Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) выраженный болевой симптом

4) полное отсутствие движений нижней челюсти :

5) укорочение ветви нижней челюсти

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС :

5) верхняя макрогнатия

Межсуставный диск при опускании и поднимании челюсти:

1) двигается вместе с головкой :

2) неподвижен

3) вращается вокруг вертикальной оси

4) двигается в вертикальном положении

5) двигается медиально, дистально

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) снижение высоты суставного бугорка :

5) нижняя ретрогения

Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?:

1) нет

2) только вниз :

3) только вперед

4) только назад

5) только вверх

Найдите метод вправления нижней челюсти по Гиппократу:

1) больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади :

2) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади

3) больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад

4) больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти

5) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вверх и кпереди

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит височно-нижнечелюстного сустава

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) глубокое резцовое перекрытие

5) снижение высоты суставного бугорка :

Найдите метод вправления нижней челюсти по А.А. Тимофееву:

1) больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади

2) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади

3) больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад

4) больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти :

5) больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вверх и назад на вывихнутые головки нижней челюсти

Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:

1) слезотечение

2) снижение высоты прикуса

3) невозможность сомкнуть зубы :

4) ограничение подвижности нижней челюсти

5) перекрестный прикус

Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти:

1) кровотечение изо рта

2) невозможность закрыть рот :

3) зубы смыкаются во фронтальном участке

4) сухость в полости рта

5) лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов

Наиболее характерным набором признаков для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава является:

1) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно :

2) болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при альпаторном обследовании; жевание затруднено

3) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограниченно; прикус не нарушен; припухлость в области сустава

4) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограниченно; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

5) болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; возможность закрыть рот; смещение подбородка кзади и в сторону; жевание невозможно

Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

1) в иммобилизации

2) в резекции суставного бугорка

3) в прошивании суставной капсулы

4) в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти

5) в введении суставной головки в суставную впадину :

Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1) наркоз

2) местное :

3) нейролептаналгезия

4) стволовая анестезия

5) аппликационная анестезия

Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного:

1) лежа

2) сидя :

3) стоя

4) полулежа

5) полусидя

Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает:

1) на углы нижней челюсти

2) на фронтальную группу зубов

3) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки :

4) на премоляры

5) на вырезку нижней челюсти

При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении:

1) вниз

2) вбок

3) книзу:

4) снизу вверх

5) фронтальной группы зубов

При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава ведущим видом местной анестезии является:

1) инфильтрационная анестезия области сустава

2) блокада жевательной мышцы

3) анестезия у круглого отверстия :

4) ментальная анестезия

5) анестезия у большого небного отверстия

Тактика врача после вправления вывиха, произшедшего впервые:

1) рекомендовать щадящую диету, подбородочная праща :

2) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры

3) кратковременная лигатурная фиксация

4) подбородочная праща

5) наблюдение

Для острого вывиха в анамнезе характерно:

1) наличие периодических болей в области сустава

2) удар в подбородочный отдел :

3) наличие постоянной микротравмы (высокая пломба зуба)

4) завышение прикуса при протезировании

5) снижение прикуса при протезировании

Для переднего вывиха не характерны следующие причины:

1) зевота

2) травматическое удаление зуба

3) откусывание яблока

4) при интубации трахеи

5) удар в область угла нижней челюсти :

Возникновению переднего вывиха способствуют:

1) расслабление связочно-капсулярного аппарата

2) деформация суставных элементов

3) изменение структуры межкапсулярного диска

4) все вышеперечисленные :

5) острое гнойное воспаление сустава

Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1) актиномикоз

2) острая травма :

3) околоушный гипергидроз

4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

5) щечный лимфаденит

Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1) актиномикоз

2) острая травма

3) околоушный гипергидроз

4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии :

5) абсцесс околоушной области

Ревматоидный артрит относится:

1) к дистрофическому виду артрита :

2) к инфекционному неспецифическому виду артрита

3) к инфекционному специфическому виду артрита

4) к неинфекционному специфическому виду артрита

5) к неинфекционному неспецифическому виду артрита

Причиной специфического артрита височнонижнечелюстного сустава является:

1) сифилис:

2) ревматическая атака

3) околоушный гипергидроз

4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

5) острая травма

Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:

1) с острым отитом :

2) с острым гайморитом

3) с околоушным гипергидрозом

4) с переломом верхней челюсти

5) с флегмоной поднижнечелюстной области

В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят:

1) химиотерапия

2) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава :

3) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация

4) физиотерапия, удаление мыщелкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава

5) иглотерапия

При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения:

1) суставная щель сужена

2) возможно неравномерное расширение

3) суставная щель определяется

4) не определяется :

5) равномерное расширение суставной щели

К хроническому артриту чаще приводит:

1) бруксизм

2) переломы нижней челюсти в области угла

3) двусторонняя частичная адентия :

4) контрактура нижней челюсти

5) остеоартроз

Какие из нижеперечисленных исследований необходимы для уточнения диагноза "острого ревматического артрита"?:

1) общий анализ крови

2) коагулограмма

3) дифениламиновая проба :

4) на содержание амилазы

5) остаточный азот

Характерным путем распространения инфекции для ревматических и ревматоидных артритов является:

1) гематогенный :

2) лимфогенный

3) одонтогенный

4) контактный

5) воздушно-капельный

Укажите признаки, характерные для анамнеза острого травматического артрита:

1) синусит

2) удаление (травматическое) зуба

3) флегмона околоушно-жевательной области :

4) грипп

5) отит

Ведущим симптомом анкилоза височнонижнечелюстного сустава является:

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой синдром

5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти :

Основной причиной развития анкилоза височнонижнечелюстного сустава является:

1) артрит

2) опухоль

3) мастоидит:

4) околоушный гипергидроз

5) целлюлит околоушно-жевательной области

Основной причиной развития анкилоза височнонижнечелюстного сустава является:

1) опухоль

2) мастоидит

3) околоушный гипергидроз

4) остеомиелит нижней челюсти :

5) целлюлит околоушно-жевательной области

Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

1) гнойный

2) фиброзный :

3) слипчивый

4) катаральный

5) атрофический

Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

1) костный:

2) гнойный

3) серозный

4) катаральный

5) атрофический

Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой синдром

5) смещение нижней челюсти в здоровую сторону :

Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой синдром

5) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам :

Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой синдром

5) полное отсутствие движений нижней челюсти :

Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1) миография

2) аудиометрия

3) биохимия крови

4) компьютерная томография :

5) электроодонтодиагностика

Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1) нижней макрогнатией

2) верхней микрогнатией

3) верхней ретрогнатией

4) профилем "птичьего" лица :

5) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1) нижней макрогнатией

2) верхней микрогнатией

3) верхней ретрогнатией

4) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

5) уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне :

Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1) прерывистой суставной щелью

2) сплошным костным конгломератом :

3) четко контурируемыми элементами суставных структур

4) разряжением в области ВНЧС

5) не четко контурируемыми элементами суставных структур

Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава:

1) физиотерапия

2) хирургический :

3) консервативный

4) ортопедический

5) ортодонтический

Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:

1) в редрессации :

2) в физиотерапии

3) в артропластике

4) в создании ложного сустава

5) в остеотомии нижней челюсти

Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается: 1) в редрессации

2) в физиотерапии

3) в создании ложного сустава :

4) в остеотомии нижней челюсти

5) в механотерапии

Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

1) верхняя макрогнатия

2) снижение высоты прикуса

3) укорочение ветвей нижней челюсти

4) ограничение подвижности нижней челюсти :

5) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе

Основным методом лечения контрактур нижней челюсти является:

1) комплексный

2) хирургический

3) консервативный

4) физиотерапевтический :

5) механотерапия

Основным хирургическим методом лечения контрактур нежней челюсти заключается:

1) в иссечении рубцов

2) в рассечении рубцов

3) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

4) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов :

5) в артропластике

Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти является: 1) верхняя макрогнатия

2) снижение высоты прикуса

3) укорочение ветвей нижней челюсти

4) ограничение подвижности нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе

5) веерообразное положение фронтальной группы зубов :

Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава:

1) в задней стенке

2) в наружной стенке

3) в передней стенке :

4) в верхней стенке

5) в нижней стенке

К дистрофическим процессам относится:

1) пародонтит

2) пародонтоз :

3) гипертрофический гингивит

4) десмодонтоз

5) пародонтома

Показаниями к проведению остеогингивопластики являются:

1) кариес

2) гингивит

3) хронический периодонтит

4) тяжелая и средняя форма пародонтита :

5) гипертрофический гингивит

Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются:

1) УФО

2) лазер

3) массаж и д'арсанвализация :

4) иглоукалывание

5) магнитотерапия

К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы:

1) кюретаж

2) гингивотомия

3) операция по Мюллеру

г) операция по Губману

5) операция по Киселеву :

**Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?**

1) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня

2) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет  
**3) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок:**  
4) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости

5) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 2/3 корня

**Лоскутная операция (по Видманну-Нейманну, 1974) проводится при:**

1) острых воспалительных процессах

**2) зубодесневых карманах глубиной более 6 мм:**  
3) зубодесневых карманах глубиной не более 6 мм  
4) подвижности зубов III-IV степени

5) при рецессиях

**При пародонтите легкой степени тяжести показано оперативное вмешательство:**

1) гингивэктомия  
2) удаление зуба  
**3) кюретаж пародонтологических карманов :**  
4) лоскутные операции

5) корригирующие операции в полости рта

**Гингивотомия по Н.Ф. Данилевскому и Г.Н. Вишняк (1977) подразумевает выполнение:**

1) формирование трапециевидного лоскута  
2) горизонтального разреза параллельно десневому краю отступив 1,5-2 мм от него  
3) разреза по сосочковой линии  
**4) полулунного разреза длиной 6-8 мм, отступив от десневого края 3-4 мм :**

**5) коронарно-смещенный лоскут**

**Участок вмешательства при пародонтологических операциях закрывают:**

1) мазью Холисал  
**2) пародонтальной повязкой :**  
3) вазелиновым компрессом  
4) мазью Метрогил Дента

5) Левомеколевой мазью

**На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:**

1) пародонтиту легкой степени  
**2) пародонтиту средней степени :**  
3) пародонтиту тяжелой степени  
4) пародонтозу легкой степени

5) гингивиту

**Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 – рентгенологический признак:**

1) пародонтоза легкой степени  
2) пародонтита средней степени  
3) пародонтита легкой степени  
**4) пародонтоза средней степени :**

**5) гингивита**

**Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 – рентгенологический признак:**

1) пародонтоза легкой степени  
2) пародонтита легкой степени  
3) пародонтоза средней степени  
**4) пародонтита тяжелой степени :**

**5)пароднтоза тяжелой степени**

**Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/3 – рентгенологический признак:**

1) пародонтоза средней степени  
2) пародонтита средней степени  
**3) пародонтоза легкой степени :**  
4) пародонтита легкой степени

5) гингивит генерализованный

**На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:**

1) пародонтозу средней степени  
2) пародонтозу легкой степени  
**3) пародонтиту легкой степени :**  
4) пародонтиту тяжелой степени

5) рецессия 1 класса

**Главной методикой устранения явлений гипертрофических разрастаний десневого края является:**

1) френэктомия или френотомия  
2) модифицированный лоскут Видмана  
**3) гингивэктомия :**  
4) кюретаж

5) одонтопластика

**К общим противопоказанием к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:**

1) патология прикуса  
**2) активная форма туберкулеза :**  
3) острые инфекционные заболевания (грипп, ангина)  
4) несоблюдение правил индивидуальной гигиены

5) общее состояние пациента

**При пародонтите средней и тяжелой степени тяжести показано оперативное вмешательство:**

1) гингивэктомия  
**2) лоскутные операции :**  
3) иссечение коротких уздечек, тяжей, углубление преддверия полости рта  
4) кюретаж пародонтологических карманов

5) лазерная хирургия

**К относительным противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:**

1) заболевания крови (гемофилия)  
2) онкологическая патология в терминальной стадии  
3) активная форма туберкулеза  
**4) патология прикуса :**

**5) наличие пародонтального абсцесса**

**К относительным противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:**

1) активная форма туберкулеза  
2) заболевания крови (гемофилия)  
3) онкологическая патология в терминальной стадии  
**4) наличие не устранённой травматической окклюзии :**

**5) фиброзное перерождение десны**

**На какой срок накладывается послеоперационная пародонтологическая повязка?:**

1) 7 дней  
2) 5 дней  
**3) 14 дней :**  
4) 10 дней

5) 2 дня

**К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:**

1) гингивэктомия  
2) кюретаж  
3) гингивотомия  
**4) френулотомия :**

**5) остеопластика**

**К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:**

1) гингивотомия  
**2) вестибулопластика :**  
3) гингивэктомия  
4) кюретаж

5) НТР

**К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:**

**1) закрытие изолированных рецессии десны :**  
2) гингивэктомия  
3) гингивотомия  
4) кюретаж

**5) электрохирургическое лечение**

**К группе гингивальных пародонтологических операций относится:**

1) френулотомия  
2) вестибулопластика  
3) пластика короткой уздечки губ и языка  
**4) гингивотомия :**

**5) цистэктомия**

**К группе гингивальных пародонтологических операций относится:**

1) вестибулопластика  
2) френулотомия  
3) пластика короткой уздечки губ и языка  
**4) гингивэктоми :**

**5) цистотомия**

**Глубина пародонтального кармана до 3,5 мм характерна для:**

1) пародонтита тяжёлой степени  
2) гингивита лёгкой степени  
3) пародонтите средней тяжести  
4) язвенного гингивита  
**5) пародонтита легкой степени :**

**Незначительное количество зубных отложений, хорошая фиксация зубов, обнажение шеек зубов, наличие клиновидных дефектов характерно для:**

1) гингивита лёгкой степени  
**2) пародонтоза :**  
3) пародонтита тяжёлой степени  
4) язвенного гингивита  
5) пародонтита средней тяжести

**Показаниями к закрытому кюретажу являются:**

1) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 8 мм  
2) подвижность зубов III-IV степени  
3) острые воспалительные процессы  
**4) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 4 мм :**

**5) мелкое преддверие рта**

**Биомодификация (кондиционирование) корневых поверхностей производят:**

1) 22%-и лимонной кислотой  
**2) 18%-и лимонной кислотой :**  
3) 24%-и лимонной кислотой  
4) 20%-и лимонной кислотой

5) йодоформом

**Основной функцией пародонта является:**

1) амортизирующая  
2) рефлекторная  
3) рецепторная  
**4) барьерная :**

**5) хирургическая**

**Основным показанием для открытого кюретажа является:**

1) подвижность зубов III-IV степени  
2) острых воспалительных процессах  
**3) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 6 мм :**  
4) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 8 мм

5) подвижность зубов I -II степени

Показания для проведения лоскутной операции:

1) хронический катаральный гингивит

2) гипертрофический гингивит тяжелой степени :

3) хронический пародонтит средней степени

4) хронический генерализованный пародонтит в стадии обострения

5) перекрестный прикус

Патологическая подвижность группы зубов 3 степени при хроническом генерализованном пародонтите – показание для:

1) удаления подвижных зубов :

2) лоскутной операции по Рамьфьерду

3) направленной регенерации костной ткани

4) проведение эндодонтического лечения

5) одонтопластики

Цель проведения лоскутной операции:

1) устранение воспаления

2) устранение пародонтольного кармана :

3) устранение подвижности зубов

4) сепарация корней

5) все вышеперечисленное

Цель проведения направленной тканевой регенерации пародонта:

1) восстановление пародонтальной связки, костного и мягкотканого компанента :

2) устранение патологической подвижности зубов

3) восстановление эпителия десневой борозды

4) удаление патологических грануляций

5) удаление зуба

Остеоиндукция – это:

1) способность стимулировать рост кости

2) способность к трансформации других тканей в костную ткань

3) свойство морфогенетических белков

4) цементогенез

5) все перечисленное верно :

Хирургическое лечение в качестве подготовки к ортопедическому лечению проводят:

1) при наличии острого края альвеолы

2) мелком преддверии полости рта

3) наличии короткой уздечки губы

4) рубцовых стяжениях слизистой оболочки

5) все ответы верны :

Гемисекция — это:

1) удаление зуба

2) коррекция десны вокруг корня зуба

3) удаление корня зуба

4) удаление одного из корней зуба вместе с частью его коронки :

5) удаление части коронки зуба

Ампутация корня зуба — это удаление:

1) верхушки зуба

2) остаточного корня зуба

3) корня зуба с сохранением коронковой части :

4) одного из корней зуба вместе с частью его коронки

5) все ответы верны

Альвеолэктомия — это удаление:

1) острого края альвеолы :

2) остеомы

3) лунки зуба

4) межкорневой перегородки

5) все ответы верны

Для аугментации (увеличения) атрофированного альвеолярного отростка (части) челюстей можно использовать:

1) аутотрансплантат кости

2) аллотрансплантат кости

3) гидроксиапатит

4) лиофилизированный аллотрансплантат хряща

5) все ответы верны :

К общим противопоказаниям операции имплантации относят:

1) любые противопоказания к местной анестезии :

2) болевой синдром в челюстно-лицевой области неясного генеза

3) недостаточное наличие костной ткани

4) не поддающийся лечению генерализованный маргинальный гингивит

5) гипертрофический гингивит

К местным противопоказаниям операции имплантации относят:

1) плохую гигиену полости рта :

2) психические заболевания

3) эндокардит в анамнезе

4) прием цитостатиков

5) общее состояние пациента

Дентальный имплантат – это:

1) изделие из биологического материала

2) изделие из небиологического материала, который вводится в организм для выполнения каких-либо функций в течение длительного времени :

3) изделие из небиологического материала на короткий срок

4) изделие из биологического материала на длительный срок

5) аутокость

Основа импланталогии:

1) биосовместимость имплантационных материалов

2) биоинертность имплантационных материалов :

3) биоактивность имплантационных материалов

4) биотолерантность имплантационных материалов

5) биозависимость имплантационных материалов

Остеоиндуктивные материалы характеризуются:

1) способностью не обеспечивать адгезию белков и клеток костной ткани на своей поверхности

2) способностью обеспечивать адгезию белков и клеток костной ткани на своей поверхности

3) способностью стимулировать остеогенез :

4) способностью не влиять на остеогенез

5) способностью не стимулировать остеогенез

В чем заключается суть «мультимодальной» концепции дентальной имплантации?:

1) внедрение нескольких имплантатов одного типа в челюстную кость у одного пациента

2) внедрение дентальных имплантатов различных типов в челюстную кость у одного пациента в зависимости от анатомических условий и клинической ситуации :

3) внедрение импланта одного типа в челюстную кость у одного пациента

4) оптимизация использования метода дентальной имплантации в реабилитации

5) определение набора показаний

Выявление общих противопоказаний проводится на основании:

1) осмотра

2) пальпации

3) перкуссии

4) сбора анамнеза :

5) аускульптации

Двухэтапные цилиндрические и винтовые имплантаты диаметром 4,0 мм можно использовать при толщине альвеолярного отростка:

1) 4,8 мм

2) 5,0 мм

3) 5,5 мм

4) 6,0 мм :

5) 6,2

Приблизительное соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярного отростка для верхней челюсти составляет в норме:

1) 1:1

2) 1:2

3) 1:3 :

4) 1:4

5) 2:2

Приблизительное соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярного отростка для нижней челюсти составляет в норме:

1) 1:1:

2) 1:2

3) 1:3

4) 1:4

5) 1:5

При установке двухэтапного винтового имплантата диаметром 3,75 мм необходимо использовать сверла с нарастающим диаметром:

1) 2 мм; 2,8 мм; 3,2 мм :

2) 2 мм; 2,8 мм

3) 2 мм; 2,8 мм; 3,2 мм; 3,8 мм

4) 2мм; 2,7 мм; 3,2 мм

5) 2мм; 2,6 мм; 3,3 мм

Непосредственная имплантация в лунку удаленного зуба показана:

1) при наличии периапикального воспалительного процесса

2) при недостаточном объеме костной ткани

3) при недостаточном объеме мягких тканей для закрытия имплантата

4) при достаточном объеме костных и мягких тканей и отсутствии периапикального воспалительного процесса :

5) гипертрофическом гингивите

При двухэтапной методике операции имплантации II этап - установку формирователя десневой манжетки - на верхней челюсти необходимо проводить:

1) через 2-3 месяца

2) через 3-4 месяца

3) через 4-5 месяцев

4) через 5-6 месяцев :

5) через 6-7 месяцев

Определенные стоматологические манипуляции могут являться причиной денто-пародонтальных травм

1. Соскальзывание элеватора
2. Вывих соседних зубов при упирании элеватором на них
3. Травма антагонистов щипцами при удалении зубов
4. все перечисленные:
5. Переломы зубов во время снятия протезов

Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита

1. жалобы пациента
2. длительность заболевания
3. кровоточивость десны при чистке зубов
4. глубина пародонтального кармана :
5. степень подвижности зубов

Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм

1. кюретаж карманов или операция «открый кюретаж»:
2. операция по Эдлану
3. лоскутная операция
4. гингивотомия
5. гингивэктомия

Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»:
3. лоскутная операция
4. гингивотомия
5. гингивэктомия

Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция:
4. гингивотомия
5. гингивэктомия

Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса

1. гингивотомия:
2. гингивэктомия
3. лоскутная операция
4. экстирпация зуба
5. кюретаж

Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям следует проводить в возрасте ребенка

1. 1 месяц
2. 1 год
3. 2-3 года
4. 4-5 лет:
5. 6-7 лет

Гингивотомия – это

1. иссечение стенки глубоких пародонтальных карманов до уровня дна и их кюретаж
2. рассечение пародонтального кармана и его медикаментозная обработка
3. иссеч.стенки пародонтальных карманов на 2/3 глубины
4. рассечение пародонтального кармана и его кюретаж:
5. иссечение стенки пародонтального кармана без кюретажа

Гингивэктомия – это

1. рассечение пародонтального кармана и его кюретаж
2. микроостеопластика
3. операция по Видману - Нейману
4. иссечение стенки глубоких пародонтальных карманов до уровня дна и их кюретаж:
5. рассечение пародонтального кармана и его медикаментозная обработка

Показанием к лоскутной операции является

1. истончение десен
2. фиброзные разрастания десны
3. горизонтальная форма атрофия кости
4. пародонтальный карман до 4 мм глубиной
5. вертикальная форма атрофии кости с образованием костных карманов:

Показанием к лоскутной операции, коррегирующей край десны, является

1. атрофический гингивит
2. пародонтальные карманы до 4 мм
3. обнажение шеек и корней фронтальных зубов:
4. один или несколько глубоких костных карманов
5. пародонтома

Показаниями к проведению остеогингивопластики являются

1. Кариес
2. Гингивит
3. хр. периодонтит
4. тяжелая и средняя форма пародонтита:
5. гипертрофический гингивит

Комплексное лечение пародонтита включает в себя

1. хирургическое лечение, противовоспалительное, ортопедическое
2. хирургическое лечение, противовоспалительное, ортопедическое, адекватную реабилитацию, обучение и контроль за гигиеной полости рта
3. обучение и контроль за гигиеной полости рта, противовоспалительное лечение, хирургическое, адекватную реабилитацию:
4. обучение и контроль за гигиеной полости рта, противовоспалительное, хирургическое, физиотерапевтическое, ортодонтическое
5. противовоспалительное, хирургическое, физиотерапевтическое, ортопедическое, реабилитацию

ПОКАЗАНИЯ К ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

1. папиллит
2. глубина карманов до 5-7мм
3. фиброматоз десен:
4. подвижность зубов
5. гингивит беременных

К БИОИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

1. нержавеющая сталь
2. хромокобальтовые сплавы
3. титан, цирконий:
4. гидроксиапатит
5. пластмасса

К БИОТОЛЕРАНТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

1. нержавеющая сталь:
2. титан и его сплавы
3. цирконий
4. тантал
5. алюминий

КОНТАКТНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ –ЭТО

1. процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата
2. процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата:
3. восстановление участков кости после травмы
4. неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной
5. реакция на инородное тело

**Основной причиной вывихов нижней челюсти является**

1. артрит ВНЧС
2. нижняя макрогнатия
3. снижение высоты прикуса
4. глубокое резцовое перекрытие
5. слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС:

**Основной причиной вывихов нижней челюсти является**

1. артрит ВНЧС
2. нижняя макрогнатия
3. снижение высоты прикуса
4. глубокое резцовое перекрытие
5. снижение высоты суставного бугорка:

**Лечение при вывихе нижней челюсти заключается**

1. в иммобилизации
2. в резекции суставного бугорка
3. а прошивании суставной капсулы
4. в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти
5. во введении суставной головки в суставную впадину:

**При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении**

1. вниз
2. вбок
3. книзу:
4. снизу вверх
5. фронтальную группу зубов

**Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать**

1. с острым отитом:
2. с острым гайморитом
3. с околоушным гипергидрозом
4. с переломом верхней челюсти
5. с флегмоной поднижнечелюстной области

**Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать**

1. с острым гайморитом
2. с околоушным гипергидрозом
3. с переломом верхней челюсти
4. с флегмоной поднижнечелюстной области
5. с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти:

**Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать**

1. с острым гайморитом
2. с околоушным гипергидрозом
3. с переломом верхней челюсти
4. с флегмоной поднижнечелюстной области
5. с флегмоной околоушно-жевательной области:

**Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является**

1. шум в ушах
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом
5. резкое ограничение подвижности нижней челюсти:

**Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является**

1. артрит:
2. опухоль
3. мастоидит
4. околоушный гипергидроз
5. целлюлит околоушно-жевательной области

**Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является**

1. опухоль
2. мастоидит
3. околоушный гипергидроз
4. целлюлит околоушно-жевательной области
5. травма мыщелковых отростков нижней челюсти:

**Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является**

1. опухоль
2. мастоидит
3. околоушный гипергидроз
4. остеомиелит нижней челюсти:
5. целлюлит околоушно-жевательной области

**Форма анкилоза ВНЧС**

1. гнойный
2. фиброзный:
3. слипчивый
4. катаральный
5. атрофический

**Форма анкилоза ВНЧС**

1. костный:
2. гнойный
3. слипчивый
4. катаральный
5. атрофический

**Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является**

1. шум в ушах
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом
5. смещение нижней челюсти в здоровую сторону:

**Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является**

1. шум в ушах
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом
5. гипертрофия жевательных мышц на больной стороне:

**Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является**

1. шум в ушах
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом
5. тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам:

**Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является**

1. шум в ушах
2. нарушение глотания
3. множественный кариес
4. выраженный болевой симптом
5. полное отсутствие движений нижней челюсти:

**Дополнительным методом исследования приди агностике анкилоза ВНЧС является**

1. миография
2. аудиометрия
3. биохимия крови
4. компьютерная томография:
5. электроодонтодиагностика

**Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является**

1. миография
2. аудиометрия
3. биохимия крови
4. томография ВНЧС:
5. электроодонтодиагностика

**Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется**

1. нижней макрогнатией
2. верхней микрогнатией
3. верхней ретрогнатией
4. профилем "птичьего" лица:
5. несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

**Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется**

1. нижней макрогнатией
2. верхней микрогнатией
3. верхней ретрогнатией
4. несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
5. уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне:

**Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС**

1. физиотерапия
2. хирургический:
3. консервативный
4. ортопедический
5. ортодонтический

**Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается**

1. в редрессации:
2. в физиотерапии
3. в артропластике
4. в создании ложного сустава
5. в остеотомии нижней челюсти

**Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является**

1. верхняя макрогнатия
2. снижение высоты прикуса
3. укорочение ветвей нижней челюсти
4. ограничение подвижности нижней челюсти:
5. ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС

**Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти является**

1. верхняя макрогнатия
2. снижение высоты прикуса
3. укорочение ветвей нижней челюсти
4. ограничение подвижности нижней челюсти в ВНЧС
5. веерообразное положение фронтальной группы зубов:

К дистрофическим процессам относится

1. пародонтит
2. пародонтоз:
3. гипертрофический гангивит
4. десмодонтоз
5. пародонтома

Показаниями к проведению остеогингивопластики являются

1. кариес
2. гингивит
3. хронический периодонтит
4. тяжелая и средняя форма пародонтита:
5. гипертрофический гингивит

К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы

1. кюретаж
2. гингивотомия
3. операция по Мюллеру
4. операция по Губману
5. операция по Киселеву:

При выполнении хирургического вмешательства на пародонте следует отдавать предпочтение следующему виду местной анестезии:

1) инфильтрационной :

2) интралигаментарной

3) поднадкостничной

4) проводниковой

5) все перечисленное верно

Швы накладывают с целью:

1) обеспечения заживления первичным натяжением

2) обеспечения поддержки тканям до их заживления

3) предотвращения обнажения кости

4) обеспечения правильной позиции лоскута

5) все перечисленное верно :

Для ушивания прикрепленной десны наиболее удобна игла:

1) треугольной формы :

2) круглой формы

3) обратнорежущей треугольной формы

4) форма иглы не имеет значения

5) все перечисленное верно

Основной целью пародонтальной хирургии является:

1) ликвидация зубо-десневого кармана :

2) иссечение воспаленной десны и удаление некротизированной костной ткани

3) создание новой зоны прикрепленной десны

4) предотвращения обнажения кости

5) все перечисленное верно

Целью кюретажа является:

1) удаление грануляционной ткани

2) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани

3) устранение кармана, создание условий для вторичного приживления десны к тканям зуба :

4) удаление участков проросшего эпителия десны

5) все перечисленное верно

Показанием к проведению закрытого кюретажа является глубина патологического зубо-десневого кармана:

1) 6-7 мм

2) до 4мм :

3) 7-8 мм

4) глубина кармана не имеет значения

5) 8-9 мм

Показанием к проведению открытого кюретажа является:

1) глубина пародонтального кармана до 5 мм

2) значительное разрастание грануляций и в этой связи деформация межзубных сосочков

3) неплотное прилегание десны к зубу

4) все перечисленное верно :

5) глубина пародонтального кармана до 4-5 мм

Показанием к проведению гингивотомии является:

1) пародонтальный абсцесс :

2) узкие пародонтальные карманы до 7 мм

3)значительное разрастание грануляций и в этой связи деформация межзубных сосочков;

4) все перечисленное верно;

5) узкие пародонтальные карманы до 6 мм

Показанием к проведению гингивэктомии является:

1) патологические зубо-десневые карманы глубиной более 3 мм

2) гипертрофия десны

3) неэстетичная или несимметричная топография десны

4) создание физиологичного десневого контура после лоскутных манипуляций

5) все перечисленное верно :

Простая гингивэктомия применяется:

1) при гипертрофическом гингивите :

2) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения

3) при наличии истинных пародонтальных карманов

4) все перечисленное верно

5) при наличии костных пародонтальных карманов

Радикальная гингивэктомия применяется:

1) при гипертрофическом гингивите

2) как этап лоскутных операций

3) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения

4) при наличии истинных пародонтальных карманов :

5) все перечисленное верно

Френулотомия - это:

1) рассечение уздечки :

2) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани

3) иссечение уздечки

4) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов

5) иссечение уздечки и рассредоточение тканей

Френулоэктомия - это:

1) рассечение уздечки

2) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани :

3) иссечение уздечки

4) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов

5) рассечение уздечки и рассредоточение тканей

Френулопластика - это:

1) рассечение уздечки

2) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани

3) иссечение уздечки

4) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов :

5) все перечисленное верно

Показанием к проведению вестибулопластики является:

1) мелкое преддверие рта (менее 7-8 мм) :

2) зона прикрепленной десны менее 4 мм

3) снижение высоты альвеолярного гребня

4) зона прикрепленной десны менее 6 мм

5) все перечисленное верно

«Открытые» методики вестибулопластики:

1) Kazanjian :

2) Безрукова А.П.

3) Кручинского - Артюшкевича

4) Иванов В.С.

5) все перечисленное верно

«Закрытые» методики вестибулопластики:

1) Kazanjian

2) Glikman

3) Кручинского – Артюшкевича :

4) Эдлан - Мейхер

5) все перечисленное верно;

Осложнения, наблюдаемые при выполнении «закрытых» методик вестибулопластики:

1) рецидив мелкого преддверия :

2) гипертрофия десны

3) резорбция межзубных перегородок

4) образование десневых карманов

5) все перечисленное верно

Причинами рецессии десны могут быть:

1) короткая уздечка :

2) лечение пульпита

3) удаление зуба

4) воспалительные процессы десны

5) все перечисленное верно

Ликвидация изолированных рецессий десны включает:

1) устранение натяжения короткой уздечки губы или языка

2) нормализацию положения дистопированного зуба

3) удаление поддесневых зубных отложений

4) изготовление полноценных пломб и зубных протезов

5) все перечисленное верно :

Оперативные способы устранения изолированных рецессий десны:

1) использование косных трансплантатов

2) использование свободных трансплантатов слизистой оболочки :

3) использование свободных слизисто-надкостничных трансплантатов

4) использование аллогенных косных трансплантатов

5) использование аллогенных слизистых трансплантатов

Для устранения изолированных рецессий десны используют лоскуты:

1) латеральный

2) двойной латеральный сосочковый

3) латеральный комбинированный

4) Nelson

5) все перечисленное верно :

Свободные трансплантаты десны используют:

1) для создания зоны прикрепленной десны в области одного зуба

2) для создания зоны прикрепленной десны в области группы зубов

3) при узких рецессиях десны и невозможности применить латеральные лоскуты

4) для стабилизации результата в отдаленные сроки

5) все перечисленное верно :

Забор донорского материала для свободной пересадки слизистой оболочки лучше производить:

1) на небе :

2) на щеке

3) в области преддверия полости рта

4) в области ретромолярного пространства

5) все перечисленное верно

Противопоказанием для применения свободных трансплантатов слизистой оболочки является:

1) рецессия, простирающаяся глубже мукогингивального соединения и сопровождающаяся незначительной потерей межзубной костной ткани и десны

2) рецессия, простирающаяся глубже мукогингивального соединения и сопровождающаяся значительной потерей межзубной костной ткани и десны

3) отсутствие достаточно толстого слоя донорской прикрепленной десны

4) общее состояние пациента

5) все перечисленное верно :

Виды свободных десневых трансплантатов:

1) полнослойные

2) расщепленные

3) субэпителиальные соединительнотканные

4) позиционные

5) все перечисленное верно :

Оптимальная толщина свободного трансплантата слизистой оболочки:

1) 1,5-2,0 мм :

2) 2,0-2,5 мм

3) 2,5-3,0 мм

4) 3,0 – 4,0 мм

5) не имеет значения

Термином «лоскутные операции» называют хирургические вмешательства, которые в своей основе предусматривают формирование:

1) слизистого лоскута

2) слизисто-надкостничного лоскута

3) слизисто-надкостнично-костного лоскута

4) пародонтального лоскута с последующим замещением патологически измененных тканей

5) все перечисленное верно :

Основной задачей лоскутной операции является:

1) ликвидация пародонтальных карманов :

2) восстановление высоты альвеолярной костной ткани

3) ликвидация пародонтальных карманов и восстановление высоты альвеолярной костной ткани

4) ликвидация абфракционных дефектов

5) высокий риск развития кариеса корня

К лоскутным операциям относятся операции по:

1) Cieszynski - Widman – Neumann :

2) Kazanjian

3) Glikman

4) Clark

5) все перечисленное верно

Направленная регенерация - это способность материала:

1) к остеогенезу

2) к цементогенезу

3) к росту периодонтальной связки

4) играть роль пассивного матрикса

5) предотвращать апикальную пролиферацию эпителия :

Препараты, используемые для направленной тканевой регенерации:

1) «Гор-Текс»

2) «Био-Гайд»

3) ламинированная деминерализованная лиофилизированная кость

4) «Капсет»

5) все перечисленное верно :

После операции на пародонте наиболее быстро происходит разрастание вдоль поверхности корня:

1) эпителия десны :

2) соединительной ткани десны

в) костной ткани

4) цемента

5) эмали

Материал, предназначенный для направленной регенерации тканей, должен обладать следующими свойствами:

1) иметь способность к тканевой интеграции

2) быть биосовместимым

3) служить надежным барьером на пути клеток эпителия

4) иметь достаточную жесткость, чтобы не смещаться внутрь дефекта

5) все перечисленное верно :

Для получения положительного результата при использовании барьерных мембран необходимо:

1) максимально соблюдать асептику при операции

2) лоскут над мембраной укладывать без натяжения

3) обеспечить отсутствие смещения мембраны внутрь дефекта

4) мембрана должна полностью покрывать пародонтальный дефект

5) все перечисленное верно :

Щадящая гингивэктомия применяется:

1) при гипертрофическом гингивите

2) как этап лоскутных операций

3) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения :

4) при наличии истинных пародонтальных карманов

5) все перечисленное верно

Одним из непременных условий удачного исхода гингивэктомии является зона прикрепленной десны не менее:

1) 2 мм :

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

5) не имеет значения

Виды гингивэктомии:

1) простая

2) радикальная

3) щадящая

4) частичная гингивэктомия

5) все перечисленное верно :

Виды шовного материала:

1) резорбируемые

2) нерезорбируемые

3) гидрофобный

4) комфортный для пациента

5) все перечисленное верно :

К остеокондуктивным материалам относятся:

1) подвздошная кость, ребро

2) аллоимплантат деминерализованной лиофилизированной кости

3) биологически активное стекло

4) неорганический матрикс

5) все перечисленное верно :

Материалы, сделанные на основе гидроксиапатита:

1) животного происхождения

2) синтетические рассасывающиеся

3) синтетические нерассасывающиеся

4) все перечисленное верно :

5) все перечисленное неверно

Естественные гидроксиапатиты получают из:

1) костей крупного рогатого скота :

2) аутогенного костного трансплантата

3) аллогенного костного трансплантата

4) все перечисленное верно

5) все перечисленное неверно

Препарат «Био-Осс» является неорганической матрицей из:

1) бычьей кости :

2) аутогенного костного трансплантата

3) аллогенного костного трансплантата

4) все перечисленное верно

5) все перечисленное неверно

После завершения формирования кости препарат «Био-Осс» подвергается:

1) медленной резорбции :

2) быстрой резорбции

3) не резорбируется

4) резорбция препарата зависит от индивидуальных особенностей организма

5) резорбция препарата зависит от приема индивидуальных препаратов

Синтетические рассасывающиеся материалы предназначены для заполнения костных дефектов, имеющих:

1) одну стенку

2) две стенки:

3) три стенки

4) четыре стенки

5) количество стенок не имеет значения

 Кюретаж карманов обеспечивает удаление:

1) наддесневого и поддесневого зубного камня

2) наддесневого зубного камня и грануляций

3) поддесневого зубного камня и грануляций

4) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия :

5) поддесневого зубного камня и десневого эпителия

На рентгенограмме при пародонтите тяжелой степени резорбция межальвеолярной перегородки:

1) отсутствует

2) на 1/3

3) на 1/2

4) на 2/3 :

5) на 2/4

Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок:

1)12-14 дней

2) не накладывается

3)5-7 дней :

4) 3 дня

5) на сутки

После кюретажа используют:

1) защитные повязки (индифферентные) :

2) лечебные противовоспалительные повязки

3) лечебные стимулирующие повязки

4) повязки, содержащие ферменты

5) повязки с кератопластическими препаратами

Показанием для проведения постоянного шинирования является:

1) подвижность зубов I степени

2) подвижность зубов II-III степени :

3) пародонтоз тяжелой степени

4) перед хирургическим лечения

5) после хирургического лечения