСКАЕТСЯ УГОЛ
ДИВЕРГЕНЦИИ СТЕНОК ПО ОТНОШЕНИЮ КО ДНУ

100 – 110

110 – 120

120 – 130

80 – 90

90 – 96

КРАЙ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ДОЛЖЕН БЫТЬ СКОШЕНА

всю толщину эмали

перекрывать эмалево-дентинную границу

на 1/2 толщины эмали

на 1/2 высоты полости

на высоту всей полости

К I КЛАССУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЕКА ОТНОСЯТ ПОЛОСТЬ,
РАСПОЛАГАЮЩУЮСЯ

в пришеечной области всех групп зубов

на апроксимальных поверхностях и режущем крае фронтальной группы зубов

на апроксимальных поверхностях фронтальной группы зубов на апроксимальных
поверхностях моляров и премоляров

в естественных фисурах жевательных зубов

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО ШТАМПА ОТЛИВАЮТ

1 штамп

2 штампа

3 штампа

5 штампов

4 штампа

ОТЖИГ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ
СТАЛИ ПРОВОДЯТ

над пламенем спиртовки

в муфельной печи

с помощью бензиновой горелки

при помощи вольтовой дуги

в литейном аппарате

ОБРАБОТКА ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ПРОИЗВОДИТСЯ
фурациллином

хлорамином

перекисью водорода

спиртом

хлоргексидином

СКЛАДЫВАНИЕ КОПИРОВАЛЬНОЙ БУМАГИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ
ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА В

2 раза

3 раза

5 раз
8 раз
12 раз

Осложнение, возникающее при использовании штампованной коронки
патологическая стираемость
расцеметировка
гальванизм
кровоточивость десен
акриловый стоматит

ПЕРВИЧНАЯ ШТАМПОВКА МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

отбивании гильзы на металлическом штампе
штамповке в аппарате «ММСИ»
штамповке в аппарате «Паркера»
отбивание гильзы на наковальне

УКАЖИТЕ ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ОТПРЕПАРИРОВАННОМУ ЗУБУ ПОД МЕТАЛЛИЧЕСКУЮ ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ

выраженный экватор
выражены бугры
сохранение контакта с соседними зубами
не разобщенный прикус
цилиндрическая форма без острых углов

ТОЛЩИНА СТАНДАРТНОЙ ГИЛЬЗЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ СТАЛИ В МИЛЛИМЕТРАХ РАВНА

0.22
0.25
0.3
0.5
0.8

ТОЛЩИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ В МИЛЛИМЕТРАХ РАВНА

0.1
0.22
0.25
0.3
0.8

ДЛЯ ПРОТЯГИВАНИЯ ГИЛЬЗ ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ

Рудько
Самсон
Паркера
Гизи
ММСИ

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПРИМЕНЯЮТ
термомассу

двуслойные оттиски силиконовыми массами
оттиски гипсовым блоком
функциональные оттиски альгинатной массой
частичные оттиски альгинатной массой

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ УЧИТЫВАЮТ

плотность контактов
величину зубов
величину корней
вид прикуса

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРЕД ИЗГОТОВЛЕНИЕМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

лечении флюороза
санации носоглотки
удалении зубов
пародонтологической помощи

В КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИКОЙ ВХОДИТ

электротонометрия
реопародонтография
томография височно-нижнечелюстного сустава
визиография
ядерная магнитно-резонансная томография

УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ПАРАФУНКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

откол керамической облицовки
функциональная перегрузка опорных зубов
дисфункция ВНЧС
пульпит
периодонтит

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИКОЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

депульпировании зубов
удалении корней зубов, не подлежащих восстановлению культевыми вкладками
удалении вывихнутых зубов
альвеолотомии

УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКОЙ

функциональная перегрузка пародонта зубов-антагонистов
дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
верхушечный периодонтит зубов-антагонистов
травматический пульпит
периостит

ГЛАЗУРИРОВАНИЕ КЕРАМИКИ НАПРАВЛЕНО НА

понижение прочности облицовки
повышение блеска

снижение усадки фарфоровой массы
придание различных цветовых оттенков
снижение блеска

КОНТАКТНЫЕ И БОКОВЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕПАРИРУЮТ ПОД
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПОД УГЛОМ

1-2°
3-4°
5-7°
8-9°
10°

ДЛЯ РЕТРАКЦИИ ДЕСНЫ ПРИМЕНЯЮТ

лигатурную проволоку
кетгут
ретракционные нити
слабый раствор формалина
теплую воду

СКОЛ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ ПРОИСХОДИТ ПРИ

патологической стираемости
аномалиях расположения зубов
микродентии
макродентии
пародонтите

ПОКАЗАНИЯМИ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИКУ
ЯВЛЯЕТСЯ

зубоальвеолярное укорочение
выдвижение зубов-антагонистов
наклон их в сторону дефекта зубного ряда более чем на 15 градусов
возраст старше 35 лет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПРЕПАРОВКЕ ПОД АНЕСТЕЗИЕЙ ПОД
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОНСТРУКЦИЮ

травматический пульпит (термический ожог пульпы)
острый верхушечный периодонтит
хронический пульпит
гингивит тяжелой степени тяжести
пародонтоз локализованный

ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИКУ УСТУП
РАСПОЛАГАЕТСЯ

над десной
под десной
на уровне десны
уступ не формируется
на контактной поверхности

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫХ И
МЕТАЛЛОКОМПОЗИТНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие несъемных протезов, нуждающихся в замене

явления аллергии
повышенное стирание твердых тканей зубов
протезирование зубов детей и подростков с живой пульпой

ВЕЛИЧИНА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ ПОД
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ В МИЛЛИМЕТРАХ РАВНА

0.8
1.2
2
3
3.5

ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА, ЗАМЕЩАЕМОГО
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ

1-3 зуба
3-4 зуба
4-6 зубов
7-8 зубов

ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ
ЯВЛЯЕТСЯ

кариес
микродениты
аллергия к пластмассовым облицовкам
пародонтит тяжелой степени

НА ЭТАПЕ ПРИПАСОВКИ ИСКУССТВЕННОЙ КОРОНКИ НЕОБХОДИМО

снять слепок для отливки вспомогательной модели
определить центральную окклюзию восковой пластиной
зафиксировать массой «Провисцел»
зафиксировать массой «Темпо»
определить фиссурно-бугорковый контакт

ОККЛЮЗИЯ - ЭТО

смыкание зубных рядов в целом
смыкание отдельных групп зубов
всевозможные положения и перемещения нижней челюсти
смыкание зубных рядов в целом или отдельных групп зубов в течение определённого
отрезка времени
всевозможные положения нижней челюсти

ВКЛАДКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ОПОРЫ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ
ПРОТЕЗИРОВАНИИ ДЕФЕКТОВ

не более одного-двух зубов
двух и более зубов
двух – трех зубов
не более трех зубов
не более трех-четырех зубов

МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО ОТНОШЕНИЮ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ К
АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ОТРОСТКУ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА
типичные, консольные, висячие

касательные, промывные, седловидные
висячие, седловидные, малые
съёмные, несъёмные, касательные
литые, гнутые, штампованные

МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ
стали нержавеющей, сплавов золота, серебряно-палладиевого сплава
стали нержавеющей, сплавов золота, базисных пластмасс
платины, золота, серебро-палладиевого сплава, алюминия
поливинилсилоксана, сплавов золота и нержавеющей стали
силикона, акриловых пластмасс

ОДНОСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ОТНОСИТСЯ ПО
КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ

к 1 классу
к 2 классу
к 3 классу
к 4 классу
к 5 классу

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

3 класса
4 класса
5 классов
6 классов
7 классов

К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ЦЕМЕНТЫ
цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и стеклоиномерные
цинк-фосфатные, поликарбоксилатные и акриловые
стеклоиномерные и резиномерные
поликарбоксилатные, поливинилсилоксановые
цинкэвгенольные

УКАЖИТЕ ВИД УСТУПА ДЛЯ ФАРФОРОВОЙ И ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНОК

вестибулярный
вестибулооральный
циркулярный
скошенный

ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД
ФАРФОРОВУЮ И ПЛАСТМАССОВУЮ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА

0.25-0.3 мм
0.1-0.25 мм
0.3-0.5 мм
0.35-0.4 мм
1.5-2.0 мм

ПЕРВЫМ СЛОЕМ ФАРФОРА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ
ЯВЛЯЕТСЯ

эмалевый
опаковый (грунтовый)

оксидная пленка
дентинный и прозрачный
глазурь

ПРИ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД
ИССЛЕДОВАНИЯ

реография
рентгенография
томография
гнатодинамометрия
мастикациография

ВНУТРЕННЯЯ КОСАЯ ЛИНИЯ РАСПОЛАГАЕТСЯ

в позадиальвеолярной области
в позадимолярной области
по линии «А»
по переходной складке
в подъязычной области

СЛИЗИСТЫЙ БУГОРОК - ЭТО МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

1.8, 2.8
3.8, 4.8
1.1, 2.1
3.1, 4.1
1.6, 2.6

ПОДАТЛИВОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО КУЛАЖЕНКО В МИЛЛИМЕТРАХ
РАВНА

0.5-1
1-2
2-3
3-4
4-5

НАИБОЛЕЕ УДОБНОЙ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЧАСТИЧНО СЪЁМНЫМИ
ПРОТЕЗАМИ ФОРМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

коническая
грибовидная
уплощенная
шиповидная
овальная

ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПО ГАВРИЛОВУ ОБУСЛОВЛЕНА

толщиной жировой клетчатки
жировой клетчаткой и слизистыми железами
слизистыми железами
толщиной слизистой
густой сосудистой сетью

ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНО СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО
ПОЛУЧИТЬ СЛЕПОК

вспомогательный

двойной
частичный
функциональный
анатомический

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ
ТИП СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУПЛИ

I тип
II тип
III тип
IV тип

НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНАЯ НАГРУЗКА ДЛЯ ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ

горизонтальная
вертикальная
боковая
комбинированная
косая

УКАЖИТЕ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНО СЪЕМНЫМ
ПРОТЕЗОМ

физиологический
нефизиологический
полуфизиологический
анатомический
миостатический

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА
ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие 4х зубов
отсутствие зубов–антагонистов
полное отсутствие зубов
подвижность зубов I, II степени
отсутствие 1 зуба

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНО СЪЕМНОГО
ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

включенные дефекты
концевые дефекты
одионочный зуб на челюсти
глубокий прикус
дефекты более 4-5 зубов

ОДНОСТОРОННИЙ КОНЦЕВОЙ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ
ОТНОСИТСЯ К

1 классу
2 классу
3 классу
4 классу
5 классу

ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ БОЛЬШОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМО
ИЗГОТОВИТЬ ПРОТЕЗ

мостовидный

консольный

полный съемный

частично съёмный протез

несъемный

ТОРУС НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

является пунктом анатомической ретенции

является методом фиксации протеза

ухудшает стабилизацию протеза

не учитывается при изготовлении протеза

улучшает стабилизацию протеза

ПРИ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ И БУГРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ФИКСАЦИЯ ЧСП ПРОТЕЗА

ухудшается

не изменяется

увеличивается адгезия

улучшается

зависимость прямо пропорциональная

ПЛАСТИНОЧНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ВОССТАНАВЛИВАЕТ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НА

30 – 40%

50 – 60%

60 – 70%

70 – 80%

80 – 90%

ГРАНИЦА БАЗИСА ЧСП ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ С НЕБНОЙ
ПОВЕРХНОСТИ ПРОХОДИТ НА УРОВНЕ

шеек зубов

на 1/3 высоты зубов

на 2/3 высоты зубов

до жевательной поверхности

не доходит до шеек зубов

ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЧСП ПРОТЕЗАМ ПЕРЕДАЕТСЯ НА

зубы

альвеолярные отростки

контрфорсы

слизистую альвеолярного отростка

торус

ДИСТАЛЬНАЯ ГРАНИЦА БАЗИСА ЧСП ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БУГРОВ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ

не доходит до бугров

перекрывает бугры на 1/3

перекрывает бугры на 2/3

полностью перекрывает бугры

ТЕЛО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ
на окклюзионной поверхности
выше экватора
ниже экватора
на экваторе зуба
в пришеечной части зуба

ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НА ОПОРНОМ ЗУБЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ
на экваторе
в окклюзионной части
в пришеечной части
на уровне шейки зуба
в окклюзионной и пришеечной части

ЛУЧШЕЙ ФИКСАЦИЕЙ ЧСП ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
точечная
поперечная
диагональная
горизонтальная
вертикальная

ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ОХВАТЫВАЕТ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ
ПОВЕРХНОСТЬ ОПОРНОГО ЗУБА
на 1/3
на 2/3
на всю поверхность
уходит на апроксимальную
касается в одной точке

ПРИ НАЛИЧИИ 3Х АНТАГОНИРУЮЩИХ ПАР ЗУБОВ ОККЛЮЗИОННЫЕ ВАЛИКИ
НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ
нанесения ориентировочных линий
создания окклизонной плоскости
определения высоты прикуса
фиксации челюстей в центральном соотношении
постановки зубов

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЧСП ПРОТЕЗА С
ФИКСИРОВАННЫМ ПРИКУСОМ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ
прикусные валики
ориентировочные линии
отпечаток зубов антагонистов
окклюдатор
шпатель зуботехнический

ВЫСОТУ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ
функциональным
инструментальным
насильственным
анатомо-функциональным

**ПРИ ФИКСИРОВАННОМ ПРИКУСЕ ЦЕНТРАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ
ОПРЕДЕЛЯЮТ ПУТЕМ**

фиксации челюстей в центральном соотношении
припасовки валиков и фиксации в центральном соотношении
определения высоты прикуса
определения физиологического покоя
нанесения ориентировочных линий

**ПРИ СОХРАНИВШИХСЯ ЗУБАХ ВЫСОТА ПРИКУСНОГО ВАЛИКА ДОЛЖНА БЫТЬ
РАВНА**

0.5 см
1 см
1.5 см
2 см
на 1-2 мм выше естественных зубов

ПРИ НЕ ФИКСИРОВАННОМ ПРИКУСЕ ВНАЧАЛЕ ПРОВОДЯТ

припасовку окклюзионных валиков
построение окклюзионной плоскости
определение высоты физиологического покоя
определение линии смыкания зубов
определение высоты нижнего отдела лица

**ШИРИНА ПРИКУСНОГО ВАЛИКА ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ В САНТИМЕТРАХ
РАВНЯЕТСЯ**

0.3
0.5
0.8
1
1.5

ЛИНИЮ УЛЫБКИ НАНОСЯТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

режущего края искусственных зубов
шейки искусственных зубов
уздечки верхней губы
экватора искусственных зубов
искусственной десны

МЕТОД ФИКСАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЦО МОЖЕТ БЫТЬ

произвольным
функциональным
анатомическим
анатомо-физиологическим
антропометрическим

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ В СОСТОЯНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ

выдвинута вперед
смещена кзади
опущена книзу
смещена влево
смещена вправо

УКАЖИТЕ, В СКОЛЬКИХ НАПРАВЛЕНИЯХ ПРОИЗВОДИТ ВОСПРОИЗВОДИТ ДВИЖЕНИЕ ОККЛЮДАТОР

в 2х направлениях

в 1м направлении

в 3х направлениях

в 4х направлениях

МОДЕЛИ ЗАГИПСОВЫВАЮТ В ОККЛЮДАТОРЕ С ЦЕЛЬЮ

определения высоты прикуса

воспроизведения движения нижней челюсти

постановки зубов

моделировки базиса протеза

подбора зубов

ОСНОВНЫМ КОНСТРУКТИВНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАЗИСА ЧСП ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

базисный воск

искусственные зубы

базисная пластмасса

кламмера

гипс

УКАЖИТЕ, ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ДЕЛАЮТ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ НА ПРИТОЧКЕ

при требовании эстетики

при гипертрофии альвеолярного отростка

при атрофии альвеолярного отростка

при глубоком прикусе

при гипертрофии слизистой альвеолярного отростка

УКАЖИТЕ ТРЕБОВАНИЕ К ОПОРНОМУ ЗУБУ, НЕСУЩЕМУ КЛАММЕР

зуб расположен вне дуги

у зуба низкая коронка

у зуба имеется изменение в цвете

у зуба имеется подвижность 1 степени

зуб интактный

ПРИ ПОДБОРЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

желание пациента

топографию дефекта

пол пациента

возраст пациента

цвет, форму сохранившихся зубов

ИСКУССТВЕННЫЕ ПЛАСТМАССОВЫЕ ЗУБЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ

протакрила

АКР 7

акрела

фторокса

этакрила

УКАЖИТЕ ИЗ КАКОЙ ПЛАСТМАССЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ БАЗИС
ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

акрилоксид

синма – 74

протакрил

фторакс

АКР - 7

УКАЖИТЕ КАКИМ ПУТЁМ ПЛАСТМАССОВЫЕ ЗУБЫ СОЕДИНЯЮТСЯ С
БАЗИСОМ

под давлением

крапонами

химическим

механическим

физическим

УКАЖИТЕ, С КАКИХ ЗУБОВ НАЧИНАЮТ ИХ ПОСТАНОВКУ

топография зубов значения не имеет

с нижних премоляров

с боковых зубов верхней челюсти

с фронтальных зубов верхней челюсти

с фронтальных зубов нижней челюсти

ПРИ ЗАГИПСОВКЕ МОДЕЛЕЙ В ОККЛЮДАТОР НЕОБХОДИМО

погрузить их в воду

приготовить гипс

зафиксировать нижнюю раму

зафиксировать модели в ЦО

изогнуть кламмера

УКАЖИТЕ ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОСТАТОЧНОГО МОНОМЕРА В
БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЕ ПОСЛЕ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ

0,5 – 1 %

1 – 2 %

3 %

4 – 5 %

до 10 %

УКАЖИТЕ, В КАКОЙ СТАДИИ ИСПОЛЗУЮТСЯ САМОТВЕРДЕЮЩИЕ
ПЛАСТМАССЫ ДЛЯ ПОЧИНКИ ПРОТЕЗОВ

в стадии набухания

в стадии тянущихся нитей

в тестообразной стадии

в песочной стадии

в резиноподобной стадии

УКАЖИТЕ, НА КАКОЙ РЕАКЦИИ ОСНОВАНЫ ПЛАСТМАССЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

поликонденсации

сополимеризации

пластификации

полимеризации

слипания

ОБЪЕМНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПОРОШКА И ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ ПЛАСТМАССЫ РАВНО

2 : 3

4 : 1

3 : 1

2 : 1

1 : 1

ХАРАКТЕРНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ НА СЪЕМНЫЙ ПРОТЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

травма

атрофия

папиломатоз

воспаление

десквамация эпителия

ОСТАТОЧНЫЙ МОНОМЕР В ПЛАСТМАССОВОМ ПРОТЕЗЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

на вкус

визуально

Р - ром KMnO_4

Р - ром соляной кислоты

спиртом

УКАЖИТЕ, ЧЕМ ПЕРЕД ПОСТАНОВКОЙ ПЛАСТМАССОВОГО ТЕСТА ПОКРЫВАЮТ ПРЕССФОРМУ

клеем

изоколом

бензином

полимером

мономером

ДВУХСЛОЙНЫЕ БАЗИСЫ В СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ

гипертрофии альвеолярных отростков

гипертрофии слизистой

атрофии слизистой, экзостозах

болтающемся гребне слизистой

наличии торуса

УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ, ПО КОТОРОЙ ПРИ ДВИЖЕНИЯХ ЯЗЫКА ПРОИСХОДИТ СМЕЩЕНИЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА

отсутствия изолирования уздечек губ

нарушения режима полимеризации

отсутствия изолирования уздечки языка

нарушения паковки пластмассы

некачественного слепка

МИКРОТРЕЩИНЫ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

недостатке полимера

длительном кипячении

резком охлаждении

недостатке мономера

погружении кюветы в кипящую воду

ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВА ПОР В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО

произвести повторную полимеризацию
оставить без изменения
переделать протез
устранить самотвердеющей пластмассой
тщательно полировать

ВНУТРЕННЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НЕОБХОДИМО

обработать фрезой
покрыть изоколом
освободить от гипса, промыть
оставить без изменения
тщательно отполировать

ИЗОЛЯЦИЮ ЭКЗОСТОЗОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДЯТ

после вываривания воска
при проверке восковой конструкции
при отливке модели
при моделировке базиса
после полировки

УКАЖИТЕ, ИЗ СКОЛЬКИХ ЧАСТЕЙ СОСТОИТ КЮВЕТА ДЛЯ ЗАГИПСОВКИ МОДЕЛЕЙ ПРОТЕЗОВ

2 частей
3 частей
4 частей
5 частей

ГРАНУЛЯРНАЯ ПОРИСТОСТЬ В ПЛАСТМАССОВОМ ПРОТЕЗЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

резком нагревании
резком охлаждении
неправильной штамповке
недостатке мономера
избытке мономера

ГАЗОВАЯ ПОРИСТОСТЬ ВОЗНИКАЕТ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА ПРИ

резком нагревании
резком охлаждении
избытке мономера
малом давлении
неправильной паковке

ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ПЛАСТМАССЫ В СУХОЙ СРЕДЕ ОТМЕЧАЮТ

увеличение усадки
уменьшение усадки
снижение пористости
увеличение пористости

ПОРИСТОСТЬ СЖАТИЯ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ
недостатке пластмассы
недостатке мономера
усадке пластмассы
малом давлении
повышенном давлении

УКАЖИТЕ, ОТ ЧЕГО ЗАВИСЯТ СРОКИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ
от типа дефекта зубного ряда
от материала изготовления протеза
от типа ЦНС
от пола
от возраста пациента

УКАЖИТЕ ЗУБЫ, НА УРОВНЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОТОРЫХ
НАХОДЯТСЯ УГЛЫ РТА
на уровне 1.4, 2.4 зубов
на уровне 1.5, 2.5 зубов
на уровне 3.4, 4.4 зубов
на уровне 3.3, 4.3 зубов

УКАЖИТЕ СРЕДНЮЮ ТОЛЩИНУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ОБЛАСТИ НЕБНОГО
ШВА В МИЛЛИМЕТРАХ

1.1
1.55
2.24
3.34
4.53

ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ
должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
не должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
не должен доходить до линии «А» на 5 мм
должен перекрывать линию «А» на 5 мм

ПРИЛИПАЕМОСТЬ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДУ ФИКСАЦИИ

механическому
физическому
биомеханическому
анатомическому
биофизическому

УКАЖИТЕ, ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ КАЧЕСТВЕННАЯ ФИКСАЦИЯ ПРОТЕЗА

внутриканевой жидкости
качественного слепка
сосудов
жировой клетчатки переходных складок
соединения тканевых прослоек переходных складок

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ЦЕЛЬЮ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО
ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
нормализация прикуса

устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
восстановление анатомической формы зубов
устранение воспалительного процесса
эстетические показания

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СТАНОВИТСЯ

гиперцементоз
вертикальная резорбция
остеосклероз
атрофия костной ткани
расширение периферической щели

ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО

нормальное состояние пародонта группы зубов
нормальное состояние пародонта одной челюсти
нормальное состояние пародонта хотя бы одного зуба
поражение пародонта одного зуба
поражение пародонта всех зубов в зубочелюстной системе

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 2/3 длины корней зубов
изменений нет
кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани более 1/2 длины корней зубов
кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена, убыль костной ткани на 1/2 длины корней зубов
кортикальная пластинка межзубной перегородки сохранена, убыль костной ткани на 1/3 длины корней зубов

ПАРОДОНТИТ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

пародонтомами
пародонтозом
пародонтитом средней степени тяжести
гипертрофическим гингивитом
катаральным гингивитом

ВЕЕРООБРАЗНОЕ РАСХОЖДЕНИЕ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

фиброматоза десен
синдрома Хенда - Крисчена - Шюллера
пародонтоза средней и тяжелой степени
генерализованного пародонтита средней степени тяжести
гипертрофического гингивита

УКАЖИТЕ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

IV степени
I степени
II-III степени

I-II степени

ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ
КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

1 мм

5мм и более 7мм

до 5мм

3.5мм

ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ
ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАПОЛНЕННЫ

слюной

гнойным экссудатом

серозно-гнойным экссудатом

серозным экссудатом

ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ РЕЗОРБЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЫ РАВНА

от 1/3 до 2/3 длины корня

более 2/3 длины корня

2/3 длины корня

от 1/3 длины корня

УКАЖИТЕ СРОКИ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ
ПРОТЕЗИРОВАНИИ

через 1 день после удаления

в день удаления

до удаления зубов

через 1-5 дней после удаления зубов

через 4 и более недель после удаления зубов

ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗЫ ЭТО

временные съемные и несъемные протезы

временные съемные протезы

постоянные съемные протезы

постоянные несъемные протезы

постоянные съемные и несъемные протезы

ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

заболевании ВНЧС

локализованной патологической стираемости

множественном удалении зубов

генерализованной патологической стираемости

полном отсутствии зубов

УКАЖИТЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ СВОЙСТВО ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА

исключение атрофии костной ткани за счет напряжения под базисом иммедиа-протеза

предохранение от перегрузки оставшихся зубов

предупреждение деформации зубного ряда

изоляция операционной раны

затрудняет отток раневой жидкости

ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ К

замещающим аппаратам
фиксирующим аппаратам
формирующим аппаратам
направляющим аппаратам
репонирующим аппаратам

ПРЕДЕЛЬНЫЙ СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОМ СОСТАВЛЯЕТ

2 недели
1 месяц
2 месяца
3 месяца
6 месяцев

УКАЖИТЕ, КТО И КОГДА ВПЕРВЫЕ ИЗГОТОВИЛ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ
ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ

Радригес в 1863 году
Курляндский в 1962 году
Гаврилов в 1897 году
Кац в 1931 году
Шварц в 1915 году

УКАЖИТЕ, КАКОЙ ВЕЛИЧИНЕ В МИЛЛИМЕТРАХ РАВЕН СЛОЙ СНИМАЕМОГО
ГИПСА ПО МЕТОДИКЕ Г.П. СОСНИНА

0.5 – 1мм
1 - 1.5мм
2 – 3мм
3 – 4мм
5мм

ПО МЕТОДИКЕ Г.П. СОСНИНА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ
ОТДЕЛЕ ГИПС СНИМАЮТ

только с вестибулярной стороны
только с небной стороны
с вершины альвеолярного отростка
с вестибулярной и небной сторон
с вестибулярной, небной и вершины альвеолярного отростка

УКАЖИТЕ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА, ОТНОСЯЩИЙСЯ К III КЛАССУ ДЕФЕКТОВ
ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ

полное отсутствие зубов
один или несколько включенных дефектов, которые ограничены естественными зубами
двусторонние концевые дефекты
односторонний концевой дефект
включенный дефект переднего участка зубного ряда

УКАЖИТЕ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

балочная, магнитная
балочная, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная, телескопические
коронки
телескопические коронки, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная
фиксация
опорно-удерживающие кламмера, замковая, магнитная фиксация

балочная, замковая

УКАЖИТЕ ОДНО ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА

- полное отсутствие зубов
- шинирование при заболеваниях пародонта
- патологическая стираемость зубов
- включенные дефекты
- полное вторичное отсутствие зубов

УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
КЛАССИФИКАЦИЯ БЕТЕЛЬМАНА

- 2
- 3
- 4
- 5
- 8

УКАЖИТЕ, ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ КАРКАС ДУГОВОГО ПРОТЕЗА

- дуга, седла с искусственными зубами
- фиксирующий элемент, дуга
- дуга, седла с искусственными зубами
- дуга, захваты для седел, дробители нагрузки, элементы-стабилизаторы
- дуга

ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ МЕЖДУ ПАТРИЦЕЙ И МАТРИЦЕЙ ЗАМКОВЫЕ
КРЕПЛЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- нежестки
- полулабильные
- лабильные
- жесткие
- силовые

УКАЖИТЕ, ЧТО ОЗНАЧАЕТ БЮГЕЛЬ В ПЕРЕВОДЕ С ЛАТИНСКОГО

- замок
- дуга
- седло
- опора
- кламмер

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОТЕЗОВ С ЖЕСТКОЙ СИСТЕМОЙ
КРЕПЛЕНИЯ ВСЕГДА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- фрезерование оральной поверхности опорных коронок
- кламмер Роуч
- пелоты
- удаление одного из опорных зубов
- кламмер Бонвиля

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ДУГОЙ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТВЕРДОГО НЕБА СОСТАВЛЯЕТ В МИЛЛИМЕТРАХ

- до 1 мм
- 1.5-2.0 мм
- 2.0-3.0 мм

2.5-3.0 мм

2.0-2.5 мм

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИЕ КЛАММЕРЫ ВХОДЯТ В СИСТЕМУ НЕЯ

Джейсона

Аккера

Кеннеди

Бонвиля

Келлера

ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

продольная ось зуба

линия анатомического экватора

линия вертикали

разделительная (межевая) линия

линия диагонали

УКАЖИТЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ КЛАММЕРОВ В СИСТЕМЕ NEY

2

5

6

7

15

УКАЖИТЕ, ГДЕ НАХОДИТСЯ АКТИВНОЕ ПЛЕЧО КЛАММЕРА НАХОДИТСЯ

на клиническом экваторе зуба

ниже клинического экватора

над клиническим экватором

на окклюзионной поверхности опорного зуба

УКАЖИТЕ, ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ОПОРНАЯ ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА

в кламмерной зоне

в окклюзионной зоне

в ретенционной зоне

на уровне с разделительной (межевой) линией

в зоне поднутрения

ЛОЖЕ НА ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА ДЛЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

круглую

ложечкообразную

«Ласточкина хвоста»

прямоугольную

плоской поверхности

УКАЖИТЕ ТОЛЩИНУ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ У ОСНОВАНИЯ В МИЛЛИМЕТРАХ

0.5

0.8-1.0

1.0-1.2

1.2-1.5

2.0-2.5

ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ОПОРНОГО ЗУБА ПОД ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР

устойчивость зуба

выраженность анатомического экватора

высота клинической коронки

поражение твердых тканей зубов

отсутствие периапикального воспаления