



APROBATE

La ședința Catedrei chirurgie oro-maxilo-facială,
și implantologie orală „Arsenie Guțan”,
Proces verbal Nr.6 din 25.03.2021
Șef catedră, dr.hab.șt.med., conf.univ.
N. Chele _____

TESTE

**pentru examenul de absolvire la chirurgia oro-maxilo-facială
anul de studii 2020-2021**

1. Среди воспалительных одонтогенных заболеваний челюстей можно назвать:

- a) актиномикоз;
- b) амелобластома;
- c) + верхушечный периодонтит, периостит и одонтогенный остеомиелит;
- d) эпulis;
- e) одонтома.

2. Стоматологическая реимплантация это:

- a) экстракция корня зуба вместе с соответствующей коронарной частью;
- b) экстракция корня зуба с сохранением коронарной части;
- c) + репозиция зуба в альвеоле;
- d) репозиция зуба в альвеоле другого удаленного зуба;
- e) фиксация полностью вывихнутого зуба к соседним зубам.

3. Что такое гемисекция:

- a) + удаление корня зуба вместе с соответствующей коронарной частью;
- b) экстракция корня зуба с сохранением коронарной части;
- c) репозиция зуба в его альвеоле;
- d) рассечение зуба на две части в области бифуркации с кюретажем и последующим нанесением покрытия на коронку;
- e) разделение зуба на две части в области бифуркации с последующим нанесением покрытия на коронку.

4. Корневая ампутация определяется:

- a) Извлечение корня вместе с прилегающей коронарной частью;
- b) + удаление всего корня зуба с сохранением коронарной части;
- c) репозиция зуба в его альвеоле;
- d) рассечение зуба на две части в области бифуркации с кюретажем и последующим нанесением покрытия на коронку;



e) частичное удаление корня зуба, сохраняя коронарную часть.

5. Ретенированный зуб представляет собой:

- a) + внутрикостное или подслизистое удержание полностью развитого зуба в течение его нормального периода прорезывания без тенденции к прорезыванию;
- b) неполное прорезывание зуба через костную или слизистую ткань;
- c) неправильное положение в зубной дуге прорезанного зуба;
- d) аномалия зуба, который входит или прорезается на расстоянии от альвеолярной дуги;
- e) аномалия зуба, который расположен не в челюсти, а в другом месте.

6. Периостит определяется как:

- a) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, развивающийся в костной ткани;
- b) + состояние, характеризующееся распространением воспалительного процесса от периодонта через кость до надкостницы альвеолярного отростка;
- c) воспалительный процесс, который поражает ткани пародонта и распространяется на соседнюю костную ткань;
- d) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, поражающий ткани пародонта;
- e) воспалительный процесс, который поражает ткани пародонта и распространяется в мягкие перимаксиллярные ткани.

7. Наиболее частой причиной периостита является:

- a) хронический периодонтит;
- b) одонтогенный остеомиелит;
- c) + хронический периодонтит при острых обострениях;
- d) затрудненное прорезывание нижнего третьего моляра;
- e) острый пульпит.

8. В этиологии острого одонтогенного периостита они участвуют чаще:

- a) нижние центральные резцы;
- b) нижние боковые резцы;
- c) нижние моляры;
- d) + верхние моляры;
- e) премоляры.

9. Одонтогенный остеомиелит можно определить как:

- a) воспалительный процесс, который поражает ткани пародонта и распространяется на соседнюю костную ткань;



- b) одонтогенное заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса от периодонта через кость до надкостницы альвеолярного отростка;
- c) воспалительный процесс, затрагивающий верхнечелюстную кость;
- d) + инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в костной ткани челюстей из-за влияния внутренних или внешних факторов;
- e) чаще появляется в верхней челюсти.

10. В зависимости от типа развития (эволюции) мы выделяем следующие виды остеомиелита:

- a) + острый, подострый, хронический;
- b) локализован, ограничен и распространен;
- c) легкий, средний или тяжелый;
- d) rareфицирующий или секвестрирующий;
- e) одонтогенной или травматической этиологии.

11. Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от остеомиелита верхней челюсти, характеризуется:

- a) более благоприятное протекание, с менее частыми и переменными осложнениями, небольшими секвестрами;
- b) + более тяжелое течение болезни, с более частыми переменными осложнениями, с секвестрацией объемных фрагментов;
- c) без различия в обеих челюстях;
- d) отсутствие парестезии по ходу нижнечелюстного нерва на пораженной стороне;
- e) парестезия по пути нижнечелюстного нерва на здоровой стороне

12. Какая стенка верхнечелюстной пазухи является предрасположенной в случае одонтогенного остеомиелита?

- a) нижняя и латеральная;
- b) + нижний и медиальная;
- c) Латеральная и верхняя;
- d) латерально-медиальный;
- e) нижний и верхний

13. Когда появляются первые признаки изменений кости на рентгенограмме при одонтогенном остеомиелите:

- a) через 2-5 дней после начала заболевания;
- b) через 6-10 дней от начала заболевания;
- c) + более 2-3 недель от начала заболевания;
- d) более 3-4 недель;



e) не ранее, чем через месяц от начала заболевания.

14. Лечение острого одонтогенного остеомиелита состоит из:

- a) + удаление зубов, разрез и дренирование гнойного очага комплексное общее лечение;
- b) профилактика инфекции и некроза костей;
- c) уменьшение сосудистой проницаемости, консервативное лечение причинного зуба;
- d) детоксикационное лечение;
- e) Симптоматическое лечение.

15. Абсцесс это:

- a) диффузный воспалительный процесс в костных тканях;
- b) воспалительный процесс, распространяющийся в подкожных, внутримышечных и паренхиматозных тканях;
- c) + локализованное, ограниченное гнойное воспаление;
- d) воспалительный процесс кожи;
- e) воспалительный процесс мягких и твердых перидентальных тканей

16. Разрез для эффективного дренирования абсцесса околоушной ложи:

- a) околоушной;
- b) + под нижнечелюстным углом;
- c) Впередь грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- d) на переднем краю ветви нижней челюсти;
- e) Любой из этих разрезов.

17. Какой разрез указан для дренирования гноя из подчелюстной ложи:

- a) Интраоральный разрез в нижней части вестибулярного мешка;
- b) Ретротуберальный разрез;
- c) ретромандибулярный разрез;
- d) подъязычный внутриротовой разрез;
- e) + Внешний линейный разрез (6-8 см) параллельно базилярному краю нижней челюсти ниже на 1,5-2 см.

18. Разрезная линия для создания доступа к гнойной коллекции в нижнечелюстной ложе:

- a) субментальный медиальный наружный разрез;
- b) наружный линейный разрез (6-8 см) на базилярном крае нижней челюсти;
- c) наружный разрез в виде «воротника»;
- d) + Внешний линейный разрез (6-8 см) параллельно базилярному краю нижней челюсти на 1,5-2 см ниже
- e) наружный разрез перпендикулярно телу нижней челюсти.

19. Характерный симптом для медиастинита:



- a) Кашель;
- b) нарушения глотания;
- c) + диспнея с частотой дыхания 45 - 50;
- d) тошнота, рвота;
- e) Лихорадка, озноб.

20. Компрессионный синдром представлен:

- a) обострение боли при давлении на грудб;
- b) обострение болей при стеральной перкуссии;
- c) + обострение боли в за грудиной области при перкуссии пятки, в положении лежа на спине, с разгибанием нижних конечностей;
- d) обострение болей в за грудиной области при глотании;
- e) глотание, одышка.

21. Следующие признаки: острая пульсирующая боль в области грудной клетки с иррадиацией в межлопаточное пространство, боль усиливается при глотании или при глубоком вдохе- характерны для:

- a) флегмона дна полость рта;
- b) септицемия;
- c) передний медиастинит;
- d) + задний медиастинит;
- e) пневмония.

22. Важным признаком медиастинита является увеличение объема медиастина, которое мы можем определить:

- a) визуально;
- b) пальпаторно;
- c) аускультацией;
- d) +рентгенологически (рентген);
- e) спирометрией.

23. Какие клинические формы аденита лечатся консервативно:

- a) острый гнойный аденит;
- b) специфический аденит;
- c) + Острый серозный аденит (целлюлит);
- d) травматичный;
- e) Все формы аденита.

24. Аденофлогмон это:

- a) серозное воспаление лимфатического узла;
- b) нагноение лимфатического узла;
- c) серозный инфильтрат мягких тканей, прилегающих к гнойному ганглию;
- d) + гнойное воспаление мягких тканей, прилегающих к гнойному ганглию;



e) супурация мягких тканей, прилегающих к ганглию, с серозным воспалением.

25. Фурункул это:

- a) + острое некротически-гнойное воспаление кожного фолликула и прилегающих тканей;
- b) острое некротически-гнойное воспаление нескольких волосяных фолликулов, расположенных поблизости;
- c) воспаление сальной железы;
- d) воспаление слезной железы;
- e) воспаление потовых желез.

26. Появление болезненных нитей нитевидной ткани по траекту угловой или лицевой вены характерно для:

- a) Фурункула
- b) Карбункула
- c) + флебит угловой вены;
- d) краснуха;
- e) имя.

27. Местные клинические симптомы лицевого тромбоза:

- a) Только выраженный отек на пути угловых и лицевых сосудов,
- b) Пальпатор определяет только жесткий, болезненный инфильтрат;
- c) только гипертермия кожи в полосках;
- d) вдоль сосудов появляются только небольшие абсцессы;
- e) + все

28. При хроническом одонтогенном синусите лечение начинается с:

- a) Радикальное лечение пазухи;
- b) + удаление каузального зуба;
- c) физиотерапевтическое лечение;
- d) Аналгическое лечение;
- e) Все указаны в одинаковой степени.

29. В первую очередь при лечении острого серозного сиалоаденита это:

- a) Осечение (открытие в любом случае);
- b) Массаж пораженной железы и физиотерапия;
- c) + антибиотики, введение десенсибилизаторов, детоксификаторов, сиалогогаз;
- d) Физиопроцедуры
- e) Удаление пораженной железы.

30. Первая помощь при дислокационной асфиксии:

- a) интубация;
- b) + тракция языка с нитью, закрепленной в передней трети языка;



- c) обездвиживание нижней челюсти;
- d) Выполнение трахеостомии;
- e) Все это.

31. Область с самой низкой устойчивостью к травме нижней челюсти:

- a) Угол нижней челюсти;
- b) на уровне клыка;
- c) Между корнями премоляров;
- d) симфиз;
- e) +шея мышелка.

32. Гипоэстезия в области нижнего альвеолярного нерва обнаруживается в:

- a) Средний перелом нижней челюсти;
- b) парамедиальный перелом нижней челюсти;
- c) + перелом нижней челюсти в области тела со смещением;
- d) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти
- e) во всех переломах

33. Укажите определение сопутствующей травмы:

- a) Поражения мягких частей и костей челюстно-лицевой области;
- b) раны мягких частей, сопровождающиеся простыми переломами челюстей;
- c) раны мягких частей, сопровождающиеся множественными переломами с обширным раздавливанием и потерей вещества;
- d) + Поражения регионов О.М.Ф. и из соседних или удаленных регионов, которые были созданы одним и тем же агентом;
- e) травмы, вызванные несколькими факторами (механическими, термическими, химическими и т. Д.)

34. Укажите, какое из следующих травматических поражений лицевого массива является возможной травмой костей основания черепа:

- a) переломы нижней челюсти;
- b) раздробленные раны с переломом височно-скуловой дуги;
- c) + перелом костей среднего этажа лица;
- d) травма носа;
- e) Двусторонний перелом мышцелкового апофиза.

35. Траектория линии перелома в средних горизонтальных трещинах (Le Fort II):

- a) выше альвеолярных отростков, через носовую ямку, клыковую ямку, бугристость верхней челюсти, сошник и носовую перегородку;
- b) Через лобно-носовой шов, слезных костях, нижней стенке орбиты, основании крыловидного отростка, височно-скуловой дуге, решетчатую и сошник;
- c) Разбивает по средней линии альвеоло-зубную дугу, небо и тело верхней челюсти;



- d) + Через лобно-носовой шов слезную кость на подглазничной щели ниже скуловой кости в направлении бугристости;
- e) Ни один из них.

36. Симптомы перелома скулово-височной дуги проявляются:

- a) осовое кровотечение на одной ноздре;
- b) Гипестезия на территории инфраорбитального нерва;
- c) подкожная эмфизема;
- d) диплопия;
- e) + Блокировка движений челюсти.

37. Плеоморфная аденома (смешанная опухоль):

- a) это редкая опухоль;
- b) чаще всего встречается в небольших слюнных железах;
- c) начинается в виде набухания или диффузной деформации;
- d) + Дебютирует в узловой форме;
- e) часто встречается в подъязычной слюнной железе.

38. Среди наиболее распространенных злокачественных новообразований эпителия кожи лица являются:

- a) Плоскоклеточный рак с ороговением;
- b) плоскоклеточный рак без ороговения;
- c) + Базально-клеточный рак;
- d) - Аденокарцинома.
- e) пигмент невус.

39. При лечении больных с регионарными метастазами рака губ в излечимых случаях используется:

- a) только лучевая терапия;
- b) только хирургический метод;
- c) только криодеструкция;
- d) + Комбинированный метод.
- e) Только химиотерапия.

40. Первичным морфологическим элементом рака языка является:

- a) пузырек;
- b) Гиперкератоз;
- c) + язва;
- d) Трещина.
- e) Ранула.

41. Укажите чаще встречающуюся злокачественную опухоль нижней челюсти:

- a) Остеосаркома;
- b) Амелобластома;



- c) + Рак;
- d) Хондросаркома;
- e) Липома.

42. Отметьте основной метод лечения рака нижней челюсти:

- a) Хирургический;
- b) Лучевой;
- c) + Комбинированный;
- d) Химиотерапевтический;
- e) Электрохирургический.

43. Укажите ткань, из которой развивается саркома мягких тканей челюстно-лицевой области:

- a) Сальной железы;
- b) Потовой железы;
- c) + Глубоких слоев дермы;
- d) Малой слюнной железы;
- e) Из жировой ткани.

44. Укажите ткань, из которой развивается саркома костей лица:

- a) Эпителия десны;
- b) Эпителиальных островков Маляссе;
- c) Дентина;
- d) +Костной ткани;
- e) Цементы.

45. Укажите тактику хирургического лечения при доброкачественных опухолях поднижнечелюстной слюнной железы:

- a) Удаляют опухоль;
- b) Удаляют опухоль с частью железы;
- c) Удаляют опухоль и перевязывают выводной проток;
- d) + Удаляют опухоль вместе с железой;
- e) Проводят верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки.

46. Укажите тактику хирургического лечения амелобластомы:

- a) Выскабливание очага;
- b) Лучевую терапию;
- c) + Резекцию челюсти в пределах здоровых тканях;
- d) Коагуляция лазером;
- e) Консервативное лечение.

47. Уточните вещество, применяемое для склерозирования гемангиом:

- a) - Резорцин;
- b) - Формалин;



- c) +Спирт;
- d) - Трипсин.
- e) - Хемотрипсин

48. Понятие «предрак» применяется для характеристики предопухолевых изменений:

- a) -Соединительной ткани;
- b) Нервной ткани;
- c) + Эпителиальной ткани;
- d) -Мышечной ткани;
- e) Жировой ткани.

49. Уточните заболевание, с которым проводится дифференциальная диагностика рака слизистой оболочки полости рта:

- a) Плоской лейкоплакией;
- b) + Болезнью Боуэна;
- c) Стоматитом;
- d) Ранулой;
- e) Твердым шанкром.

50. Укажите лимфоузлы, в которые метастазирует рак языка:

- a) - Околоушные;
- b) - Заушные;
- c) + Шейные;
- d) - Щечные;
- e) - Подчелюстные.

51. Уточните наиболее часто встречающуюся эпителиальную опухоль больших слюнных желез:

- a) - Киста;
- b) - Мономорфная аденома;
- c) + Плеоморфная аденома;
- d) - Аденокарцинома;
- e) - Аденокистозная карцинома.

52. Укажите основную причину образования ретенционной кисты малых слюнных желез:

- a) - Воспалительный процесс;
- b) + Травмы выводного протока;
- c) - Аллергическая реакция;
- d) -Табакокурение.
- e) -Инсоляция.



53. Уточните, каким путём преимущественно метастазирует аденокистозная карцинома слюнных желез:

- a) + Лимфогенным путем;
- b) Гематогенным путем;
- c) Смешанным путем;
- d) Комплексно;
- e) Не метастазирует.

54. Какое исследование устанавливает окончательный диагноз предрака губы:

- a) - Цитологического;
- b) - Гематологического;
- c) + Патогистологического;
- d) - Бактериологического;
- e) - Биохимического.

55. Во время удаления возникает перелом верхушечной трети дистального корня. В этой ситуации самый хороший выход:

- a) Продолжение удаления после разделения корней;
- b) + Завершение удаления путем альвеолотомии;
- c) Удаление верхушечной трети корня путем резекции;
- d) Остаток корня будучи очень маленьким можно оставить на месте, но предупредив пациента;
- e) Использовать Н-файл.

56. Через три дня после удаления зуба пациент жалуется на боли, ирадирующие в ухо, гиперсаливации, отечность слизистой вокруг лунки, в лунке грязный сгусток, мясистые грануляции, которые кровоточат при дотрагивание, гнойные выделения из альвеолы. Самый подходящий диагноз в этом случае:

- a) Сухой альвеолит;
- b) Послеинъекционный неврит;
- c) + Влажный альвеолит;
- d) Серозный перикоронарит;
- e) Гнойный перикоронарит.

57. Первичный элемент с которым начинается процесс заживления раны после удаления зуба это:

- a) Тщательный кюретаж лунки;
- b) Сближение краев десны;
- c) + Формирование в лунке кровяного сгустка;
- d) Кровотечение из стенок лунки;
- e) Наложение швов.

58. Повреждения верхнечелюстной пазухи при удалении зуба могут возникать у:



- a) Всех зубов верхнего зубного ряда;
- b) Верхних резцов и клыков;
- c) + Верхних премоляров и моляров;
- d) Нижних премоляров и моляров;
- e) Не имеет значение локализация удаленного зуба.

59. В случае перелома альвеолярной стенки, когда костный фрагмент остается связанным с надкостницей, будет проводиться:

- a) Отделение от надкостницы костного отломка, потом выравнивание костных краев и ушивание;
- b) + Репозиция костного отломка на место и ушивание десны;
- c) Ушивание отломка к надкостнице и надальвеолярная давящая повязка;
- d) Удаление костного отломка только электрокоагулятором;
- e) Отделение костного фрагмента и электрокоагуляция надкостнице.

60. Перелом нижней челюсти может произойти:

- a) Во время удаления первого моляра с корнями изогнутыми дистально;
- b) + Во время удаления нижнего зуба мудрости, когда он имеет прямые корни и используется элеватор Леклюза;
- c) Во время удаления зуба мудрости, когда он имеет корни изогнутые дистально и используется элеватор Леклюза;
- d) Когда существуют фолликулярные кисты, опухоли, остеомиелит или ретинированные зубы на уровне нижней челюсти;
- e) Когда используются изогнутые элеваторы для удаления боковых зубов с корнями изогнутыми дистально.

61. Корни зубов, которые протолкнуты под слизистую верхнечелюстной пазухи, удаляются:

- a) После радикального лечения пазухи;
- b) Только если проба Валсальва положительная;
- c) + Через расширенную лунку;
- d) Только с помощью щипцов для корней;
- e) Только угловыми элеваторами.

62. Нижний луночковый нерв часто повреждается во время удаления:

- a) Первого премоляра;
- b) Первого моляра;
- c) Второго моляра;
- d) + Зуба мудрости;
- e) Второго премоляра.

63. В обычных условиях время формирования сгустка в лунке составляет:

- a) 30-40 минут;



- b) 20-30 минут;
- c) + 15-20 минут;
- d) 40-50 минут;
- e) 50-60 минут.

64. Доминирующий симптом при альвеолите после удаления зуба это:

- a) Зловоние из рта;
- b) +Боль;
- c) Местно-региональная аденопатия;
- d) Температура;
- e) Зуд.

65. Альвеолит после удаления это:

- a) Септическое осложнение луночковой раны, вовлекающие стенки альвеолы;
- b) + Локализованный остейт, при котором воспалительные явления ассоциируются с поверхностным некрозом костных стенок;
- c) Некроз сгустка крови;
- d) Нагноение лунки;
- e) Осложнение, вовлекающее лунку, кость, десну.

66. Абсцессы подвисочной ямки могут возникнуть после следующих видов местной анестезии:

- a) Инфильтрационной или плексальной;
- b) Резцовой и подглазничной;
- c) + Мандибулярной или туберальной;
- d) Ментальной или небной;
- e) Аппликационная.

67. Самой частой причины перфорации верхнечелюстной пазухи являются:

- a) Резекция кости при удалении опухоли;
- b) + Удаление больших коренных зубов верхней челюсти;
- c) Сифилитическая гумма;
- d) Остеорадионекроз;
- e) Травма верхней челюсти.

68. Травматические поражения верхнечелюстной пазухи возникают после удаления каких зубов:

- a) Все зубы верхней челюсти;
- b) Резцы и клыки верхней челюсти;
- c) + Большие и малые коренные зубы верхней челюсти;
- d) Большие и малые коренные зубы нижней челюсти;
- e) Независимо от месторасположения удаленного зуба.

69. Осложнения удаления зубов включают:



- a) +Глотание или аспирация фрагментов зубов;
- b) Повреждение лицевого нерва;
- c) Длительное кровотечение;
- d) Влажный альвеолит;
- e) Болезненный тризм.

70. Как называется кровотечение, которая появляется после операции?

- a) Идиопатическая;
- b) +Ятрогенная;
- c) Симптоматическая;
- d) Назальная;
- e) Неспецифическая.

71. После удаления зуба назначают:

- a) Активные полоскания антисептическими средствами в первые 2 часа после удаления;
- b) Употребление горячей пищи в первые 2 часа;
- c) +Исключаются полоскания антисептическими средствами в первые 2 часа и на протяжении всего дня;
- d) Физические нагрузки в день удаления;
- e) Физиотерапия в день удаления.

72. Относительными противопоказаниями к удалению зубов являются следующие, кроме:

- a) Длительная терапия кортикостероидами;
- b) Хронический лейкоз в компенсированной фазе;
- c) +Острый лейкоз;
- d) Сахарный диабет;
- e) В первые 6 месяцев после инфаркта миокарда.

73. Какое утверждение ложное по поводу удаления зубов:

- a) Проверяется наличие фиксированной десны которая может оборваться при удалении зуба из лунки;
- b) Избегается удар противоположной зубной дуги во время удаления;
- c) +Отслоившееся десна после удаления зуба нужно удалять;
- d) Некротические края десны удаляются;
- e) Извлеченный зуб исследуют, является ли он целым или отсутствуют фрагменты от апикальной части корня.

74. Какое из следующих утверждений является ложным:

- a) Щипцы для верхних резцов и клыков являются прямыми;
- b) +У щипцов для верхних премолярах на вестибулярной щеке имеется шип для продвижения между вестибулярными корнями;



- c) У щипцов для верхних премолярах не имеется шип;
- d) Для удаления нижнего клыка используется щипцы для удаления премоляра, потому что корень длинный и крепкий;
- e) Щипцы для нижних моляров имеют два шипа.

75. Для профилактики тяжелых геморрагических и тромбоэмболических осложнений, эффект антикоагулянта будет оцениваться путем определения значений INR:

- a) 5-7 до операции;
- b) 2-5 до операции;
- c) +В день операции;
- d) Немедленно после операции;
- e) На второй день после удаления.

76. Отмена антикоагулянтной терапии с целью предотвращения кровотечений подвергает пациента риску:

- a) + Тромбоэмболические осложнения со значительным потенциалом заболеваемости;
- b) Аллергические реакции;
- c) Нейроэндокринные изменения;
- d) Респираторные осложнения;
- e) Клапанные осложнения.

77. Пациенты, принимающие пероральные антикоагулянтные препараты, подвергаются повышенному риску:

- a) Геморрагическому;
- b) Тромбоэмболическому;
- c) +Как геморрагическому так и тромбоэмболическому;
- d) Метаболическому;
- e) Ни один из выше перечисленных.

78. Оптимальный уровень пероральных антикоагулянтов оценивается:

- a) + Контроль протромбинового времени, представленный международным коэффициентом нормализации, называется (на английском языке) International Normalized Ratio (INR);
- b) Определение содержания фибриногена;
- c) Определение времени тромбина;
- d) Определение времени кровотечения по Дюку;
- e) Определение времени свертывания крови по Ли-Уайту.

79. Терапевтический уровень антикоагуляции зависит от показаний по которым он назначается, и значения МНО (INR) у пациентов с протезами клапанов варьируются в пределах:



- a) 0,5-1,0;
- b) 1,0-2,0;
- c) +2,0-4,0;
- d) 4,0-5,0;
- e) 5,0-6,0.

80. Как вы поступите, если значения INR перед удалением ниже терапевтического диапазона (<2):

- a) + Увеличение дозы антикоагулянта до тех пор, пока INR не будет скорректировано до терапевтических пределов, а затем выполняется удаление зуба;
- b) Уменьшите дозу антикоагулянта и затем выполните удаление зуба;
- c) Отмените антикоагулянт и затем приступите к удалению;
- d) Постепенно уменьшите дозу, отмените лекарство и затем выполните удаление зуба;
- e) Выполните удаление зуба и потом увеличите дозу антикоагулянта.

81. Как вы поступите в случае, если перед удалением зуба значение МНО (INR) будет выше терапевтических значений назначенных врачом общего профиля:

- a) Увеличение дозы антикоагулянта до получения терапевтических значений МНО (INR) и удаление зуба;
- b) +Уменьшение дозы антикоагулянта до получения терапевтических значений МНО (INR) и удаление зуба;
- c) Анулирование антикоагулянта и удаление зуба;
- d) Постепенное уменьшение дозы до анулирования антикоагулянта и удаление;
- e) Нет правильного ответа.

82. Каким образом вскрывается нёбный абсцесс?

- a) –линейный разрез, параллельно альвеолярному краю;
- b) +треугольным разрезом;
- c) –разрезом перпендикулярно срединному шву;
- d) + разрез в виде «лимонной дольки» ;
- e) –разрезом параллельно срединному.

83. Какие морфологические изменения характерны для одонтогенного остеомиелита?

- a) +гнойный инфильтрат костного мозга;
- b) +тромбоз сосудов;
- c) +разложение тромбов;
- d) +кровяной экссудат;
- e) - остеорадионекроз;

84. Пациент с диффузным остеомиелитом нижней челюсти может представлять:



- a) -Гипесаливация;
- b) +Тризм;
- c) +Накожные или слизистые свищи;
- d) +Утолщение надкостницы и кости в области причинного зуба;
- e) +Симптом Vincent d'Alger положителен.

85. Клинические признаки локализованного острого одонтогенного остеомиелита:

- a) +Разлитая припухлость, отёчность, блеск и растянутость кожных покровов;
- b) – Пальпация безболезненна;
- c) +Слизистая ротовой полости отёчна;
- d) +Пальпация альвеолярных отростков болезненна, отмечается утолщение надкостницы с оральной и вестибулярной сторон;
- e) +Зубы представляют спонтанную болезненность и подвижны пи перкуссии, покрыты гипертрофированными зубными сосочками. Из зубодесневой борозды выделяется гной..

86. Этиологическими факторами влияющими на появление остеомиелита челюстей являются:

- a) – острый пульпит;
- b) +Хронические обострившиеся околоврехушечные процессы;
- c) +Переломы челюстей;
- d) +Заражение гематогенным путём из отдалённых очагов;
- e) + Альвеолиты.

87. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей имеет следующие признаки:

- a) + Жар, нарушение общего состояния подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;
- b) – Субфебрилитет, общее состояние не нарушено;
- c) – Сильные боли в челюстях, имеющие пароксизмальный характер;
- d) – Ноющие боли периодического характера;
- e) + Парестезия по ходу нижнего луночкового нерва в случае поражения нижней челюсти.

88. Гнойник характеризуется скоплением гноя, который является вязкой жидкостью желтого или зеленоватого цвета состоящей из:

- a) +некротизированной ткани;
- b) +живых и мёртвых полинуклейрных клеток;
- c) +фибрина;
- d) +микроорганизмов и их токсинов;
- e) – лимфатической жидкости.

89. Флегмона характеризуется:

- a) +диффузной инфильтрацией тканей (без чёткого отграничения);



- b) +Припухлостью, гиперемией, уплотнением и болезненностью при пальпации;
- c) +Содержимое это экссудат с полинуклеарными клетками, бактериями, остатками некротизированной ткани;
- d) +провоцируется особо вирулентной микрофлорой (стрептококки);
- e) – без значимых клинических симптомов.

90. Клинические признаки абсцесса подглазничной области:

- a) +Отёк в подглазничной области, нижнего века;
- b) +Припухлость верхней губы;
- c) +Крыло носа смежено в здоровую сторону;
- d) +Верхняя губа слегка онемевшая;
- e) – Носо-губная складка хорошо выражена.

91. Клиническая картина абсцесса скуловой области:

- a) +Отёк, припухлость в скуловой области;
- b) +Отёк может распространяться в соседние области (височную, подглазничную, околоушную);
- c) +В некоторых случаях присутствует тризм m. masseter;
- d) +Локальное повышение температуры;
- e) –Ни один из перечисленных признаков.

92. Симптоматика абсцесса щёчной области:

- a) +Разлитая припухлость щеки, кожа гладкая, блестящая, натянутая;
- b) – Околоротовые складки хорошо выражены;
- c) +Сильный отёк тканей вокруг щеки;
- d) +Слизистая щеки отёчна, блестит, присутствуют отпечатки зубов покрытых налётом;
- e) +Пальпация щёчной области болезненна, отмечается флюктуация.

93. Общая симптоматика абсцесса околоушной области:

- a) +Жар, озноб;
- b) +Септическое состояние;
- c) +потеря трудоспособности.
- d) +Головные боли, бессонница, отсутствие аппетита;
- e) – нарушение глотания.

94. Этиологические факторы абсцессов подбородочной области:

- a) + Гнойные процессы от нижних резцов и клыков;
- b) – Гнойные процессы от нижних моляров;
- c) +Фурункулы нижней губы или подбородка;



- d) +Распространение из соседних областей (подъязычной, поднижнечелюстной);
- e) +Остеомиелит нижней челюсти в области подбородка.

95. Клиническими признаками абсцесса подъязычной области являются:

- a) + Отёк с внутренней стороны дна полости рта. Боль при пальпации и флюктуация;
- b) + Припухлость слизистой подъязычной области;
- c) + Подъязычная складка в виде «петушиного гребня» покрытая фибриновым налётом;
- d) + Язык смещён в здоровую сторону;
- e) – Воспалительная контрактура.

96. Функциональные нарушения в случае абсцесса подъязычной области:

- a) +Нарушение глотания;
- b) +Боль при жевании и фонации;
- c) +Движения языка болезненны;
- d) –Выраженный тризм;
- e) - Диплопия.

97. Дифференциальный диагноз абсцесса подъязычной области делают с :

- a) +Абсцессом подчелюстной области;
- b) +Внутренним околочелюстным абсцессом;
- c) +Ранулой или дермоидной кистой дна полости рта;
- d) –Остеомиелитом нижней челюсти;
- e) – Переломом нижней челюсти.

98. Осложнениями абсцесса корня языка могут быть:

- a) +Распространение в соседние пространства;
- b) +Септицемия;
- c) +Асфиксия;
- d) -Анкилоз;
- e) +Парез языка.

99. Инфекционный процесс жевательной области может развиваться:

- a) +Между мышцей и кожей;
- b) +Между мышцей и внешней поверхностью нижней челюсти,
- c) +По всей толще мышцы;
- d) –В ветви нижней челюсти;
- e) –В околоушной слюнной железе.

100. Местная симптоматика крыло-челюстного абсцесса:

- a) +Отёк и инфильтрация в области угла нижней челюсти;
- b) +Слизистая крыло-челюстной складки отёчна и в напряжении;



- c) +Тризм;
d) –болезненное глотание;
e) -макроглоссия.
- 101. Местная симптоматика абсцесса окологлоточного пространства:**
a) +Отёк впереди и позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
b) +Тризм;
c) +Во рту объёмная припухлость с одной стороны глотки;
d) +Сужение просвета глотки;
e) –Под углом нижней челюсти чувствуется инфильтрат или флюктуация.
- 102. Этиологические факторы флегмоны дна полости рта:**
a) +Воспалительные процессы нижних зубов;
b) +Сиалолитиаз с вовлечением канала Warthon;
c) –Воспалительные процессы верхних зубов;
d) +Септические пункции или инородные тела в области дна полости рта;
e) +Фурункулы с локализацией в нижнем этаже лица.
- 103. Местная симптоматика флегмоны дна полости рта:**
a) +Объёмная, массивная припухлость всего дна полости рта;
b) +Отёк в виде накладки (вверху и вниз);
c) +Кожные покровы в натяжении с «мраморными» зонами;
d) +При пальпации плотность сравнимая с древесиной, без флюктуации, иногда с крепитациями.
e) – Глотание и дыхание без изменений;
- 104. Внутриротовая симптоматика флегмоны дна полости рта:**
a) +Подъязычная слизистая увеличена билатерально в виде петушиного гребня, красно-фиолетового цвета, покрытая фибринозным налётом;
b) –Пальпация челюстно-язычного желобка безболезненна;
c) +Язык увеличен в объёме с отпечатками зубов по краям;
d) +язык покрыт отложениями;
e) +движения языка резко болезненны.
- 105. Общая симптоматика разлитой флегмоны половины лица:**
a) +Общее токсико-септическое состояние;
b) +Больной вял или встревожен;
c) +Вид глубокой токсемии с землистым цвет лица;
d) +Жар (39-40°C), озноб;
e) – Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо.
- 106. Уточните какие признаки встречаются в анаэробной флегмоне половины лица:**



- a) +Припухлость кожных покровов;
 - b) +Цианотичные кожные покровы;
 - c) +При пальпации твёрдый инфильтрат;
 - d) –Газовые крепитации;
 - e) +Флюктуация при пальпации.
- 107. Выраженный тризм встречается часто при:**
- a) –Подподбородочном абсцессе;
 - b) +Подвисочном абсцессе;
 - c) +Флегмоне половины лица;
 - d) +Височном абсцессе;
 - e) –Щёчном абсцессе.
- 108. Как правило гнойные процессы щѐчной области начинаются от:**
- a) – Верхних резцов;
 - b) – Нижних резцов;
 - c) – Верхних или нижних клыков;
 - d) + Верхних или нижних премоляров;
 - e) + Верхних или нижних моляров.
- 109. Подвисочное пространство ограничено:**
- a) + спереди бугром верхней челюсти и нижним краем височной поверхности скуловой кости;
 - b) + снизу рото-глоточной фасцией;
 - c) + сзади шиловидным отростком височной кости и передней поверхностью суставного отростка нижней челюсти;
 - d) + внутри – внешняя поверхность крыловидного отростка;
 - e) – снаружи – внешняя поверхность ветви нижней челюсти.
- 110. Клиническими симптомами подчелюстного абсцесса являются:**
- a) -Жар (более 40 °С);
 - b) –выраженный тризм;
 - c) +наличие разрушенного моляра на нижней челюсти;
 - d) +Покраснение и отѐк тканей в подчелюстной области;
 - e) +При пальпации боль и уплотнение мягких тканей в подчелюстной области.
- 111. Клинические признаки флегмоны дна полости рта:**
- a) +Глотание затруднено, болезненно, повышенная температура;
 - b) +Острое начало тризма;
 - c) +отѐк с болезненным инфильтратом в поднижнечелюстной области с двух сторон;
 - d) –субфебрилитет, медленное развитие;



e) – отёк в нижней части височной области.

112. Как получают доступ к гнойникам корня языка?

- a) Внутриротовым способом по средней линии;
- b) +Внеротовым способом линейным разрезом 4 – 5 см, по средней линии;
- c) внеротовым способом в виде воротника;
- d) внеротовым способом параллельно телу нижней челюсти в поднижнечелюстном пространстве;
- e) + внеротовым доступом, изогнутым разрезом 4 – 5 см, между подъязычной костью и подбородком.

113. Главной причиной абсцесса орбиты является распространение инфекции из:

- a) –флегмона дна полости рта;
- b) –абсцесс височного пространства;
- c) –окологлоточный абсцесс ;
- d) +тромбофлебит угловой вены;
- e) +острый синусит или обострившийся хронический синусит.

114. Доступ к гнойнику при абсцессе орбиты:

- a) –поднижнечелюстной разрез;
- b) –по внутреннему краю глазницы;
- c) +по нижнему или верхнему краю глазницы;
- d) +через верхнечелюстной синус;
- e) –по внешнему краю глазницы.

115. Для абсцесса щеки характерны следующие признаки:

- a) +Диффузный отёк мягких тканей в щёчной области;
- b) +стёртость носо-губной складки;
- c) +болезненное открывание рта;
- d) –свободное, безболезненное открывание рта;
- e) –осложнённое носовое дыхание с поражённой стороны.

116. Симптомами абсцесса крыло-челюстного пространства являются:

- a) +Ограничение открывания рта;
- b) +Отёк слизистой в области бугра верхней челюсти;
- c) +головные боли;
- d) -ксеростомия;
- e) –боли в области тела нижней челюсти.

117. Для сифилитического лимфаденита характерны:

- a) +значительное уплотнение лимфатического узла, RW позитивна;
- b) +в пунктате определяется *treponema palidum*;



- c) –лимфатические узлы спаяны между собой и с окружающими тканями, RW негативна;
- d) –лимфоузлы обязательно нагнаиваются;
- e) –пунктат не содержит *treponema palidum*, RW негативна.

118. Чаше всего осложняются флебитом угловой вены фурункулы с локализацией :

- a) +Верхняя губа;
- b) –около орбиты;
- c) –нижняя губа и подбородок;
- d) –щека или околоушное пространство;
- e) + подглазничная область.

119. Локализация фурункула на коже лица очень опасна особенно при расположении:

- a) +Верхняя губа;
- b) +Около носа;
- c) +На нижней губе;
- d) –на щеке;
- e) –на лбу.

120. Лечение острого одонтогенного синусита предусматривает:

- a) –лишь медикаментозное лечение;
- b) +удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;
- c) -синусотомию;
- d) –удаление причинного зуба, лечение вазоконстрикторами, физиотерапия;
- e) +пункция в случае отсутствия сообщения после удаления и промывание верхнечелюстной пазухи.

121. Осложнения, вовлекающие верхнечелюстную пазуху, чаще происходят после удаления

- a) Первый верхний премоляр
- b) +Первый верхний моляр
- c) +Второй верхний моляр
- d) Второй верхний премоляр
- e) Верхний клык

122. Симптомы при хроническом сообщении с верхнечелюстной пазухой

- a) +Через лунку, тупым инструментом, можно попасть в полость пазухи
- b) Проба *Вальсальва* отрицательно
- c) На рентгенологическом снимке нет патологических изменений



- d) На рентгенологическом снимке можно увидеть сообщение с верхнечелюстной пазухой
- e) +Переливание жидкостей через нос
- 123. Что нужно сделать при сообщении с верхнечелюстной пазухой, которая поддерживает хронический синусит?**
- a) Удалить причинный зуб с назначением антибиотиков
- b) Пункция пазухи с пластикой сообщения
- c) +Пластика сообщения
- d) +Синусотомия с полной ревизией пазухи
- e) Все перечисленные
- 124. Осложнения при одонтогенном синусите**
- a) +Остеомиелит верхней челюсти
- b) +Инфекционное поражение глазницы
- c) +Щечные абсцессы
- d) Септицемия
- e) Внутричерепные абсцессы
- 125. При гнойном паротите встречается**
- a) +Асимметрия в преушной области
- b) +Через воспаленный проток во время надавливание вытекает гной
- c) +Кожа в преушной области гиперемирована
- d) +Тризм
- e) Боль во время движение нижней челюсти
- 126. Дифференциальный диагноз при гнойном паротите проводится с**
- a) +Эпидемическим паротитом
- b) +Остеомиелит ветви нижней челюсти
- c) Поднижнечелюстной абсцесс
- d) +Околоушной сиалолитиаз
- e) + Опухоли околоушной железы
- 127. Сиалограмма при паренхиматозном паротите**
- a) +Круглые или овальные полости на фоне здоровых тканей
- b) +Рисунок похожий на цветущее дерево
- c) +Протоки четко прорисованы
- d) +Главный проток расширен
- e) Все протоки расширены
- 128. При остром гнойном паротите, массаж железы выявит**
- a) +Боль в железе
- b) +Неограниченные уплотнения
- c) +Через воспаленный проток во время надавливание вытекает гной



- d) Железа увеличена, но безболезненна во время пальпаций
e) Через проток во время надавливание вытекает чистая слюна
- 129. При комплексном лечение острого сиалоаденита, в проток вводится**
- a) Перекись водорода 3%
b) Липоидол 1-2 мл
c) +Антибиотики и ферменты
d) +Тёплый раствор фурацилина
e) Искусственную слюну
- 130. Сиалодокит это воспаление**
- a) +Протока Wharton
b) +Протока Stenon
c) Больших слюнных желез
d) Малых слюнных желез
e) Поднижнечелюстной железы
- 131. Симптомы при синдроме Шегрэна**
- a) +Ксеростомия
b) +Ксерофтальмия
c) Язвы
d) +Конъюнктивит
e) Экзема
- 132. Гемостаз при носовых кровотечениях**
- a) +Передняя тампонада
b) +Задняя тампонада
c) +Гемостаз при помощи надувного зонда
d) Наложение швов
e) Обработать зелёнкой
- 133. При повреждение мягких тканей ЧЛХ области, могут быть травмированы**
- a) +Поверхностные ткани (кожа, мышцы)
b) +Глубокие ткани (мышцы, железы, слизистая)
c) +Ветви черепных нервов
d) +Ветви сонной артерий
e) Скелет лица
- 134. Общие признаки повреждение мягких тканей ЧЛХ области**
- a) +Боль
b) +Кровотечение
c) +Затруднение дыхания
d) +Затруднение глотания, жевания
e) Тахикардия



135. ЧЛХ область разделяется на отделы (этажи)
- a) +Верхний
 - b) +Средний
 - c) +Нижний
 - d) Латеральный
 - e) Задний
136. Переломы нижней челюсти могут быть
- a) +Единичный
 - b) +Множественный
 - c) Простой
 - d) +Осколочный
 - e) Прямой
137. Факторы, влияющие на смещение фрагментов при переломе нижней челюсти
- a) +Сила травмирующего предмета
 - b) +Сокращение мышц прикрепленных к костным фрагментам
 - c) Механизм перелома
 - d) +Направление линий перелома
 - e) Хронические заболевания
138. Асфиксия при травме ЧЛХ области может наступить при
- a) +Осколочном переломе дуги нижней челюсти
 - b) Перелом носовых костей
 - c) +Оттек гортани
 - d) +Смещение мягкого неба при переломе верхней челюсти
 - e) Перелом дна глазницы
139. Клиническая картина перелома по Le Fort II
- a) +Оттек лица
 - b) +Нарушения чувствительности
 - c) Прикус без изменения
 - d) +Кровоподтеки век
 - e) +Сплющенное лицо
140. Самые тяжелые общие ранние осложнения при переломе верхней челюсти
- a) +Обильные кровотечения
 - b) +Сотрясение мозга
 - c) Нарушение прикуса
 - d) +Травматический шок
 - e) Флегмоны, остеомиелит, синусит
141. Клиническая картина перелома по Le Fort I



- a) +Подвижность альвеолярного отростка
 - b) +Кровоподтеки в области верхней губы
 - c) +Боль при надавливании
 - d) +Изменение прикуса
 - e) Обильные кровотечения
- 142. Верхняя челюсть участвует в формировании следующих полостей**
- a) +Глазницы
 - b) +Носа
 - c) Рот
 - d) Крыловидно-челюстной
 - e) +Верхнечелюстной пазухи
- 143. Вывих зуба происходит во время**
- a) Ушиб периодонтальных связок
 - b) +Разрыв периодонтальных связок
 - c) +Перелом стенки лунки
 - d) Перелом челюстей
 - e) Все варианты
- 144. Общие симптомы перелома нижней челюсти со смещением**
- a) +Боль
 - b) Нарушения речи
 - c) +Патологическая подвижность фрагментов
 - d) +Нарушения прикуса
 - e) Нарушения чувствительности
- 145. Цель временной иммобилизации переломов**
- a) Вернуть фрагменты в физиологическое положение
 - b) +Снизить боль
 - c) Предотвратить нагноение
 - d) +Уменьшить риск асфиксий
 - e) +Уменьшить кровотечение
- 146. При срединном переломе нижней челюсти**
- a) +Смещение фрагментов отсутствует
 - b) +Отсутствует нарушение прикуса
 - c) +Кровоподтеки в области преддверия и подъязычной области
 - d) Нарушения чувствительности
 - e) Ушное кровотечение
- 147. Признаки заднего двухстороннего вывиха ВНЧС**
- a) +Ушное кровотечение
 - b) +Нарушения прикуса



- e) Подбородок смещён вниз и вперёд
 - d) +Рот полуоткрыт
 - e) Припухлость в преаурикулярной области
- 148. Причины рецидивирующего вывиха ВНЧС**
- a) +Миоклонические нарушения
 - b) Ревматизм
 - c) +Атрофия жевательной мышцы после полиомиелита
 - d) Переломы мышечкового отростка
 - e) +Нарушения прикуса
- 149. Экстренная помощь при сочетанных травмах**
- a) +Временная иммобилизация переломов и перевязка ран
 - b) +Устранения шока
 - c) +Гемостаз и очистка дыхательных путей
 - d) +Поддержание жизненных функций организма
 - e) Удаление зубов из линии перелома
- 150. Общие правила накладывания шины при переломе**
- a) +Шина фиксируется на каждом зубе или через один зуб
 - b) +Обвязка проволокой на уровне шейки зуба
 - c) +Обвязка не должна травмировать сосочки
 - d) +Концы проволоки загибаются к срединной линии и к жевательной поверхности
 - e) Концы проволоки загибаются дистально и к десневому краю
- 151. При переломе скулоглазничного комплекса, линия перелома проходит через**
- a) +Скуловерхнечелюстной шов
 - b) Внутренняя стенка глазницы
 - c) +Скуловисочный шов
 - d) +Лобно-скуловой шов
 - e) Медиальная стенка пазухи
- 152. Симптомы при переломе скулоглазничного комплекса со смещением**
- a) +Диплопия
 - b) +Подглазничная гипестезия
 - c) Открытый прикус
 - d) +Носовое кровотечение
 - e) Смещение средней линии
- 153. Причины нарушения чувствительности n.infraorbital**
- a) +Перелом дна глазницы
 - b) +Перелом скуловой кости
 - c) +Перелом по Le Fort II



- d) +Прямое повреждение нерва при ударе
e) Перелом носовых костей
- 154. Типы травм пирамиды носа**
- a) +Травма хрящевого скелета
b) Перелом по Le Fort II
c) Перелом по Le Fort III
d) +Открытый перелом костного скелета пирамиды носа
e) +Закрытый перелом костного скелета пирамиды носа
- 155. Какие переломы могут зажить самостоятельно**
- a) +Переломы без смещения
b) Переломы со смещением
c) +Переломы хрящевой ткани
d) Переломы с вдавливанием носовой пирамиды
e) Все переломы пирамиды носа
- 156. Анатомические составляющие ВНЧС**
- a) +Мыщелковый отросток
b) +Нижнечелюстная ямка височной кости
c) +Бугор височной кости
d) Височная кость и нижняя челюсть
e) +Внутриуставной диск
- 157. Симптомы острова артрита ВНЧС**
- a) Смещение подбородка
b) +Острые, пульсирующие, иррадирующие боли
c) +Оттек и гиперемия в области ВНЧС
d) +Движение нижней челюсти ограничены или невозможны
e) Движение нижней челюсти свободны, без боли
- 158. Диф-дифгноз острова артрита ВНЧС делается с**
- a) +Фурункул на коже в области ВНЧС
b) +Отомастодит
c) +Лимфаденит в области ВНЧС
d) Контрактура нижней челюсти
e) Поднижнечелюстной аденит
- 159. Какие структуры поражены артритом ВНЧС в подострой клинической стадии**
- a) +Капсула сустава
b) +Связки сустава
c) +Внутриуставной диск
d) Мыщелковый отросток



- e) Нижнечелюстная ямка височной кости
- 160. Хронический артрит ВНЧС сопровождается**
- a) +Болью
 - b) +Хрустами в суставе
 - c) +Механическими повреждениями структур сустава
 - d) Ограничение движения нижней челюсти
 - e) Признаки острого воспаления
- 161. Дифференциальный диагноз при передних односторонних вывихах ВНЧС проводится с :**
- a) +Переломами мышечного отростка;
 - b) +Парезом лицевого нерва;
 - c) – срединными переломами нижней челюсти;
 - d) – Острым гнойным паротитом;
 - e) +Контрактурой жевательных мышц.
- 162. Для ирригации полости рта больным с травмами ЧЛЮ используются следующие антисептические растворы :**
- a) +Перекись водорода;
 - b) +Слабый раствор перманганата калия ;
 - c) Четвертичные аммиачные соединения;
 - d) + Хлоргексидин;
 - e) Спиртовой раствор йода;
- 163. Биопсия проводится с целью обнаружения:**
- a) +Доброкачественных опухолей;
 - b) +Злокачественных опухолей;
 - c) +Кист ;
 - d) – воспалительных заболеваний;
 - e) – Инородных тел.
- 164. Одонтома:**
- a) – Опухоль с костной структурой
 - b) + Опухоль зубной структуры
 - c) +Доброкачественная опухоль
 - d) – Может озлокачиваться
 - e) +Опухоль зубного происхождения
- 165. Остеома:**
- a) +Доброкачественная опухоль
 - b) – Злокачественная опухоль
 - c) +Сформирована из высокодифференцированной костной ткани
 - d) - Сформирована из низкодифференцированной костной ткани



e) – Быстро растет

166. Признаки и симптомы ранней малигнизации плеоморфной аденомы:

- a) +Спаяна с кожей;
- b) – Появление местной аденопатии;
- c) – Появление тризма;
- d) +Появление спонтанных болей;
- e) . +Появление пареза лицевого нерва

167. Рентгенологическая картина амелобластомы:

- a) +Костные разряжения;
- b) – Наличие затемнения;
- c) + четкие границы;
- d) +многокамерная структура в виде “мыльных пузырей”;
- e) – деструкция кости с нечеткими границами.

168. Самыми распространенными дополнительными методами обследования пациентов с остеобластокластомами челюстей являются :

- a) + Ортопантомография;
- b) +Компьютерная томография;
- c) - Ультрасонография;
- d) – Цитологическое исследование;
- e) + Гистологическое исследование.

169. Перед началом радиотерапии пациентам со злокачественными заболеваниями ЧЛЮ необходимо:

- a) +Санация полости рта;
- b) +Удаление металлических протезов;
- c) +Удаление металлических пломб;
- d) – Переливание крови
- e) – Изготовление шинирующих конструкций на зубы

170. Какие из нижеуказанных факторов вовлечены в возникновение меланомы:

- a) - Возраст;
- b) - Пол;
- c) +Травма;
- d) - Питание;
- e) +Солнечное излучение.

171. Целью кюретажа лунки удаленного зуба являются:

- a) Удаление кровяного сгустка;
- b) +Удаление грануляционной ткани;



- c) +Удаление инородных тел (зубной камень, остатки корня, фрагменты коронки и т.д.);
- d) Заполнение лунки кровью;
- e) Остановка кровотечения.

172. Удаление корней зубов щипцами показано в случае:

- a) +Есть условия для наложения и захвата коня щечками щипцов;
- b) +Наличие надкостной части корня, достаточной для наложения щипцов ;
- c) +Корень находится на уровне лунки, но кость позволяет создать желоб вокруг зуба для наложения щипцов;
- d) Корень находится ниже уровня кости;
- e) Корень находится в нижней трети лунки.

173. Удаление корней зубов элеватором показано в следующих случаях:

- a) +Корень сильно разрушен и невозможно использовать щипцы;
- b) +Корни видны в лунке;
- c) +Есть возможность ввести элеватор между стенкой лунки и корнем зуба;
- d) Корень находится глубоко в лунке;
- e) Для удаления всех корней зубов.

174. Удаляются при помощи альвеолотомии:

- a) +Корни, спаянные с альвеолярным отростком;
- b) +Конвергирующие корни;
- c) Корни с гиперцементозом;
- d) +Корни, расположенные под мостовидным протезом;
- e) +Искривленные корни.

175. В случае сепарации корней при удалении зуба рекомендуется:

- a) +Не проникать фрезой слишком глубоко;
- b) +Не производить данную процедуру сепарационными дисками;
- c) Ре рассекать межкорневую перегородку;
- d) Не рассекать стенки альвеолярного отростка;
- e) + Не разделять корни долотом и молотком.

176. Альвеолопластическое удаление показано при:

- a) +Единичные удаление подвижных зубов;
- b) +Множественные удаления кариозных зубов;
- c) + Единичные удаления неподвижных зубов;
- d) +Множественные удаления зубов с маргинальным парадонтитом;
- e) Сложные удаления корней зубов.

177. Костные кусачки при удалении зубов при помощи альвеолотомии могут быть использованы с целью:

- a) Сглаживания деформированных корней;



- b) Удаления межкорневой перегородки;
- c) +Сглаживание костных краёв для ушивания;
- d) +Удаления стенки альвеолярного отростка;
- e) Удаления.

178. Сепарация корней показана в случае:

- a) +Корни соединены пульповой камерой и не могут быть удалены вместе ;
- b) +Корни дивергируют;
- c) +Корни конвергируют с наличием между ними толстой межкорневой перегородки;
- d) Маленьких фрагментов корня на дне альвеолы;
- e) Корень, расположенный глубоко в альвеоле.

179. При сепарации корней нельзя использовать:

- a) +Твердосплавные диски;
- b)+ Долото;
- c) +Диски Ногисо;
- d) Твердосплавные цилиндрические фрезы;
- e) Алмазные цилиндрические фрезы.

180. Процесс заживления лунки после удаления зависит от:

- a) +Местных факторов;
- b) +Общих факторов
- c) **От качества операции;**
- d) **Соблюдения пациентом рекомендаций и уходом за раной;**
- e) Времени года

181. Затрудненное заживление лунки после удаления может быть связано с:

- a) +Разрушенными стенками альвеолы;
- b) **Удалением стенок альвеолы;**
- c) **+Наличием межкорневой перегородки;**
- d) **+Гиповитаминозом витамина С и Д;**
- e) **Лечение кортикостероидами**

182. Какие из следующих утверждений правдивы при oro-синусальных сообщениях:

- a) +Вскрытие дна гайморовой пазухи является одним из самых частых и тяжелых осложнений после удаления зуба;
- b) Проба Валсальва достоверно определяет наличие или отсутствие oro-синусального сообщения;
- c) +Чаще всего корни моляров проникают в верхнечелюстную пазуху;
- d) + Наличие oro-синусального сообщения определяется пуговчатым зондом или **рентгенологически;**



- e) +Для пластики oro-синусальных сообщений может быть использован небный лоскут.

183. Во время кюретажа лунки после удаления могут возникнуть следующие осложнения:

- a) +Травма нижнего альвеолярного нерва ;
- b) + Оро-синусальное сообщение;
- c) Повреждение верхнего заднего альвеолярного нерва;
- d) Чрезмерный кюретаж может привести к вторичному кровотечению;
- e) Недостаточный кюретаж может провоцировать альвеолит.

184. Осложнениями после удаления зуба являются:

- a) Длительное кровотечение, длящееся 15-20 мин;
- b) +Альвеолит;
- c) +Раннее вторичное кровотечение, начинающееся, как правило, ночью;
- d) Вторичное позднее кровотечение, которое начинается поздно ночью;
- e) Кровотечение после удаления зуба, длящееся 30-60 мин.

185. Мерами местного гемостаза после удаления зуба являются:

- a) +Введение в лунку гемостатических материалов;
- b) +Тщательный кюретаж для удаления инородных тел;
- c) +Для повторной анестезии предпочитается стволовая анестезия вместо локальной;
- d) Наложение тампона на альвеолу и фиксация последнего швами на 48 часов;
- e) +Сглаживание костных краев.

186. Какие из следующих утверждений справедливы при лечении альвеолита:

- a) +В альвеолу вводятся йодоформные турунды;
- b) +Проводят тщательный кюретаж костных стенок ;
- c) Снижение болевых ощущений блокадами местного анестетика;
- d) +Обильное промывание альвеолы теплыми растворами антисептика;
- e) +Стимуляция местных защитных механизмов физиотерапией.

187. Этиология альвеолитов после удаления зуба:

- a) +Введение в альвеолу некоторых антисептических или гемостатических материалов;
- b) +Наличие активных протеолитических ферментов в слюне;
- c) +Курение в течении первых 2 часов после удаления;
- d) Сердечно-сосудистые заболевания;
- e) +Местные вазомоторные нарушения, спровоцированные хирургической травмой или ишемией в зоне анестезии.

188. Какие из следующих утверждений верны для сухого альвеолита:

- a) +Отсутствует отек мягких тканей, с местными признаками трофических



нарушений;

- b) В альвеоле находится грануляционная ткань, которая легко кровоточит;
- c) Десна отёчна;
- d) +Кровяной сгусток частично или полностью отсутствует в альвеоле;
- e) +Оголенные костные стенки альвеолы являются источником болевых ощущений невралгического характера.

189. При сухом альвеолите после удаления зуба назначают:

- a) +Кюретаж альвеолы;
- b) Диатермокоагуляция стенок и дна альвеолы;
- c) +Тампонирование лунки йодоформенной турундой;
- d) Тампонирование с мазью Вишневского;
- e) Физиотерапия.

190. Альвеолит после удаления зуба может быть:

- a) +Влажным;
- b) +Сухим;
- c) Первичным;
- d) Вторичным;
- e) Неспецифическим.

191. Рекомендации после удаления зуба:

- a) Употребления жидкостей только через трубочку, чтоб не вызывать отрицательное давление в ротовой полости;
- b) Сохранять тампон после удаления в течении часа;
- c) +Продолжить чистить зубы только на 2 день;
- d) Не употреблять в пищу мягкие продукты 24-48 часов;
- e) +Анальгетики.

192. Показания к удалению постоянных зубов:

- a) Зубы с гангренозным пульпитом, которые не поддаются эндодонтическому лечению;
- b) +Зубы, являющиеся причиной остеомиелита;
- c) Травматические поражения зубов;
- d) Зуба с переломом в области апикальной трети;
- e) +Аномально расположенные зубы, не поддающиеся ортодонтическому лечению.

193. Местные и общие абсолютные противопоказания к удалению зубов:

- a) В первые два года после острого инфаркта миокарда;
- b) В первые 3 месяца и последние 2 месяца беременности ;
- c) Острые лейкозы;
- d) +Зубы из зоны недавно подвергшейся радиотерапии;



e) +Зубы в области злокачественной опухоли.

194. Относительными местными противопоказаниями к удалению зубов являются:

- a) +Местные или общие воспалительные заболевания с нарушением общего состояния;
- b) В первые дни менструации в связи с повышенным риском кровотечения;
- c) +Острые воспалительные заболевания в области ротоглотки;
- d) +Костные поражения, предрасполагающие к патологическому перелому челюсти (кисты, доброкачественные опухоли);
- e) Пациенты с вирусными гепатитами.

195. Наложение и фиксация щипцов производится с соблюдением следующих условий:

- a) +Производится по ходу оси зуба;
- b) Сначала накладывается вестибулярная щечка щипцов, где лучше обзор;
- c) Щипцы накладываются на расстоянии от альвеолы зуба, чтоб предупредить травму десны;
- d) +Щипцы фиксируются плотно на коронке до ощущения одного целого с зубом;
- e) +Щипцы должны быть наложены как можно ближе к шейке зуба.

196. Какие из следующих утверждений относительно сепарации корней являются истинными:

- a) +Для верхних зубов производится в форме буквы «Т»;
- b) +Производится при помощи цилиндрического или шаровидного бора;
- c) Показанием к удалению с сепарацией корней являются моляры с конвергирующими корнями, когда расстояние между корнями больше зубной альвеолы в области шейки зуба;
- d) +После произведения сепарации корней удаление заканчивают щипцами для корней;
- e) +Показана при удалении моляров с дивергирующими корнями.

197. Показания к удалению зубов при помощи альвеолотомии:

- a) + Дивергирующие и сильно искривленные корни зубов;
- b) Подвижные корни зубов;
- c) Корни зубов без гиперцементоза;
- d) +Корни зубов, оставленные под мостовидным протезом;
- e) +Корни зубов, оставшиеся после удалений в прошлом

198. Этапы удаления фрагмента корня зуба при помощи альвеолотомии:

- a) +Разрез с целью создания треугольного или трапециевидного лоскута;
- b) Отслойка сначала десны и только потом надкостницы;



- c) +Резекция кости в проекции корня с его обнажением;
- d) Рассечение остатка корня на маленькие фрагменты;
- e) +Репозиция и ушивание лоскута.

199. Осложнения после удаления нижних зубов мудрости:

- a) +Вывих ВНЧС;
- b) Оро-антральное сообщение;
- c) +Кровотечение;
- d) +Повреждение нижнего альвеолярного нерва;
- e) +Вывих или перелом второго моляра.

200. Факторы, облегчающие удаление нижнего зуба мудрости :

- a) +Медиальный наклон;
- b) Длинные и узкие корни;
- c) Отсутствие соседнего зуба в зубной дуге;
- d) Узкое периодонтальное пространство;
- e) +Несформированные корни.

201. МС. Плотность доступной кости в беззубом участке оказывает преимущественное влияние на:

- A. Время заживления
- B. +Хирургическую тактику
- C. +Дизайн имплантатов
- D. Количество имлантов
- E. Все вышеперечисленные

202. М.С. Требования, необходимые для достижения хорошей первичной стабильности имплантата:

- A. +Отсутствие движения на границе кость-имплантат
- B. Чрезмерное сверление
- C. +Близкое приближение живой кости к биосовместимой поверхности имплантата
- D. +Адаптация протокола сверления для определения плотности костной ткани
- E. Диаметр имплантата должен соответствовать толщине кости

203. МС. Какие авторы перечислили четыре качества кости, обнаруженных в беззубой челюстной кости?

- A. Branemark
- B. +Lekholm и Zarb
- C. Hounsfield
- D. +Misch
- E. Bucur

204. SC. Согласно Misch, плотность костной ткани D1 встречается в следующей области:



- A. От клыка до клыка в верхней челюсти
B. Задняя область верхней челюсти
C. Задняя область нижней челюсти
D. +Передняя нижняя челюсть
E. Передняя верхняя челюсть
- 205. SC. Lekholm и Zarb перечислили качества костной ткани по данным какой области?**
A. Передняя и задняя области верхней и нижней челюсти
B. +Передняя область верхней и нижней челюсти
C. Задняя область верхней и нижней челюсти
D. Передняя часть верхней челюсти и задняя часть нижней челюсти
E. От клыка до клыка в верхней челюсти
- 206. SC. Плотность костной ткани НАИБОЛЕЕ точно определяется перед операцией с помощью _____**
A. Периапикальной рентгенографии
B. Латерального цефалометрического изображения
C. +КЛКТ
D. Панорамного снимка
E. Телерентгенография
- 207. MC. Что можно определить при подготовке места имплантации?**
A. +Плотность костной ткани
B. +Объем кости
C. +Толщина крестальной кортикальной кости
D. Вторичная стабильность
E. Присутствие или отсутствие воспалительного процесса
- 208. SC. По данным Европейской ассоциации остеointеграции, какое усилие вкручивания имплантата считается оптимальным:**
A. От 0 до 25 Ncm
B. +От 10 до 40 Ncm
C. От 40 до 90 Ncm
D. Более 90 Ncm
E. Более 120 Ncm
- 209. SC. Плотность кости от сильной к слабой по классификации Misch:**
A. D2,D4,D1,D3
B. +D1,D2,D3,D4
C. D4,D3,D2,D1
D. D3,D1,D4,D2
E. D1,D2,D4,D3
- 210. MC. Характеристики кости D1 по классификации Misch:**
A. +Плотная кортикальная кость



- B. Заполненная гаверсная система
- C. +Высокоминерализованная
- D. Богато васкуляризованный
- E. Все вышеперечисленные

211. MC. Выберите методы, используемые для предотвращения перегрева во время остеотомии:

- A. +Применение 0,9% стерильного физиологического раствора
- B. Внутривенное введение раствора декстрозы
- C. +Прерывистое сверление
- D. Дистиллированная вода
- E. Непрерывистое сверление

212. MC. Факторы связанные с выделением тепла при сверлении ложи имплантата, являются:

- A. Дизайн имплантата
- B. +Давление при сверление
- C. +Скорость вращения сверла
- D. +Плотность костной ткани
- E. Прерывистое сверление

213. SC. Преждевременное обнажение имплантатов по Н. Tal классифицируется на:

- A. +4 класса (0-1-2-3-4)
- B. 3 класса (0-1-2-3)
- C. 5 классов (0-1-2-3-4-5)
- D. 6 классов (0-1-2-3-4-5-6)
- E. Ничего из вышеперечисленного

214. MC. Какие действия необходимо выполнить в случае преждевременного обнажения имплантата?

- A. Удаление имплантата и установка другого после заживления
- B. Ушивание мягких тканей сверху
- C. +Соединение формирователя десны
- D. +Проверка стабильности имплантата
- E. Удаление имплантата и установка другого в другом месте

215. SC. Выберите оптимальный вариант орошения во время подготовки места имплантации:

- A. Гипертонический раствор
- B. +Изотонический раствор 0,9%
- C. Дистиллированная вода
- D. Раствор люголя 0,5%
- E. Отсутствие орошения



- 216. MC. Выберите возможные последствия недостаточного орошения при сверлении места имплантации:**
- A. +Перегрев кости
 - B. +Преждевременной неудачи
 - C. Синусит
 - D. +Периимплантит
 - E. Лимфаденит
- 217. MC. Выберите варианты, направленные на то, чтобы избежать перегрева кости во время подготовки места имплантации:**
- A. +Прерывистое сверление
 - B. +Соблюдение порядка диаметров свёрл
 - C. +Орошение во время сверления
 - D. Непрерывное сверление
 - E. Отсутствие орошения
- 218. MC. Кровоснабжение от кости D1 происходит в основном от _____**
- A. +Кровеносных сосудов
 - B. Костного мозга
 - C. +Надкостницы
 - D. Лимфатических сосудов
 - E. Кожы
- 219. MC. Преимущества кости D2 (по Misch) заключаются в следующем:**
- A. +Обеспечивает оптимальный контакт имплантата с костью
 - B. Не требует орошения
 - C. +Качество кости лучше чем D1
 - D. +Приводит к лучшей стабильности имплантата
 - E. Более быстрый период интеграции
- 220. MC. Какой период является общепринятым для интеграции импланта:**
- A. +3 месяца для нижней челюсти
 - B. 3 месяца для верхней челюсти
 - C. 6 месяцев для нижней челюсти
 - D. +6 месяцев для верхней челюсти
 - E. 3 месяца для нижней челюсти и 6 месяцев для верхней челюсти
- 221. SC. Для какого типа кости (по классификации Misch) может быть рекомендовано уменьшенное сверление?**
- A. +D4
 - B. D2
 - C. D3
 - D. D1
 - E. Все вышеперечисленные



222. SC. Выберите порядок от более высокого риска до более низкого риска перегрева во время подготовки остеотомии (по Misch) :

- A. D4,D3,D2,D1
- B. +D1,D2,D3,D4
- C. D2,D3,D4,D1
- D. D1,D4,D3,D2
- E. D3,D2,D1,D4

223. SC. Недостатки кости D3 (по Misch) :

- A. Передняя челюсть часто узкая
- B. Чрезмерное сверление по ошибке
- C. Одноэтапная установка имплантата
- D. +Часто меньшая первичная стабильность
- E. Все вышеперечисленные

224. SC. Выберите рекомендуемое пространство между имплантатами:

- A. +2,5-3мм
- B. 1мм
- C. 5мм
- D. 2мм
- E. <1mm

225. SC. Выберите оптимальное соотношение имплантат-коронка:

- A. +Меньше 1:1
- B. Более 1:1
- C. Более 2:1
- D. Меньше 2:1
- E. Это не имеет никакого значения

226. MC. Выберите преимущества аутогенной костной пластики:

- A. +Костная регенерация
- B. Замещение костной ткани
- C. +Меньше неудач интеграции трансплантата
- D. Меньшее количество ран
- E. Сокращение времени операции

227. MC. Выберите недостатки наклонно расположенных имплантатов (в буккально-лингвальном аспекте):

- A. Слабая интеграция
- B. +Сложное ортопедическое лечение
- C. +Неправильное распределение сил
- D. Периимплантит
- E. Длительное время заживления

228. MC. Что является причиной увеличения времени заживления в случае D4 (по Misch)?



- A. +Количество остеобластов меньше
- B. +Позволяет кости реконструироваться на поверхности
- C. +Снизить риск неудачи в случае плохой первичной устойчивости
- D. Позволить кости стать сильнее
- E. Увеличение объёма кости

229. MC. Выберите тактику в широкой задней верхней челюсти с костью D4 (по Misch):

- A. +Больший диаметр имплантата
- B. Меньший диаметр имплантата
- C. +Протокол уменьшенной ложи имплантата
- D. +Костная конденсация
- E. Нет необходимости следовать протоколу

230. MC. Выберите элементы, которые формируют биологическую ширину вокруг имплантатов:

- A. Слизистая оболочка полости рта
- B. +Соединительный эпителий
- C. +Субэпителиальная соединительная ткань
- D. +Глубина десневой борозды
- E. Корни соседних зубов

231. MC. Когда начинается формирование биологической ширины вокруг имплантатов?

- A. +После второго хирургического этапа в двухэтапной установке имплантата.
- B. +После установки имплантата в один хирургический этап.
- C. После установки имплантата в два хирургических этапа.
- D. После протетической реабилитации.
- E. Через год после установки имплантата

232. SC. Что означает ранняя установка имплантатов (тип 2) :

- A. Установка имплантатов через 7 дней после удаления зуба
- B. Установка имплантатов после заживления кости
- C. +Установка имплантата после заживления мягких тканей (4-8 недель)
- D. Установка имплантата после частичного заживления кости (12-16 недель).
- E. Установка имплантатов сразу после удаления зуба

233. SC. Что означает ранняя установка имплантатов (тип 3):

- A. Установка имплантатов через 7 дней после удаления зуба
- B. Установка имплантатов после заживления кости
- C. Установка имплантата после заживления мягких тканей (4-8 недель)
- D. +Установка имплантата после частичного заживления кости (12-16 недель).
- E. Установка имплантатов сразу после удаления зуба

234. SC. Согласно классификации сагиттальных лунок (Kap 2011), лунка тип 1 означает:



- A. +Значительное количество кости присутствует на небной стороне лунки
- B. Значительное количество кости присутствует на вестибулярной стороне лунки
- C. Корень расположен в середине альвеолярного отростка.
- D. Нет кости на обоих аспектах (небном и щечном).
- E. Значительное количество кости по вертикали

235. MC. Что означает повышение уровня дна синуса транскрестальным методом?

- A. +Подъем дна пазухи через место имплантации
- B. Подъем дна пазухи через отдельное окно
- C. +Также известный как закрытый синус-лифтинг
- D. Также известный как открытый синус-лифтинг
- E. Также известный как полу-открытый синус-лифтинг

236. MC. Что означает боковой синус-лифтинг ?

- A. Подъем дна пазухи через место имплантации
- B. Также известный как закрытый синуслифтинг
- C. +Подъем дна пазухи через отдельное окно
- D. +Также известный как открытый синус-лифтинг
- E. Также известный как полу-открытый синус-лифтинг

237. MC. Субантральная классификация (SA, Misch) относится к:

- A. +Остаточной высоте кости разделенной на 5 групп
- B. Остаточной высоте кости разделенной на 4 группы
- C. Остаточной высоте кости до нижнего альвеолярного нерва разделенной на 4 группы
- D. +Количество кости под дном пазухи
- E. Остаточной высоте кости до нижнего альвеолярного нерва разделенной на 3 группы

238. MC. Что означает биологическая стабильность?

- A. Первичная стабильность имплантата
- B. +Вторичная стабильность имплантата
- C. +Стабильность имплантата после периода заживления
- D. Стабильность имплантата после имплантации
- E. Стабильность имплантата через 4 недели

239. SC. Согласно субантральной классификации Misch, SA-4 относится к следующей высоте кости:

- A. Менее 4 мм
- B. +Менее 5 мм
- C. От 5 до 10 мм
- D. Более 10 мм
- E. Менее 10 мм



- 240. SC. Для того чтобы проверить наличие или отсутствие перфорации синусовой мембраны, выполняется следующий маневр:**
- A. Vincent
 - B. Перкусионный маневр
 - C. +Valsalva
 - D. Зондирование Шнейдеровской мембраны
 - E. Все вышеперечисленные
- 241. MC. Какие параметры характеризуют первичную стабильность имплантатов:**
- A. +Сила вкручивания
 - B. +Значения периотеста
 - C. +Значения ISQ
 - D. +Проба Branemark
 - E. Рентгенография
- 242. MC. Какие осложнения могут возникнуть при имплантации на верхней челюсти:**
- A. +Перфорация щечной кости
 - B. Перфорация нижнечелюстного канала
 - C. +Перфорация дна пазухи
 - D. +Перфорация носового дна
 - E. Перелом LeFort I
- 243. MC. Выберите биоматериалы, которые считаются рассасывающимися:**
- A. Ксенотрансплантат
 - B. +Аутогенная кость
 - C. +Коллаген и гидроксиапатит
 - D. Титановые сплавы
 - E. Все вышеперечисленные
- 244. MC. Выберите возможные причины преждевременного обнажения имплантата:**
- A. +Микробная утечка с платформы имплантата
 - B. Плохая стабильность имплантата
 - C. +Механическая травма мягких тканей, покрывающих имплантат
 - D. +Периимплантит
 - E. Углубление имплантата
- 245. MC. Какие критерии должны быть проанализированы на КЛКТ перед синус-лифтингом:**
- A. +Проницаемость синуса
 - B. +Наличие или отсутствие патологии верхнечелюстной пазухи
 - C. Топография носо-нёбного нерва
 - D. Топография нижнего альвеолярного нерва



Е. ВНЧС

246. МС. Выберите осложнения, связанные с имплантатами и имплантационной хирургией:

- A. +Биологические осложнения
- B. Физические осложнения
- C. +Механические осложнения
- D. Потеря костной массы 1,5 мм в течение первого года после нагрузки.
- E. Химические осложнения

247. МС. Выберите противопоказания для имплантации:

- A. +Терапия бифосфонатами
- B. Парестезия нижней губы
- C. Пациенты старше 65 лет
- D. +Неконтролируемый диабет
- E. Компенсированный диабет

248. SC. Выберите биоматериалы, которые имеют остеиндукционные свойства:

- A. Ксенотрансплантат
- B. Аллотрансплантат
- C. +Аутогрансплантат
- D. Синтетические Материалы
- E. Все вышеперечисленные

249. SC. Выберите правильное утверждение об остеокондукции:

- A. Стимулирует трансформацию недифференцированных клеток в активные костные клетки
- B. Живые остеобласты внутри материала трансплантата помогают в процессе восстановления кости
- C. +Направляет репаративный рост нативной кости, служащий каркасом
- D. Непосредственно стимулирует клетку дифференцироваться в костные клетки
- E. Все вышеперечисленные

250. МС. Какое интраоперационное осложнение может возникнуть при боковом подъеме дна синуса:

- A. Гайморит
- B. +Проталкивание имплантата в синус
- C. +Перфорация синусовой мембраны
- D. +Распространение трансплантата в синус
- E. Повреждение нижнего альвеолярного нерва



Catedra de chirurgie OMF și implantologie
orală „Arsenie Guțan”

RED:	06
DATA:	20.09.2017
Pag. 46/46	