

№КМ-С-23

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Одобрено на заседании
ЦКУМС От «14» марта
2023 г., протокол №4.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**По дисциплине «Актуальные вопросы стоматологии»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования
- программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по
направлению подготовки 31.06.01
по специальности 14.01.14 стоматология,
утвержденной ректором ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 13.04.2023 г.**

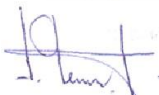
Рассмотрено и одобрено на совместном заседании кафедр стоматологии № 1,
стоматологии № 2 и стоматологии № 3
от «10» марта 2023 г. (протокол № 7)

Заведующие кафедрами:
Стоматологии №1, д.м.н.



Дзгоева М.Г.

Стоматологии №2, д.м.н.



Ремизова А.А.

Стоматологии №3, д.м.н.



Тобоев Г.В.

Владикавказ 2023

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - эталоны тестовых заданий,
 - вопросы к зачету,
 - билеты к зачету

**Паспорт фонда оценочных средств по
Дисциплине – Актуальные вопросы стоматологии**

(название специальности (модуля)/ практики- выбрать необходимое)

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид Контроля	Зачет		
	Стоматология ортопедическая, хирургическая, терапевтическая	УК-5, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	С, ТЗ, СЗ, УЗ

*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) специальности/ модуля, практики берется из образовательной программы.

Эталоны тестовых заданий

по Актуальным вопросам стоматологии

(название специальности (модуля)/ практики - выбрать необходимое)

для аспирантов

2023-2024 г.

(аспирантов)

(год обучения аспирантов)

направленности (специальность)

14.01.14 Стоматология

Дисциплина «Актуальные вопросы стоматологии»

1. Дентальная имплантация. Виды конструкции имплантатов. Показания, противопоказания.

1. **Аппликационная анестезия является методом**
 - а) поверхностной местной анестезии
 - б) глубокого пропитывания тканей
 - в) проводниковой анестезии
2. **Для пролонгирования действий анестетика используют**
 - а) эпинефрин
 - б) новокаин
 - в) тримекаин
3. **Вкол иглы по переходной складке по отношению к кости альвеолярного отростка или мягким тканям производится под углом**
 - а) 90
 - б) 45
 - в) 60
4. **Направление скоса иглы при проведении анестезии по переходной складке**
 - а) к кости
 - б) от кости
 - в) перпендикулярно кости
5. **При туберальной анестезии происходит блокада верхних луночковых нервов**
 - а) задних
 - б) средних
 - в) передних
6. **В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят**
 - а) моляры
 - б) резцы и клыки
 - в) резцы, клыки и премоляры
7. **При анестезии у большого небного отверстия происходит блокада**
 - а) носонейного нерва
 - б) большого небного нерва
 - в) среднего верхнего зубного сплетения

8. **Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии с помощью пальпации является**
- а) моляры
 - б) височный гребешок
 - в) крыловидно-челюстная складка
9. **При мандибулярной анестезии происходит блокада нервов**
- а) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
10. **При торусальной анестезии происходит блокада нервов**
- а) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
11. **При ментальной анестезии происходит обезболивание слизистой оболочки**
- а) с вестибулярной поверхности
 - б) с язычной поверхности
12. **При выполнении торусальной и мандибулярной анестезии рот больного должен быть**
- а) широко открыт
 - б) полуоткрыт
13. **Выберите правильную тактику при сложном удалении зуба на нижней челюсти**
- а) применение элеваторов
 - б) отслоение слизисто-надкостничного лоскута с последующим применением бормашины и элеваторов
 - в) субпериостальная резекция альвеолярного отростка
14. **При удалении первого и второго моляров на нижней челюсти превалирующим вывихивающим движением является**
- а) ротация
 - б) люксация
 - в) ротация и люксация
15. **При удалении второго и третьего больших коренных зубов на нижней челюсти первое вывихивающее движение делают**
- а) в язычную сторону
 - б) в щечную сторону (наружную)

Ответы:

001 – а

002 – а

003 – б

004 – а

006 – в

007 – б

008 – б

009 – б

011 – а

012 – а

013 – б

014 – б

2. Современные зуботехнические методики CAD/CAM. Протезирования с опорой на имплантатах. Особенности планирования и выполнения протезирования зубов с использованием дентальных имплантов.

- 1. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется**
 - а) моделировочным
 - б) базисным
 - в) профильным (восколит)
 - г) лаваксом
 - д) липким

- 2. Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется**
 - а) окклюдатор
 - б) лицевая дуга
 - в) апекслокатор
 - г) электроодонтометр
 - д) скайлер

- 3. Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется**
 - а) окклюдатор
 - б) артикулятор
 - в) лицевая дуга

- 4. Сепарация – это этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с**
 - а) окклюзионной поверхности
 - б) вестибулярной поверхности
 - в) контактных поверхностей
 - г) оральной поверхности
 - д) любой поверхности

- 5. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют**
 - а) боры колесовидные
 - б) сепараторы
 - в) мягкие диски
 - г) фрезы
 - д) односторонние сепарационные диски с алмазным покрытием

- 6. При препарировании охлаждение тканей зуба**
- а) обязательно
 - б) необязательно
 - в) вредно
- 7. Искусственная коронка должна**
- а) не иметь контакта с антагонистом
 - б) разобщать прикус
 - в) иметь контакт с зубом - антагонистом
 - г) соответствовать пожеланиям пациента
 - д) иметь контакт только в жевательных отделах
- 8. Искусственная коронка должна**
- а) погружаться в зубодесневой карман на 1 мм
 - б) погружаться в зубодесневой карман на расстояние не более 0,2 мм или соприкасаться с десной
 - в) не соприкасаться с десной
 - г) отступать от десны

9. Штампованная металлическая коронка должна охватывать культю зуба

- а) плотно
 - б) с зазором 0,2 мм
 - в) с зазором для фиксирующего материала
 - г) не имеет значения
 - д) в различных участках по-разному
- 10. Форма культи зуба, подготовленной под цельнолитую коронку, должна иметь вид**
- а) цилиндра
 - б) конуса
 - в) усеченного конуса
 - г) обратноусеченного конуса
 - д) шара
- 11. Главное преимущество литых коронок по сравнению со штампованными**
- а) высокая точность
 - б) простота изготовления
 - в) эстетичность
- 12. Взаиморасположение зубов, отпрепарированных под опорные коронки мостовидного протеза, должно быть**
- а) параллельным
 - б) конвергирующим
 - в) дивергирующим
 - г) не имеет значения
- 13. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена**
- а) искусственным зубом
 - б) фасеткой
 - в) вкладкой
 - г) имплантантом
 - д) коронкой

- 14. Моделировка вкладки из воска полностью поручается зубному технику при способе изготовления**
- а) прямом
 - б) косвенном
 - в) комбинированном
- 15. Податливость слизистой оболочки обеспечивается за счет**
- а) покровного эпителия
 - б) собственно слизистой
 - в) подслизистого слоя
- 16. На модель наносятся следующие ориентиры**
- а) границы базиса, средняя линия, центр альвеолярного гребня
 - б) границы базиса, линия А
 - в) кламмерная линия, срединная линия
 - г) линия улыбки, зрачковая линия
- 17. Высота окклюзионного валика**
- а) 2 см
 - б) выше оставшихся зубов
 - в) ниже оставшихся зубов
 - г) вровень с оставшимися зубами
- 18. Аномалийным является прикус**
- а) ортогнатический
 - б) глубокий
 - в) открытый
 - г) прямой
 - д) бипрогнатия
- 19. Металлические искусственные коронки, различаются по методу изготовления**
- а) опорные
 - б) восстановительные
 - в) штампованные
 - г) литые
 - д) постоянные.
- 20. Мостовидный протез состоит из элементов**
- 1) промежуточная часть (тело)
 - 2) опорные конструкции
 - 3) вспомогательная часть
 - 4) основная часть

Установите соответствие.

- 21. Различают виды зубных протезов**
- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1) несъёмные | а) мостовидные |
| 2) съёмные | б) бюгельные |
| | в) вкладки |
| | г) коронки |
| | д) частичные пластиночные |
| | е) полные пластиночные |

22. Опорами несъемных мостовидных протезов служат

- а) коронки
- б) полукоронки
- в) штифтовые зубы
- г) кламмеры
- д) культевые штифтовые зубы
- е) вкладки

Ответы:

1 – б	7 – в	13 – а	19 – вг
2 – б	8 – б	14 – б	20 – аб
3 – б	9 – а	15 – в	21 – 1 – а, б, в. 2 – а, б, д, е
4 – в	10 – в	16 – а	22 – а, б, в, д, е.
5 – д	11 – а	17 – б	
6 – а	12 – а	18 – бв	

3. Эстетическое моделирование и реставрация зубов

1. Временные пломбировочные материалы должны

- 1) обеспечивать герметичное закрытие полости зуба
- 2) быть устойчивыми к истиранию
- 3) соответствовать по внешнему виду естественным зубам
- 4) легко вводиться и выводиться из полости

2. Материалы для изолирующих прокладок должны

- 1) противостоять силе давления
- 2) повышать проницаемость дентина
- 3) предотвращать движение жидкости в дентинных канальцах и герметично их закрывать
- 4) быть температурным и химическим изолятором
- 5) разрушаться под действием десневой и дентинной жидкости

3. Материалы для лечебных прокладок должны

- 1) оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
- 2) обеспечивать прочную герметизацию подлежащего дентина, связь с тканями зуба, прокладочным и постоянным пломбировочным материалами
- 3) раздражать пульпу зуба
- 4) разрушаться под действием десневой и дентинной жидкости

Установите соответствие

4. Классификация постоянных пломбировочных материалов

Группа	Представители
А)цементы	1) амальгама серебряная
Б)пластмассы	2) амальгама медная
В)металлические	3) цинк-фосфатный цемент
	4) силико-фосфатный цемент
	5) силикатный цемент
	6) поликарбоксилатный цемент
	7) наполненные пластмассы
	8) ненаполненные пластмассы
	9) стеклоиономерный цемент

5. Лечебная прокладка оказывает действие:

1. индифферентными;
2. протеолитическими;
3. противовоспалительными;
4. некротизирующими;
5. муцифицирующими.

6. Лечебная прокладка покрывает:

1. дно и стенки;
2. дно;
3. стенки;
4. дно и стенки до эмалево-дентинной границы;
5. контактную поверхность.

7. Времы твердения дентин-пасты:

1. 2-3 мин.;
2. 3-5 мин;
3. 40 мин;
4. 2-3 часа;
5. 10-12 часов.

8.Стеклоиономерный цемент используется

- 1)для эстетического пломбирования
- 2)для пломбирования временных зубов
- 3)для фиксации штифтовых конструкций
- 4)для создания культи зуба под коронку

9. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки

- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- 2) пасту формалин-резорциновую
- 3) препараты на основе гидроокиси кальция

10. В качестве изолирующей прокладки в полостях II класса по Блэку под композиционные материалы используют

- а) дентин водный
- б) дентин пасту
- в) силикофосфатный цемент
- г) стеклоиономерный цемент

д) силикатный цемент

11. Термин «тотальное протравливание» означает

- а) протравливание эмали
- б) протравливание дентина
- в) протравливание пульпы
- г) протравливание эмали и дентина
- д) протравливание эмали, дентина, пульпы

12. Признаки зубов, по которым можно определить расположение зуба на правой или левой стороне челюсти

- а) количество корней
- б) форма фиссур
- в) признак кривизны коронки
- г) признак угла коронки
- д) признак отклонения корней

13. Лампы галогенового света используются для

- а) освещения рабочего места
- б) освещения полости рта
- в) полимеризации композита
- г) дезинфекции операционного поля
- д) дезинфекции инструментов

14. Условиями для выбора цвета композитной пломбы являются:

- а) освещение, ультрафиолетовые лучи гелио-неоновой лампы
- б) естественное освещение
- в) естественное и искусственное освещение
- г) присутствие на поверхности зубов слюны
- д) отсутствие на поверхности зубов слюны

15. Травление твердых тканей зубов проводят с целью

- а) улучшения эстетических свойств пломбировочного материала
- б) реминерализирующего действия на эмаль
- в) для диагностики кариеса зубов в стадии пятна
- г) для улучшения адгезивных свойств пломбировочного материала
- д) для обезболивания твердых тканей зуба

16. Концентрация кислоты для протравливания эмали перед пломбированием

- а) 5 %
- б) 10%
- в) 20%
- г) 37%
- д) 40%

17. Для восстановления значительных дефектов твердых тканей моляров показана реставрация

- а) цементами силикатной группы
- б) цементами силикофосфатной группы
- в) компомером
- г) микрофильным композиционным материалом
- д) вкладками

18. Этапы пломбирования полости композиционными материалами

- 1) нанесение бондинга
- 2) нанесение прокладочного материала
- 3) протравливание эмали
- 4) полировка пломбы
- 5) внесение пломбировочного материала

19. По виду полимеризации композиционные материалы подразделяются на:

- 1) светоотверждающие
- 2) химического отверждения
- 3) двойного отверждения
- 4) инфракрасного отверждения

20. Удаление смазанного слоя проводят

- 1) кислотами
- 2) щелочами
- 3) водой
- 4) высушиванием

21. Установите соответствие

Композитный пломбировочный материал	Размер частиц
1)макронаполненный	а)0,4-0,8 мкм
2)микронаполненный	б)10-45 мкм
3)мининаполненный	в)0,05-50 мкм
4)гибридный	г)1-10 мкм

22. Основой современных композитных материалов является

- 1) метиловый эфир метакриловой кислоты;
- 2) низкомолекулярная жидкая эпоксидная смола;
- 3) бисфенолглицидилметакрилат (Bis-GMA).

Ответы:

1 – 1,4	12 – в,г,д
2 – 3,4	13 – в
3 - 1	14 – б,г
4 – А – 3,4,5,6,9; Б – 7,8;В – 1,2	15 – г
5 – 3	16 – г
6 – 4	17 – в,д
7 – 1	18 – 2,3,1,5,4
8 – 3	19 – 1,2,3
9 – 3	20 – 1
10 – г	21 – 1б; 2г; 3а; 4в
11 – г	22 - 3

4. Современные методы и средства для отбеливания зубов.

1. Классификация кариозных полостей по Блэку является

- а) гистологической
- б) по клиническому течению
- в) по глубине поражения
- г) топографической
- д) по количеству пораженных зубов
- е) по отношению к состоянию пульпы

2. Кариозные полости на окклюзионной поверхности 2.5 и 2.6 относятся по классификации Блэка к полостям

- а) I класса
- б) II класса
- в) III класса
- г) атипичным полостям
- д) I и II класса

3. По классификации кариозных полостей Блэка к IV классу относятся полости

- а) на контактных поверхностях резцов
- б) на контактных поверхностях клыков с сохранением режущего края
- в) на дистальных поверхностях фронтальной группы зубов, без нарушения режущего края
- г) на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением режущего края
- д) на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения режущего края

4. Препарирование кариозной полости проводят инструментами

- а) пинцет
- б) боры
- в) зонд
- г) экскаватор
- д) штопфер

5. Твердые ткани зуба - это

- а) эмаль
- б) пульпа
- в) дентин
- г) периодонт
- д) цемент

6. Дополнительная площадка в полостях II класса по глубине должна быть:

- 1. в пределах эмали;
- 2. ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм;
- 3. ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм;
- 4. ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм;
- 5. ниже эмалево-дентинного соединения на 1 мм.

7. Класс по классификации Блэка и вариант формирования кариозных полостей на обеих контактных поверхностях зуба 3.4 - это:

- 1. I – без дополнительной площадки;
- 2. II – с дополнительной площадкой;
- 3. II – МОД полости;
- 4. III - с дополнительной площадкой.

8. Минимальная длина дополнительной площадки на жевательной поверхности должна составлять:

1. 1/4;
2. 1/3;
3. 1/2;
4. 2/3.

9. Максимальная длина дополнительной площадки на жевательной поверхности должна составлять:

1. 1/4;
2. 1/3;
3. 1/2;
4. 2/3.

10. При стирании режущего края зуба 2.2 в полостях IV класса дополнительная площадка формируется:

1. на небной поверхности
2. на режущем крае
3. в пришеечной области
4. на вестибулярной поверхности

11. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

1. цилиндрическим
2. обратноконусным
3. шаровидным
4. грушевидным

12. Препарирование кариозной полости включает:

1. обезболивание, некрэктомию, финирование, расширение кариозной полости;
2. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование, медикаментозную обработку;
3. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование кариозной полости, финирование краев эмали.

13. Элементы кариозной полости

- 1) дно
- 2) стенка
- 3) угол
- 4) край
- 5) дентин
- 6) эмаль
- 7) цемент
- 8) пульпа

14. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является

- 1) наличие размягченного и пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
- 2) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
- 3) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса

15.. Кариозная полость на контактной поверхности зуба 2.1 с поражением режущего края относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V
6. VI

16. Иммунные зоны зуба располагаются

- 1) на вестибулярных поверхностях и фиссурах
- 2) на фиссурах и буграх
- 3) на буграх и вестибулярных поверхностях

17. Кариозные полости на контактных поверхностях резцов и клыков без повреждения режущего края относятся к классу по Black

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V
6. VI

18. Кариозные полости на режущем крае фронтальных и вершинах бугров боковых зубов

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V
6. VI

19. Класс по классификации Блэка и вариант формирования кариозной полости на передней контактной поверхности в пришеечной области зуба 2.4 (2.3 отсутствует):

1. I – без дополнительной площадки;
2. II – с дополнительной площадкой;
3. II – МОД полости;
4. II - без дополнительной площадкой.

20. $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ – это

- 1) карбопатит
- 2) хлорпатит
- 3) брушит
- 4) витлокит
- 5) гидроксиапатит

21. Кариозная полость на контактной поверхности 3.3 зуба ниже экватора относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V
6. VI

22. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V
6. VI

23. Длина дополнительной площадки в кариозных полостях должна составлять от протяженности основной полости

- а) $1/8-1/4$
- б) $1/4-1/2$
- в) $1/2-2/3$
- г) $2/3-1$
- д) $1-1,5$

24. Препарирование кариозной полости необходимо проводить:

1. без охлаждения бора;
2. с водяным охлаждением бора;
3. с воздушным охлаждением бора.

Ответы:

1 – г	13 – 1,2
2 – а	14 – 3
3 – г	15 – 4
4 – б	16 – 3
5 – а,в,д	17 – 3
6 – 4	18 – 6
7 – 3	19 – 4
8 – 3	20 – 5
9 – 4	21 – 5
10 – 1	22 – 1
11 – 3	23 – в
12 – 3	24 – 2

5. Многофункциональные эндодонтические наконечники и машинный инструментарий для формирования системы корневых каналов.

1. В состав пульпо-дентинного комплекса входят:

1. Одонтобласты, предентин, дентин.

2. Одонтобласты, предентин, дентин, сосуды, нервы.
3. Одонтобласты, предентин, дентин, сосуды, нервы, слой бедный клетками, слой богатый клетками.
4. Одонтобласты, предентин, дентин, сосуды, нервы, слой бедный клетками, слой богатый клетками, центральный слой.

2. В понятие эндодонт входят:

1. Пульпо-дентинный комплекс.
2. Пульпо-периапикальный комплекс.
3. Пульпа.
4. Все перечисленные.

3. Приблизительное расстояние от анатомического апекса до физиологического отверстия составляет:

1. 2-4 мм;
2. 0,5-1 мм
3. 5-6 мм

4. Два канала, начинающиеся от пульпарной камеры и сливающиеся в один около апекса относятся к типу:

1. I;
2. II;
3. III;
4. IV.

5. Эндодонтия – раздел стоматологии, изучающий:

1. технику препарирования кариозных полостей;
2. внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней;
3. технику пломбирования кариозных полостей;
4. манипуляции на тканях парадонта

6. Физиологической верхушкой корневого канала называют:

1. анатомическое отверстие;
2. крайнюю точку корня на рентгенологическом снимке;
3. сужение корневого канала в области дентино-цементного соединения.

7. В коронковой части полости зуба выделяют:

1. свод;
2. стенки;
3. устье;
4. дно;
5. все перечисленное.

8. Полость зуба делится на:

1. коронковую;
2. канал корня;
3. кариозную полость;
4. периодонтальную щель.
5. корневую.

9. Пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие соседние зубы:

- 1) транссептальные
- 2) свободные волокна десны
- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

10. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

- 1) транссептальные
- 2) свободные волокна десны
- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

11. В постоянном прикусе в норме зубов составляет:

1. 16-20;
2. 20-24;
3. 24-28;
4. 28-32;
5. 32-36.

12. Зубы постоянного прикуса делятся на следующие группы:

1. моляры, резцы, клыки;
2. резцы, премоляры, клыки;
3. премоляры, моляры, резцы;
4. резцы, клыки, моляры;
5. резцы, клыки, премоляры, моляры.

13. Окклюзионная поверхность премоляров нижней челюсти имеют форму:

1. овальную;
2. прямоугольную;
3. ромбовидную;
4. треугольную;
5. долотообразную.

14. Отклонение корня у зубов фронтальной группы в направлении:

1. латеральном;
2. дистальном;
3. медиальном;
4. сагитальном;
5. фронтальном.

15. По формуле ВОЗ нижний центральный резец слева записывается:

1. 1.1;
2. 2.1;
3. 3.1;
4. 4.1.

16. По формуле ВОЗ верхний клык слева записывается:

1. 1.3;
2. 2.3;
3. 3.3;
4. 4.3.

17. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:

1. 2 – щечный, небный;
2. 3 – небный, передний щечный, задний щечный;
3. 3 – задний, передний язычный; передний щечный;
4. 3 – небный, передний язычный; передний щечный;
5. 4. - небный, передний щечный, задний щечный, задний.

18. Первые моляры верхней челюсти имеют форму коронки в виде:

1. прямоугольника с 5 буграми;
2. прямоугольника с 4 буграми;
3. ромба с 5 буграми;
4. ромба с 4 буграми;
5. ромба с 3 буграми.

19. Неправильной формой отпрепарированного корневого канала считается:

1. конусовидная;
2. конусовидная с уступом;
3. цилиндрическая.

20. «Master file» -это:

1. первый файл, достигший верхушки;
2. последний файл, достигший верхушки и формирующий апикальный упор;
3. последний (наибольшего диаметра) файл, обработавший канал.

21. Обработка тонких и сильно искривленных корневых каналов осуществляется:

1. K-reamer;
2. Gates-Gliden, Largo;
3. K-flexreamer, K-flexfile;
4. Рашпиль;
5. Каналонаполнитель.

22. Конусность традиционных эндодонтических инструментов для расширения каналов по ISO составляет:

1. 2%
2. 1,5%
3. 3%
4. 0,5%
5. 4%

23. Определите соответствие названия и геометрического кодирования эндодонтического инструмента:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. треугольник; | А. Н-файл; |
| 2. квадрат; | Б. пульпоэкстрактор; |
| 3. круг. | В. Корневая игла; |
| | Г. К-ример; |
| | Д. профайл; |
| | Е. К-файл. |

24. Размер эндодонтического инструмента соответствует:

1. проценту конусности;
2. длине рабочей части инструмента;
3. диаметру верхушки инструмента, умноженному на 100.

25. Назначение эндодонтического инструмента:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. диагностический; | А. Largo; |
| 2. для удаления мягких тканей; | Б. Корневая игла; |
| 3. для расширения устья каналов; | В. К-ример; |
| 4. для прохождения каналов; | Г. Gates-Gliden; |
| 5. для расширения каналов. | Д. пульпоэкстрактор; |
| | Е. К-файл. |

26. Вращательное движение можно осуществлять следующими эндодонтическими инструментами:

1. пульпоэкстрактором, рашпилем, римером;
2. рашпилем, Н-файлом;
3. римером, К-файлом.

27. Ограничитель на эндодонтическом инструменте необходим для:

1. выбора необходимого инструмента;
2. определения степени проходимости корневого канала;
3. фиксации глубины погружения инструмента в корневой канал.

28. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1. пульпэкстрактор;
2. К- ример;
3. К-файл;
4. Н-файл;
5. каналонаполнитель;
6. спередер.

29. Определить длину корневого канала можно при помощи

- 1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
- 2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
- 3) апекслокатора

30. Согласно ISO эндодонтические инструменты выпускаются с рабочей длиной, равной

- 1) 10 мм
- 2) 21 мм
- 3) 45 мм
- 4) 25 мм
- 5) 31 мм
- 6) 33 мм
- 7) 28 мм

31. Эффективность 5% р-ра гипохлорида натрия усиливается при:

1. разведении;
2. применении с ультразвуком;
3. нагревании;
4. охлаждении;
5. струйном применении;
6. сочетанном применении с 3% р-ром перекиси водорода.

32. Медикаментозная обработка корневого канала протеолитических ферментов проводится с целью:

1. воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области;
2. воздействовать на патогенную флору в микроканалах;
3. растворить распад пульпы.

33. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1. малеиновая кислота;
2. дистиллированная вода;
3. 37% фосфорная кислота;
4. 3% гипохлорид натрия;

5. Азотная кислота.

34. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:

1. в устье;
2. на 1/3 его длины;
3. в среднюю треть длины;
4. к апикальному отверстию;
5. за апикальное отверстие.

35. Для медикаментозной обработки корневого канала используется гипохлорит натрия в процентной концентрации:

1. 10-20%;
2. 0,5-5,25%;
3. 30-40%;
4. 6,5-7,25%.

36. Промывать корневой канал гипохлоритом натрия следует:

1. не менее 1-5 мин;
2. не менее 5-10 мин;
3. не менее 10-20 мин.

Ответы:

1 – 1	13 – 1	25 – 1-б; 2-д; 3-г,а; 4-в;5-е.
2 - 2	14 – 1,2	26 – 3
3 – 2	15 – 2	27 – 3
4 – 2	16 – 1	28 – 5,6
5 – 2	17 – 2	29 – 2,3
6 = 3	18 – 3	30 – 2,4,7,5
7 – 5	19 – 2,3	31 – 2,3
8 – 1,5	20 – 2	32 – 3
9 – 1	21 – 3	33 – 4
10 – 3	22 – 1	34 – 3
11 – 4	23 – 1 г; 2 е; 3 а.	35 – 2
12 - 5	24 - 3	36 - 3

6. Современные методы 3-х мерной obturation системы корневых каналов

1. В постоянном прикусе в норме зубов составляет:

1. 16-20;
2. 20-24;
3. 24-28;
4. 28-32;
5. 32-36.

2. Зубы постоянного прикуса делятся на следующие группы:

1. моляры, резцы, клыки;
2. резцы, премоляры, клыки;
3. премоляры, моляры, резцы;
4. резцы, клыки, моляры;
5. резцы, клыки, премоляры, моляры.

3. Окклюзионная поверхность премоляров нижней челюсти имеют форму:

1. овальную;
2. прямоугольную;
3. ромбовидную;
4. треугольную;

5. долотообразную.

4. Отклонение корня у зубов фронтальной группы в направлении:

1. латеральном;
2. дистальном;
3. медиальном;
4. сагитальном;
5. фронтальном.

5. По формуле ВОЗ нижний центральный резец слева записывается:

1. 1.1;
2. 2.1;
3. 3.1;
4. 4.1.

6. По формуле ВОЗ верхний клык слева записывается:

1. 1.3;
2. 2.3;
3. 3.3;
4. 4.3.

7. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:

6. 2 – щечный, небный;
7. 3 – небный, передний щечный, задний щечный;
8. 3 – задний, передний язычный; передний щечный;
9. 3 – небный, передний язычный; передний щечный;
10. 4. - небный, передний щечный, задний щечный, задний.

8. Первые моляры верхней челюсти имеют форму коронки в виде:

6. прямоугольника с 5 буграми;
7. прямоугольника с 4 буграми;
8. ромба с 5 буграми;
9. ромба с 4 буграми;
10. ромба с 3 буграми.

9. Неправильной формой отпрепарированного корневого канала считается:

4. конусовидная;
5. конусовидная с уступом;
6. цилиндрическая.

10. «Master file» -это:

4. первый файл, достигший верхушки;
5. последний файл, достигший верхушки и формирующий апикальный упор;
6. последний (наибольшего диаметра) файл, обработавший канал.

11. Обработка тонких и сильно искривленных корневых каналов осуществляется:

6. K-reamer;
7. Gates-Gliden, Largo;
8. K-flexreamer, K-flexfile;
9. Рашпиль;
10. Каналонаполнитель

12. Конусность традиционных эндодонтических инструментов для расширения каналов по ISO составляет:

6. 2%
7. 1,5%
8. 3%
9. 0,5%
10. 4%

13. Определите соответствие названия и геометрического кодирования эндодонтического инструмента:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. треугольник; | А. Н-файл; |
| 2. квадрат; | Б. пульпоэкстрактор; |
| 3. круг. | В. Корневая игла; |
| | Г. К-ример; |
| | Д. профайл; |
| | Е. К-файл. |

14. Размер эндодонтического инструмента соответствует:

4. проценту конусности;
5. длине рабочей части инструмента;
6. диаметру верхушки инструмента, умноженному на 100.

15. Назначение эндодонтического инструмента:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. диагностический; | А. Largo; |
| 2. для удаления мягких тканей; | Б. Корневая игла; |
| 3. для расширения устья каналов; | В. К-ример; |
| 4. для прохождения каналов; | Г. Gates-Gliden; |
| 5. для расширения каналов. | Д. пульпоэкстрактор; |
| | Е. К-файл. |

16. Вращательное движение можно осуществлять следующими эндодонтическими инструментами:

4. пульпоэкстрактором, рашпилем, римером;
5. рашпилем, Н-файлом;
6. римером, К-файлом.

17. Ограничитель на эндодонтическом инструменте необходим для:

4. выбора необходимого инструмента;
5. определения степени проходимости корневого канала;
6. фиксации глубины погружения инструмента в корневой канал.

18. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1. пульпэкстрактор;
2. К-ример;
3. К-файл;
4. Н-файл;
5. каналонаполнитель;
6. спередер.

19. Определить длину корневого канала можно при помощи

- 1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
- 2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
- 3) апекслокатора

20. Согласно ISO эндодонтические инструменты выпускаются с рабочей длиной, равной

- 1) 10 мм
- 2) 21 мм
- 3) 45 мм
- 4) 25 мм
- 5) 31 мм
- 6) 33 мм
- 7) 28 мм

21. Эффективность 5% р-ра гипохлорида натрия усиливается при:

7. разведении;
8. применении с ультразвуком;
9. нагревании;
10. охлаждении;
11. струйном применении;
12. сочетанном применении с 3% р-ром перекиси водорода.

22. Медикаментозная обработка корневого канала протеолитических ферментов проводится с целью:

4. воздействовать на очаг воспаления в периапикальной области;
5. воздействовать на патогенную флору в микроканалах;
6. растворить распад пульпы.

23. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

6. малеиновая кислота;
7. дистиллированная вода;
8. 37% фосфорная кислота;
9. 3% гипохлорид натрия;
10. Азотная кислота.

24. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:

7. в устье;
8. на 1/3 его длины;
9. в среднюю треть длины;
10. к апикальному отверстию;
11. за апикальное отверстие.

25. Для медикаментозной обработки корневого канала используется гипохлорит натрия в процентной концентрации:

1. 10-20%;
2. 0,5-5,25%;
3. 30-40%;
4. 6,5-7,25%.

26. Промывать корневой канал гипохлоритом натрия следует:

1. не менее 1-5 мин;
2. не менее 5-10 мин;
3. не менее 10-20 мин.

Ответы:

1 – 1	14 – 1,2
2 - 2	15 – 2
3 – 2	16 – 1
4 – 2	17 – 2
5 – 2	18 – 3
6 = 3	19 – 2,3
7 – 5	20 – 2
8 – 1,5	21 – 3
9 – 1	22 – 1
10 – 3	23 – 1 г; 2 е; 3 а.
11 – 4	24 - 3
12- 5	25 – 1-б; 2-д; 3-г,а; 4-в;5-е.
13 – 1	26 – 3

Вопросы к Зачету по Дисциплине «Актуальные вопросы стоматологии»

1. Виды замковых креплений. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
2. Тактика врача при оказании стоматологической помощи ВИЧ инфицированным пациентам.
3. Восстановительные операции на лице и шее. Принципы планирования восстановительных операций. Пластика местными тканями, лоскутами на питающей ножке из отдельных участков тела, стебельчатыми лоскутами, свободными сложными трансплантатами с применением микрососудистой техники.
4. Виды протезных конструкций при дефекте корневой части зуба
5. Строение эмали и дентина. Созревание эмали. Гистология эмали и дентина.
6. Переломы челюстей, классификация, диагностика, методы лечения
7. Виды шинирующих аппаратов и их классификация. Показания к применению. Принципы конструирования.
8. Современные эндодонтические инструменты. SAF – системы, файлы Gentlefile
9. Операции на альвеолярных отростках при кистах челюстей. Цистэктомии и цистотомии
10. Понятие о функциональном оттиске. Виды функциональных оттисков.
11. Современные пломбировочные материалы: полиалкенадные (стеклоиономерные) цементы, композитные материалы и адгезивные системы. Классификация, показания к применению.
12. Тактика врача-стоматолога при подозрении на пред- и онкологические состояния слизистой оболочки рта.
13. Рост и развитие челюстных костей от рождения до периода формирования постоянного прикуса. Временный прикус, сменный прикус, постоянный прикус.
14. Современная классификация кариеса по МКБ-10. Правила препарирования полостей в соответствии с классификацией кариеса по Блеку.
15. Врожденные расщелины верхней губы и нёба. Классификация, принципы комплексного лечения.
16. Вид прикуса и влияние его на характер стираемость твердых тканей зубов. Показания и особенности ортопедического лечения при различных формах патологической стираемости.
17. Роль микробного фактора в этиологии и патогенезе гингивита и пародонтита.
18. Доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области и шеи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
19. Параллелометрия. Основные методы параллелометрии при изготовлении ортопедических конструкций.
20. Ретроградное пломбирование корней зубов, используемые при этом материалы. Показания и противопоказания, методики.
21. Повреждения лица, зубов и челюстей. Раны, принципы обработки ран.
22. Гнатодинамометрия в оценке эффективности ортопедического лечения частичной утраты зубов.
23. Пульпит: классификация, этиология, патогенез, дифференциальная диагностика. Принципы лечения пульпита: биологический метод, ампутиационный метод, экстирпация пульпы.
24. Ретенционные и дистопированные зубы. Методы их удаления.
25. Электромиография в оценке восстановления жевательной функции при лечении переломов и реконструктивных операций на нижней челюсти.
26. Профилактика основных стоматологических заболеваний. Принципы составления программ профилактики. Гигиеническое воспитание, обучение и контроль. Средства и методы профилактики (популяционные, групповые и индивидуальные).

27. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, принципы лечения.
28. Ортопедические методы лечения частичных и полных дефектов коронковой части зуба. Вкладки. Полукоронки. Безметалловые коронки. Показания к применению.
29. Профилактика некариозных поражений; индивидуальные и коллективные методы профилактики.
30. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лицевого и мозгового скелета. Классификация деформаций челюстей. Костная пластика.
31. Показания к применению протезных конструкций при дефекте коронковой части зуба. Частичный, и полный дефект коронковой части зуба. Клиника.
32. Профилактика кариеса: индивидуальные и коллективные методы профилактики.
33. Операции на альвеолярных отростках при кистах челюстей. Цистэктомии и цистотомии.
34. Принципы оказания ортодонтической помощи детям и подросткам. Развитие и рост мозгового и лицевого скелета.
35. Препарирование корневых каналов с помощью эндодонтических наконечников.
36. Имплантология в стоматологии. Показания, техника, вмешательства, ведение послеоперационного периода.
37. Отiski и оттискные материалы. Виды оттискных материалов. Основные методики снятия оттисков, показания к применению. Виды оттискных ложек.
38. Перфорации корней зубов. Клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения.
39. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Операции гемисекции, ампутации корней, коронорадикулярной сепарации.
40. Травматическая окклюзия и артикуляция. Функциональная перегрузка в лечении заболеваний пародонта. Показания к ортопедическому лечению.
41. Периодонтит: классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения различных форм периодонтита.
42. Заболевания и повреждения слюнных желез. Диагностика, принципы лечения. Опухоли слюнных желез.
43. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей: острый герпетический стоматит, рецидивирующие афты, хейлиты. Диагностика.
44. Основные принципы художественной реставрации зубов.
45. Затрудненное прорезывание зубов, перикорониты.
46. Адгезия и функциональная присасываемость. Клапанная зона и ее топография, значение ее в функции протеза.
47. Основные принципы лечения воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта. Местное лечение,
48. Микрохирургия в пластической хирургии. Показания, обезболивание, основные моменты техники.
49. Функциональное избирательное пришлифовывание (показания, этапы) зубов у пациентов с пародонтитом.
50. Организация амбулаторной терапевтической, пародонтологической, хирургической, ортопедической, ортодонтической помощи в современных экономических условиях.
51. Виды разрезов, применяемых для доступа к околокорневым деструктивным процессам.
52. Применение дентальных имплантатов при ортопедическом лечении дефектов зубных рядов.
53. Некариозные поражения зубов; гипоплазия, флюороз. Причины возникновения, диагностика и лечение; эрозия эмали, клиновидный дефект. Причины возникновения, диагностика и лечение. Особенности препарирования и пломбирования.
54. Показания и противопоказания при имплантации, Материалы, применяемые при

- имплантации. Конструкции имплантатов. Особенности конструирования зубных протезов с использованием имплантатов.
55. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Синдром дисфункции, артрит, артроз, анкилоз. Диагностика, лечение. Методы функциональной диагностики состояния ВНЧС,
 56. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов при лечении осложнений кариеса: современные инструменты, ирриганты и эндолубриканты.
 57. Местное обезболивание при лечении стоматологических заболеваний у детей. Показания к санации полости рта в условиях общего обезболивания.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Дисциплина «Актуальные вопросы стоматологии»

**направление подготовки 31.06.01 клиническая медицина
направленность (специальность) 14.01.14 стоматология
Программа - аспирантуры**

**Кафедра стоматологии №1,
Кафедра стоматологии №2,
Кафедра стоматологии №3**

Экзаменационный билет №1

1. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Синдром дисфункции, артрит, артроз, анкилоз. Диагностика, лечение. Методы функциональной диагностики состояния ВНЧС,
2. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов при лечении осложнений кариеса: современные инструменты, ирриганты и эндолюбриканы.

Проректор по региональному развитию
здравоохранения и НИР, д.м.н., доцент

М.Г. Дзгоева

Дата утверждения на заседании ЦКУМС
« » _____ 20__ г. Пр. № .

