

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

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом №5 заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от 23.05.2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по производственной практике по получению профессиональных умений и опыта
профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)


основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курса
факультет стоматологический

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «19» мая 2023г. (протокол № 10)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____



Ремизова А.А.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист

2. Структура ОМ

3. Паспорт оценочных средств

4. Комплект оценочных средств:

- перечень вопросов по практическим навыкам

- ситуационные задачи

- эталоны тестовых заданий

- вопросы к экзамену

Паспорт оценочных материалов по

по производственной практике по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии)

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Экзамен		
1.	Оформления истории болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.). Организации рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Диагностика заболеваний твердых тканей зубов: кариеса, некариозных поражений, осложненных форм кариеса	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
3.	Проведение местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
4.	Формирования полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
5.	Реставрации твердых тканей зуба различными пломбировочными материалами: стеклоиономерами, композитами, амальгамами и т.д.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
6.	Проведение диагностики и дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний пульпы	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2,	

	и периодонта. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов различными способами	ПК-4, ПК-5	
7.	Пломбирования корневого канала (методом одного штифта, латеральной и вертикальной конденсации)	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
8.	Восстановления культевой части зуба с помощью стекловолоконного штифта	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
9.	Проведения этапов профессиональной гигиены	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	
10.	Проведения лечебных мероприятий по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса, пульпита и периодонтита (закрытие перфораций, временное пломбирование корневого канала, назначение медикаментозных средств)	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
2. Заполнение медицинской документации стоматологического больного.
3. Определение индекса РМА.
4. Чтение прицельных внутриротовых рентгенограмм.
5. Чтение ортопантомограммы
6. Способы лечения фуркационных перфораций моляров.
7. Определение нозологической формы заболеваний пародонта по МКБ-10
8. Составление плана лечения и профилактики флюороза.
9. Проведение витального метода лечения пульпита.
10. Наложение девитализирующей пасты.
11. Проведение импрегнационного метода лечения пульпита.
12. Методика удаления зубных отложений с использованием ручных инструментов.
13. Методика удаления зубных отложений с использованием звуковых и ультразвуковых скейлеров.
14. Методики профессионального отбеливания витальных зубов.
15. Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации.
16. Пломбирование корневых каналов методом вертикальной конденсации.
17. Метод высушивания и окрашивания эмали.
18. Алгоритм использования композитов светового отверждения.
19. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
20. Инструментальная обработка корневых каналов методом «Crown Down»
21. Инструментальная обработка корневых каналов с применением техники «сбалансированных сил»
22. Инструментальная обработка корневых каналов с применением стандартной техники
23. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
24. Правила работы со стеклоиономерными цементами химического отверждения
25. Правила работы с гибридными стеклоиономерными цементами.
26. Алгоритм работы с композитами химического отверждения.
27. Препарирование кариозных полостей I-VI классов по Блеку
28. Особенности пломбирования кариозных полостей I-VI классов по Блеку.
29. Методики проведения реминерализующей терапии.
30. Проведение инвазивной и неинвазивной методики герметизации фиссур.
31. Проведение окончательной обработки реставраций.
32. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
33. Применение лечебных прокладок при лечении глубокого кариеса.
34. Методики применения адгезивных систем IV-VII поколений.
35. Использование различных видов матричных систем при восстановлении контактного пункта.
36. Оказание первой помощи при гипо - и гипергликемической коме
37. Оказание первой помощи при анафилактическом шоке.
38. Оказание первой помощи при гипертоническом кризе.
39. Оказание первой помощи при обмороке.
40. Оказание первой помощи при коллапсе.
41. Оказание первой помощи при отеке Квинке.
42. Оказание первой помощи при приступе стенокардии.

Вопросы к экзамену

1. Организация работы рабочего места врача-стоматолога.
2. Способы и режимы дезинфекции изделий медицинского назначения.
3. Предстерилизационная обработка. Этапы предстерилизационной очистки. Контроль качества предстерилизационной очистки.
4. Основные методы стерилизации стоматологического инструментария и перевязочного материала. Контроль работы стерилизаторов.
5. Цель и схема обследования стоматологического пациента с патологией твёрдых тканей зубов.
6. Основные методы обследования пациента с патологией твёрдых тканей зубов.
7. Дополнительные методы обследования пациента с патологией твёрдых тканей зубов, их назначение.
8. История болезни стоматологического пациента. Порядок её заполнения.
9. Понятие и основные разделы врачебной деонтологии.
10. Классификация зубных отложений.
11. Пелликула, состав, способы удаления.
12. Мягкий зубной налет, состав, способы удаления.
13. Зубная бляшка, состав, способы удаления.
14. Минерализованные зубные отложения, виды, состав, способы удаления.
15. Методика определения индекса Федорова-Володкиной.
16. Методика определения индекса Грина- Вермильона.
17. Методика определения индекса эффективности гигиены полости рта (РНР).
18. Способы проведения профессиональной гигиены: механический, аппаратный (ультразвуковой, Air-flow).
19. Классификация некариозных поражений зубов.
20. Гипоплазия твёрдых тканей зубов: этиология, патогенез, патологическая анатомия.
21. Классификация гипоплазии. Клинические проявления системной гипоплазии.
22. Классификация гипоплазии. Клинические проявления местной гипоплазии.
23. Дифференциальная диагностика гипоплазии.
24. Методы профилактики и лечения гипоплазии.
25. Флюороз: этиология, патогенез, патологическая анатомия.
26. Эпидемиология флюороза.
27. Классификация флюороза. Клинические проявления отдельных форм флюороза.
28. Дифференциальная диагностика флюороза.
29. Методы профилактики и лечения флюороза.
30. Гиперестезия зубов: происхождение, патогенез.
31. Классификация гиперестезии. Клиника отдельных форм и стадий.
32. Методы лечения и профилактики гиперестезии зубов.
33. Некроз эмали: происхождение, клиника, диагностика и лечение.
34. Эрозия эмали: происхождение, клиника, диагностика и лечение.
35. Клиновидный дефект: теории происхождения, патогенез, патологическая анатомия.
36. Клиника, диагностика, лечение, профилактика клиновидного дефекта.
37. Причины возникновения и клиника повышенной стираемости зубов.

38. Методы лечения и профилактики повышенной стираемости зубов.
39. Дифференциальная диагностика некариозных поражений твёрдых тканей зубов, возникающих после их прорезывания.
40. Классификация травматических повреждений зубов.
41. Клиника повреждения эмали и дентина при травме зубов.
42. Клиника травмы пульпы зуба.
43. Клиника перелома корня зуба.
44. Лечение травмы эмали и дентина.
45. Показания к удалению зуба с переломом корня.
46. Методики лечения повреждений корня зуба.
47. Методы обезболивания при лечении болезней пульпы.
48. Методы лечения пульпита: классификация, показания.
49. Биологический метод лечения пульпитов: показания, противопоказания, методика, рецепты.
50. Метод витальной ампутации пульпы: показания, противопоказания, методика, рецепты.
51. Метод витальной экстирпации пульпы: показания, противопоказания, методика, рецепты.
52. Метод девитальной экстирпации пульпы: показания, методика, рецепты.
53. Метод девитальной ампутации пульпы: показания, противопоказания, методика, рецепты.
54. Методы и средства медикаментозной обработки корневых каналов зубов.
55. Эндодонтический инструментарий: классификация, показания к применению.
56. Методики определения рабочей длины корневых каналов зубов.
57. Методики инструментальной обработки корневых каналов зубов.
58. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов при осложненном кариесе зубов.
59. Пломбирование корневых каналов зубов: цель, методики.
60. Материалы для пломбирования корневых каналов зубов: классификация, свойства, показания к применению.
61. Импрегнационные методики пломбирования корневых каналов зубов: показания, методика, рецепты.
62. Ошибки и осложнения при диагностике пульпита, способы их профилактики и устранения.
63. Ошибки и осложнения при лечении пульпита, способы их профилактики и устранения.
64. Анатомо-физиологические особенности периодонта.
65. Патанатомия различных форм периодонтита.
66. Этиология периодонтита.
67. Классификации болезней периапикальных тканей.
68. Острый апикальный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
69. Лечение острого апикального периодонтита.
70. Хронический фиброзный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
71. Хронический гранулирующий периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
72. Хронический гранулематозный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
73. Обострение хронического периодонтита: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
74. Показания и противопоказания к лечению периодонтита.

75. Лечение хронических форм периодонтита в зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами.
76. Лечение хронических форм периодонтита в зубах с трудно проходимыми корневыми каналами.
77. Лечение периодонтита в одно посещение: показания, методика применения.
78. Трансканальный электрофорез корневых каналов: показания, методика.
79. Материалы для ирригации и дезинфекции корневых каналов зубов.
80. Материалы для временного пломбирования корневых каналов зубов.
81. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов зубов.
82. Методики пломбирования корневых каналов.
83. Ошибки и осложнения при диагностике периодонтита, причины их возникновения.
84. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита, способы их профилактики и устранения.
85. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений в эндодонтии. Повторное эндодонтическое лечение.
86. Перфорация зуба: клиника, диагностика, лечение.
87. Физиотерапия осложнений после пломбирования корневых каналов зубов.
88. Эндодонтическая подготовка зубов при проведении хирургических методов лечения заболеваний пульпы и периодонта.
89. Реставрация зубов после эндодонтического лечения. Использование штифтовых конструкций.
90. Показания и противопоказания к применению антибактериальной терапии при лечении пациентов с периодонтитом.
91. Лечение пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, относящихся к группам риска.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.

5.Какой метод обезболивания потребуется?

Задача №2

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы обследования.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача №3

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствуют.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы обследования.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Составьте план лечения.
- 5.Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача №4

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Какой класс кариозной полости по Блэку?
- 3.Назовите дополнительные методы обследования.
- 4.Проведите дифференциальную диагностику.
- 5.Какие пломбирочные материалы следует использовать?

Задача № 5

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

Задача № 6

Больной Р., 26 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы.

Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Каковы особенности пломбирования таких полостей?

Задача №7

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-

дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Задача №8

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на аппроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Задача №9

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас». Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

Задача №10

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А., 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе.

Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол».

Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Каким пломбировочным материалом целесообразнее провести пломбирование кариозной полости?

Задача №11

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А. 45 лет с жалобами на выпадение пломбы из 11 зуба.

Объективно: на латеральной поверхности 11 зуба глубокая кариозная полость с разрушением режущего края коронки. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе и дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое обезболивание следует провести?
5. Каким материалом целесообразнее восстановить данный дефект?

Задача №12

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная О., 38 лет, с жалобами на кратковременные боли в 25 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы 2 месяца назад.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 25 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, реакция на холод болезненная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Задача №13

Больная А., 42 лет, обратилась в клинику терапевтической стоматологии с целью санации. Объективно: на оральных поверхностях 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов наблюдается зубной камень, покрывающий 1/3 коронки.

1. С помощью каких инструментов можно провести удаление зубного камня?
2. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного камня?
3. Дайте рекомендации пациенту по гигиене полости рта.
4. Чем заканчивается процедура удаления зубного камня?
5. На что следует обратить внимание врачу после удаления зубного камня?

Задача №14

В клинику терапевтической стоматологии обратился пациент Б., 35 лет, с целью санации.

При осмотре: небные поверхности зубов верхней челюсти и язычные поверхности зубов нижней челюсти покрывает налет темно-коричневого цвета до 1/2 коронки зуба.

1. Какое назубное отложение имеет место?
2. С помощью каких инструментов можно провести удаление данного зубного отложения?
3. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного налета?
4. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.
5. Что может скрывать налет курильщика?

Задача № 15

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая.

Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите меры профилактики при данной патологии.
5. Что явилось причиной развития заболевания?

Задача № 16

При осмотре полости рта пациента врач обратил внимание на меловидные пятна на буграх 25 зуба, границы пятен нечеткие, поверхность гладкая.

Из анамнеза: пятна появились сразу после прорезывания 25, неприятных ощущений не вызывают, в размерах не изменялись.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Назовите наиболее вероятную причину таких изменений твердых тканей зуба.
4. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
5. Назначьте лечение.

Задача № 17

Пациент 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При осмотре на вестибулярной поверхности, ближе к режущему краю, выявлены точечные углубления в эмали 11, 21 зубов, дно углублений пигментировано.

Из анамнеза: углубления появились сразу после прорезывания, пигментировались позже, неприятных ощущений не вызывают. Проживает в местности с умеренным климатом и концентрацией фтора в питьевой воде 1 мг/л.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Что могло быть причиной этого заболевания?
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать?

Задача № 18

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 46 лет с жалобами на боли в 12 зубе при накусывании. Боли появились после того, как пациентка пыталась разгрызть грецкий орех.

Объективно: 12 зуб подвижен в вестибулярно-оральном направлении, перкуссия болезненна, ЭОД=15 мкА.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Какие дополнительные методы обследования нужно провести для уточнения диагноза?
- 3.Тактика врача.
- 4.В каком случае следует депульпировать зуб?
- 5.Назначьте общее лечение.

Задача № 19

Больной 18 лет обратился с жалобами на боли в 11 зубе, возникшие сразу после травмы. При осмотре: коронка 11 зуба отломана на 1/2 длины, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит, резко болезненна при зондировании.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы диагностики.
- 3.Составьте план лечения.
- 4.Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.
- 5.Назовите способы реставрации.

Задача № 20

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной 35 лет с жалобами на скол угла коронки 22 зуба, произошедший во время приема твердой пищи.

Объективно: медиальный угол коронки 22 отломан в пределах дентина, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.
3. Какой метод лечения показан в этом случае.
4. Назовите пломбирочные материалы для восстановления дефекта коронки.
5. Какие рекомендации следует дать пациенту после восстановления коронки зуба?

Задача № 21

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной 46 лет с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности в пришеечной области 23 зуба обнаружен дефект в виде клина. При зондировании стенки дефекта гладкие, безболезненные.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Существуют ли эффективные меры профилактики этой патологии?
5. Назначьте лечение.

Задача № 22

Больная 43 лет обратилась с жалобами на боли в передних зубах верхней челюсти от кислого, холодного, наличие дефектов в этих зубах.

Анамнез: дефекты появились 5 лет назад, боли от холодного появились 3 месяца назад. Страдает тиреотоксикозом.

При осмотре: на вестибулярной поверхности экваториальной области 12,11,21,22, вогнутые дефекты эмали овальной формы, размером до 0,3 см с гладким, плотным дном.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Назовите стадии этого заболевания.
4. Укажите причины возникновения.
5. Назначьте лечение.

Задача № 23

Больной 38 лет обратился с жалобами на боли от температурных и химических раздражителей в передних зубах верхней и нижней челюстей. Работает на предприятии химической промышленности. При осмотре 12,11,21,22,32,31,41,42 снижена высота коронок на 1/3, по режущему краю оголен пигментированный плотный дентин, зондирование безболезненное.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Объясните этиологию этого заболевания.
4. Назначьте лечение.

5. Укажите методы профилактики этого заболевания.

Задача № 24

Больная, 31 год, обратилась с жалобами на резкую боль от холодного воздуха, чувство оскомины в зубах верхней и нижней челюстей. При осмотре обнаружено обнажение шеек зубов без нарушения целостности твердых тканей. Легкое прикосновение к зубам также вызывает болезненность.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое общее лечение можно назначить?
3. Какие физиопроцедуры необходимы при данной патологии?
4. Какими препаратами можно проводить местное лечение?
5. Почему не целесообразно проводить местное лечение 30% водным раствором нитрата серебра?

Задача № 25

Больной 23 лет обратился с жалобами на боли в 21 зубе, возникшие сразу после травмы.

Объективно: коронка 21 зуба сохранена, изменена в цвете, резкая болезненность при перкуссии. На рентгенологическом снимке 21 зуба на середине корня отмечается линия просветления, идущая в поперечном направлении.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.
5. Назовите методы коррекции цвета зуба.

Задача № 26

Больной 18 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на болезненность передних зубов, «укорочение» 12, возникшие непосредственно после травмы.

Объективно: 12 зуб смещен в лунки в сторону тела челюсти. Коронка 12 зуба сохранена, не изменена в цвете, резкая болезненность при перкуссии. На рентгенологическом снимке 12 зуба периодонтальная щель в области верхушки корня не прослеживается.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Укажите классификацию переломов зуба ВОЗ.
4. Составьте план лечения.

5. Причины, по которым целесообразно провести депульпирование при данном диагнозе.

Эталоны тестовых заданий

по производственной практике по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (по терапевтической стоматологии) для студентов 4 курса по специальности 31.05.03. Стоматология

Лечение кариеса и некариозных поражений

01. Классификация кариозных полостей по Black включает

- 1) 4 класса
- 2) 5 классов
- 3) 6 классов

02. Кариозные полости на жевательной поверхности моляров, премоляров, слепых ямках относятся к классу по Black

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

03. Пришеечные полости относятся к классу по Black

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

04. Кариозные полости на контактных поверхностях резцов и клыков с повреждением режущего края относятся к классу по Black

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

- 05. Кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров относятся к классу по Black**
- 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) IV
 - 5) V
 - 6) VI
- 06. 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
- 07. Кариозные полости на режущем крае фронтальных и вершинах бугров боковых зубов**
- 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) IV
 - 5) V
 - 6) VI
- 08. Иммунные зоны зуба располагаются**
- 1) на вестибулярных поверхностях и фиссурах
 - 2) на фиссурах и буграх
 - 3) на буграх и вестибулярных поверхностях
- 09. 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
- 10. Элементы кариозной полости**
- 1) дно
 - 2) стенка
 - 3) угол
 - 4) край
 - 5) дентин
 - 6) эмаль
 - 7) цемент
 - 8) пульпа
- 11. Высушенная поверхность кариозного белого пятна**
- 1) теряет блеск
 - 2) меняет цвет
 - 3) остается без изменений

- 12. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны**
- 1) на стабильности эмали
 - 2) на уменьшении проницаемости эмали
 - 3) на увеличении проницаемости эмали
 - 4) на изменении оптических свойств эмали
- 13. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с поверхностным кариесом
 - 3) с эрозией
 - 4) с флюорозом
- 14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с эрозией твердых тканей
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с клиновидным дефектом
 - 5) с флюорозом
- 15. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**
- 1) с кариесом в стадии пятна
 - 2) с клиновидным дефектом
 - 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
 - 4) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) с глубоким кариесом
- 16. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**
- 1) распада и деминерализации
 - 2) деструкции эмали
 - 3) подповерхностной деминерализации
 - 4) прозрачного и интактного дентина
 - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.
- 17. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
 - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
 - 3) образованием заместительного дентина
- 18. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
 - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с острым очаговым пульпитом
 - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 19. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
 - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
 - 3) только при наличии раздражителя

- 20. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонтотропным и антисептическим действием, содержат**
- 1) кортикостероиды
 - 2) антибиотики
 - 3) нестероидные противовоспалительные препараты
 - 4) гидроокись кальция
- 21. Обследование стоматологического больного проводится**
- 1) в приемном отделении больницы
 - 2) в перевязочной городской поликлиники
 - 3) в стоматологической поликлинике
- 22. Обследование стоматологического больного начинают**
- 1) с осмотра полости рта
 - 2) с внешнего осмотра больного
 - 3) с пальпирования лимфатических узлов
 - 4) с рентгенологического обследования
- 23. Основным методом обследования стоматологического больного**
- 1) рентгенологический
 - 2) клинический
 - 3) цитологический
 - 4) лабораторный
- 24. Обследование стоматологического больного проводится**
- 1) врачом-терапевтом
 - 2) рентгенологом
 - 3) стоматологом
- 25. Зачаток зуба до минерализации на рентгенограмме проецируется**
- 1) в виде участка затемнения с четкими контурами
 - 2) в виде участка затемнения с нечеткими контурами
 - 3) на рентгенограмме не выявляется
- 26. Интенсивность поражений кариесом определяется индексом**
- 1) СРITN
 - 2) КПУ
 - 3) GI
 - 4) ПМА
- 27. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют**
- 1) реактив Шиллера–Писарева
 - 2) раствор йодистого калия
 - 3) 2% раствор метиленового синего
- 28. 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

- 29. Дном кариозной полости принято считать поверхность**
- 1) вертикальную
 - 2) обращенную к пульпе
 - 3) горизонтальную
- 30. Удаление смазанного слоя проводят**
- 1) кислотами
 - 2) щелочами
 - 3) водой
 - 4) высушиванием
- 31. Детекторы кариеса окрашивают**
- 1) внутренний слой кариозного дентина
 - 2) наружный слой кариозного дентина
- 32. Протравливание эмали и дентина проводится**
- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
 - 2) для усиления краевого прилегания
 - 3) для удаления смазанного слоя
- 33. 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
- 34. 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
- 35. 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

36. 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) поликарбосилатный цемент
	7) наполненные пластмассы
	8) ненаполненные пластмассы
	9) стеклоиономерный цемент

37. 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

38. Основой современных композитных материалов является

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

39. Зоны кариозного пятна

- 1) распад и деминерализация
- 2) прозрачный и интактный дентин
- 3) тело поражения
- 4) заместительный дентин и изменения в пульпе
- 5) темная зона
- 6) прозрачная зона

40. Сохранение наружного слоя эмали обусловлено

- 1) уменьшением содержания кальция
- 2) уменьшением содержания фтора
- 3) структурной особенностью наружного слоя эмали
- 4) процессом реминерализации

41. Классификация кариеса, распространенная на территории РФ

- 1) кариес эмали
- 2) кариес дентина
- 3) кариес в стадии пятна
- 4) кариес цемента
- 5) поверхностный кариес
- 6) средний кариес
- 7) приостановившийся кариес
- 8) глубокий кариес

42. Кариесрезистентность – это

- 1) устойчивость к действию кислот
- 2) устойчивость к действию щелочей
- 3) устойчивость к действию кариесогенных факторов

- 43. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать**
- 1) СРІТN
 - 2) ИДЖ
 - 3) РМА
 - 4) КПУ
 - 5) УИГ
- 44. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается**
- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
 - 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
 - 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- 45. Наибольшим кариесогенным действием обладают**
- 1) лактобациллы
 - 2) фузобактерии
 - 3) Str.mutans
 - 4) Str.sungvis
 - 5) Str.salivaris
- 46. Зоны кариозного пятна**
- 1) распад и деминерализация
 - 2) прозрачный и интактный дентин
 - 3) тело поражения
 - 4) заместительный дентин и изменения в пульпе
 - 5) темная зона
 - 6) прозрачная зона
- 47. Сохранение наружного слоя эмали обусловлено**
- 1) уменьшением содержания кальция
 - 2) уменьшением содержания фтора
 - 3) структурной особенностью наружного слоя эмали
 - 4) процессом реминерализации
- 48. Методы диагностики кариеса в стадии пятна**
- 1) окрашивание и ЭОД
 - 2) ЭОД и рентгенография
 - 3) рентгенография и термодиагностика
 - 4) термодиагностика и трансиллюминационный метод
 - 5) трансиллюминационный метод и окрашивание
- 49. Высушенная поверхность кариозного белого пятна**
- 1) теряет блеск
 - 2) меняет цвет
 - 3) остается без изменений

- 50. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны**
- 1) на стабильности эмали
 - 2) на уменьшении проницаемости эмали
 - 3) на увеличении проницаемости эмали
 - 4) на изменении оптических свойств эмали
- 51. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с поверхностным кариесом
 - 3) с эрозией
 - 4) с флюорозом
- 52. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с эрозией твердых тканей
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с клиновидным дефектом
 - 5) с флюорозом
- 53. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**
- 1) с кариесом в стадии пятна
 - 2) с клиновидным дефектом
 - 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
 - 4) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) с глубоким кариесом
- 54. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**
- 1) распада и деминерализации
 - 2) деструкции эмали
 - 3) подповерхностной деминерализации
 - 4) прозрачного и интактного дентина
 - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.
- 55. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
 - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
 - 3) образованием заместительного дентина
- 56. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
 - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с острым очаговым пульпитом
 - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 57. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
 - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
 - 3) только при наличии раздражителя

- 58. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонтотропным и антисептическим действием, содержат**
- 1) кортикостероиды
 - 2) антибиотики
 - 3) нестероидные противовоспалительные препараты
 - 4) гидроокись кальция
- 59. Пломбирочный материал, защищающий дентин, должен**
- 1) предотвращать движение жидкости в дентинных канальцах и герметично их закрывать
 - 2) свободно пропускать дентинную жидкость
 - 3) быть температурным и химическим изолятором
 - 4) повышать проницаемость дентина
- 60. Протравливание эмали и дентина проводится**
- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
 - 2) для усиления краевого прилегания
 - 3) для устранения смазанного слоя
- 61. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с поверхностным кариесом
 - 3) с эрозией
 - 4) с флюорозом
- 62. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**
- 1) с гипоплазией
 - 2) с эрозией твердых тканей
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с клиновидным дефектом
 - 5) с флюорозом
- 63. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**
- 1) с кариесом в стадии пятна
 - 2) с клиновидным дефектом
 - 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
 - 4) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) с глубоким кариесом
- 64. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**
- 1) распада и деминерализации
 - 2) деструкции эмали
 - 3) подповерхностной деминерализации
 - 4) прозрачного и интактного дентина
 - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.
- 65. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
 - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
 - 3) образованием заместительного дентина

- 66. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
 - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
 - 3) со средним кариесом
 - 4) с острым очаговым пульпитом
 - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 67. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
 - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
 - 3) только при наличии раздражителя
- 68. Пятна при флюорозе локализуются**
- 1) по режущему краю
 - 2) по всей поверхности коронки зуба
 - 3) в области шейки зуба
- 69. «Муаровая» эмаль характерна**
- 1) для эрозии
 - 2) для кариеса в стадии пятна
 - 3) для системной гипоплазии
 - 4) для несовершенного амелогенеза
 - 5) для флюороза
- 70. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен**
- 1) уменьшением межпризмных пространств, зонами гипоминерализации
 - 2) увеличением межпризмных пространств, зонами гиперминерализации
 - 3) увеличением межпризмных пространств, зонами гипо- и гиперминерализации
- 71. По характеру наследования моногенные болезни можно разделить на следующие группы**
- 1) доминантные
 - 2) аутосомно-доминантные
 - 3) рецессивные
 - 4) аутосомно-рецессивные
 - 5) сцепленные с полом
- 72. Эрозии твердых тканей локализуются**
- 1) только на жевательных поверхностях зубов
 - 2) только на вестибулярных поверхностях
 - 3) на всех поверхностях
- 73. Клинические стадии эрозии (по Ю.М.Максимовскому)**
- 1) начальная
 - 2) активная
 - 3) глубокая
 - 4) стабилизированная
 - 5) средняя

- 74. Для эрозии характерна деминерализация**
- 1) поверхностная
 - 2) подповерхностная
 - 3) частичная подповерхностная
- 75. Интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах**
- 1) гипоплазия
 - 2) гипопластический неполноценный амелогенез
 - 3) патологическое стирание
- 76. Третьей степени стирания зубов (по Бракко) соответствует**
- 1) стирание коронки до шейки зуба
 - 2) стирание эмали режущих краев и бугров
 - 3) полное стирание бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки
 - 4) уменьшение высоты коронки с исчезновением средней трети коронки
- 77. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе**
- 1) чувство «оскомины»
 - 2) «слипание зубов»
 - 3) отсутствие симптоматики
- 78. Назначение антибиотиков тетрациклинового ряда может привести к развитию «тетрациклиновых» зубов детям в возрасте**
- 1) от 1 мес. до 6 лет
 - 2) от 1 года до 6 лет
 - 3) от 6 мес. до 6 лет
 - 4) от 6 мес. до 12 лет
- 80. Устранить дисколорит, развившийся в результате применения тетрациклина в детстве, можно методом**
- 1) микроабразии
 - 2) внутреннего отбеливания
 - 3) методом внешнего отбеливания
- 81. Устранить дисколорит, развившийся в результате эндодонтического вмешательства, можно методом**
- 1) микроабразии
 - 2) внутреннего отбеливания
 - 3) внешнего отбеливания

82. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

83. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

84. Системность поражения зубов всегда характерна

- 1) для флюороза
- 2) для гипоплазии
- 3) для кариеса

85. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов

- 1) уменьшение содержания фтора в воде
- 2) употребление большого количества углеводов в первый год жизни
- 3) токсокозы, хронические и системные заболевания в период беременности

86. Клинические формы системной гипоплазии

- 1) изменение цвета
- 2) отсутствие групп зубов
- 3) отсутствие эмали
- 4) отсутствие дентина
- 5) недоразвитие зубов

87. Дифференциальный диагноз системной гипоплазии проводят

- 1) с кариесом в стадии пятна
- 2) с поверхностным кариесом
- 3) с флюорозом
- 4) с истиранием
- 5) с эрозией

88. Предельно-допустимое содержание фтора в питьевой воде

- 1) 0,5 мг/л
- 2) 1,0 мг/л
- 3) 1,5 мг/л

89. Формы флюороза без потери тканей

- 1) штриховая
- 2) пятнистая
- 3) меловидная
- 4) эрозивная
- 5) деструктивная

90. Формы флюороза, протекающие с потерей ткани

- 1) штриховая
- 2) пятнистая
- 3) меловидная
- 4) эрозивная
- 5) деструктивная

91. Пятна при флюорозе локализуются

- 1) по режущему краю
- 2) по всей поверхности коронки зуба
- 3) в области шейки зуба

92. «Муаровая» эмаль характерна

- 1) для эрозии
- 2) для кариеса в стадии пятна
- 3) для системной гипоплазии
- 4) для несовершенного амелогенеза
- 5) для флюороза

93. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен

- 1) уменьшением межпризмных пространств, зонами гипоминерализации
- 2) увеличением межпризмных пространств, зонами гиперминерализации
- 3) увеличением межпризмных пространств, зонами гипо- и гиперминерализации

94. По характеру наследования моногенные болезни можно разделить на следующие группы

- 1) доминантные
- 2) аутосомно-доминантные
- 3) рецессивные
- 4) аутосомно-рецессивные
- 5) сцепленные с полом

95. Эрозии твердых тканей локализуются

- 1) только на жевательных поверхностях зубов
- 2) только на вестибулярных поверхностях
- 3) на всех поверхностях

96. Клинические стадии эрозии (по Ю.М.Максимовскому)

- 1) начальная
- 2) активная
- 3) глубокая
- 4) стабилизированная
- 5) средняя

97. Для эрозии характерна деминерализация

- 1) поверхностная
- 2) подповерхностная
- 3) частичная подповерхностная

98. Интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах

- 1) гипоплазия
- 2) гипопластический неполноценный амелогенез
- 3) патологическое стирание

99. Третьей степени стирания зубов (по Бракко) соответствует

- 1) стирание коронки до шейки зуба
- 2) стирание эмали режущих краев и бугров
- 3) полное стирание бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки
- 4) уменьшение высоты коронки с исчезновением средней трети коронки

100. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе

- 1) чувство «оскомины»
- 2) «слипание зубов»
- 3) отсутствие симптоматики

101. Назначение антибиотиков тетрациклинового ряда может привести к развитию «тетрациклиновых» зубов детям в возрасте

- 1) от 1 мес. до 6 лет
- 2) от 1 года до 6 лет
- 3) от 6 мес. до 6 лет
- 4) от 6 мес. до 12 лет

Установите соответствие

102. Поражение твердых тканей зубов, возникающее

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1) в период развития | а) несовершенный амелогенез |
| 2) после прорезывания | и дентиногенез |
| | б) синдром Стентона–Капдепона |
| | в) гипоплазия |
| | г) флюороз |
| | д) клиновидный дефект |
| | е) эрозия твердых тканей |
| | ж) гиперестезия зубов |

103.Зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье являются разновидностью

- 1) местной гипоплазии
- 2) системной гипоплазии
- 3) эндемического флюороза

104.У зубов Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье отмечается недоразвитие

- 1) эмали
- 2) дентина
- 3) эмали и дентина

105.Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются

- 1) заболевания матери во время беременности
- 2) заболевания ребенка после рождения
- 3) генетические факторы
- 4) низкое содержание фтора в питьевой воде

106. Причиной местной гипоплазии эмали являются

- 1) болезни ребенка после рождения
- 2) периодонтит молочного зуба
- 3) низкое содержание фтора в питьевой воде
- 4) травматическое повреждение зачатка зуба

107.Препараты тетрациклинового ряда стараются не назначать детям в возрасте

- 1) от 6 мес. до 1 года
- 2) от 1 года до 6 лет
- 3) от 6 мес. до 12 лет

108.Поражение зубов при флюорозе относят

- 1) к местным
- 2) к системным
- 3) к генетическим

109.Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функций

- 1) амелобластов
- 2) адонтобластов
- 3) остеобластов

110.Для дифференциальной диагностики флюороза дополнительно проводят

- 1) ЭОД зуба
- 2) витальное окрашивание
- 3) рентгенологическое исследование

111.Пятнистую форму флюороза дифференцируют

- 1) с эрозией эмали
- 2) с гипоплазией эмали
- 3) с кариесом в стадии пятна
- 4) с несовершенным амелогенезом
- 5) с клиновидным дефектом

112. Отбеливание при флюорозе целесообразно проводить при формах

- 1) штриховой
- 2) пятнистой
- 3) эрозивной
- 4) деструктивной
- 5) меловидно-крапчатой

113. Профилактика флюороза включает

- 1) замену водоисточника
- 2) прием морепродуктов
- 3) выезд из эндемического района
- 4) контроль гигиены полости рта
- 5) покрытие зубов герметиками

114. Профилактику флюороза проводят в возрасте

- 1) до 5-6 лет
- 2) до 6-8 лет
- 3) до 8-10 лет

115. Овальная форма поражения твердых тканей зубов характерна

- 1) для эрозии эмали
- 2) для клиновидного дефекта
- 3) для мраморной болезни

116. Дефекты при патологической стираемости зубов локализуются на поверхности

- 1) вестибулярной и режущей
- 2) режущей и жевательной
- 3) жевательной и язычной

117. Профилактика эрозии эмали включает

- 1) ограничение в рационе цитрусовых
- 2) применение фторсодержащих таблеток
- 3) применение фторсодержащих зубных паст
- 4) ограничение приема углеводов
- 5) использование мягкой зубной щетки

118. Эрозия твердых тканей зубов может поражать

- 1) только эмаль
- 2) только дентин
- 3) эмаль и дентин

119. Устранить дисколорит, развившийся в результате применения тетрациклина в детстве, можно методом

- 1) микроабразии
- 2) внутреннего отбеливания
- 3) методом внешнего отбеливания

120. К МАКРОНАПОЛНЕННЫМ КОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- a) Composite
- б) Simulate
- в) верно а) и б)

г) Fuji IX

121. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) паста-паста
- б) порошок-жидкость
- в) паста- порошок
- г) паста-жидкость

122. ФИНИШНАЯ СВЕТОВАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ:

- а) по окончанию полировки пломбы
- б) после фиксации последней порции композиционного пломбировочного материала светового отверждения
- в) после полимеризации последней порции композита
- г) после нанесения полировочной пасты

123. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРАВИЛЬНОСТЬ ПОЛИРОВАНИЯ РЕСТАВРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- а) наличием зеркального блеска высушенной поверхности реставрации, не отличимой по степени блеска от естественной эмали зубов
- б) субъективными ощущениями пациента
- в) наличие матовости высушенной поверхности
- г) совпадение оттенка реставрации и тканей зуба во влажном состоянии

124. УКАЖИТЕ КАТАЛИЗАТОР, АКТИВИРУЮЩИЙ ХИМИЧЕСКУЮ ПОЛИМЕРИЗАЦИЮ В КОМПОЗИТАХ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) камфороксинон
- б) перекись бензоила и амина
- в) перекись мочевины
- г) камфора

125. ПРИ ВЫБОРЕ ЦВЕТА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ:

- а) глубину и локализацию имеющегося дефекта твердых тканей зуба
- б) расположение восстанавливаемого зуба в зубной дуге
- в) конституциональные, половые, возрастные признаки
- г) верно все

126. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

- а) фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
- б) фиксация пломбировочного материала в ретенционных пунктах
- в) проникновение адгезива и пломбировочного материала в микропространства протравленной эмали
- г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов

127. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Revolution
- б) Tetric
- в) Dyract
- г) Fuji IX

128. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ ФОТОКОМПОЗИТНОЙ ПЛОМБЫ:

- а) неправильное формирование кариозной полости
- б) попадание слюны или крови на обработанную поверхность зуба
- в) отсутствие бонда
- г) одномоментная полимеризация больших объемов фотокомпозита
- д) все верно

129. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

- а) усиливает ток зубного ликвора
- б) заполняет дентинные канальцы
- в) прекращает ток зубного ликвора
- г) смачивает и дезинфицирует
- д) верно в) и г)

130. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ:

- а) применение микронаполненных композитов для восстановления поверхностей 1,2 классов, режущих краев фронтальных зубов
- б) игнорирование правил направления лучей полимеризационной лампы
- в) попадание на склеиваемую поверхность ротовой или десневой жидкости
- г) верно б, в
- д) все верно

131. ПОВЕРХНОСТЬ ДЕНТИНА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕНТИННЫМ АДГЕЗИВОМ С ЦЕЛЬЮ:

- а) улучшения связывания дентина и композита
- б) увеличения механической прочности истонченного дентина
- в) уменьшения чувствительности дентина к раздражителям
- г) верно все перечисленное

132. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ 5 ПОКОЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ:

- а) только протравливание дентина
- б) тотальное протравливание
- в) только протравливание эмали
- г) протравливание тканей не проводится

133. КОМПОЗИЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ С РАЗМЕРОМ ЧАСТИЦ НЕОРГАНИЧЕСКОГО НАПОЛНИТЕЛЯ БОЛЕЕ 1 МКМ, ОТНОСЯТСЯ К:

- а) макронаполненным
- б) гибридным
- в) микронаполненным
- г) мининаполненным

134. ТЕКУЧИЕ КОМПОЗИТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ

- а) герметизации фиссур
- б) пломбирования полостей 2 класса
- в) пломбирования полостей 5 класса
- г) верно все перечисленное

135. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

- а) кариозные полости 3 и 5 классов
- б) небольшие кариозные полости 1 и 2 классов

- в) некариозные поражения твердых тканей зубов
- г) верно все перечисленное

136. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ IV И V ПОКОЛЕНИЯ СОДЕРЖАТ:

- а) фтористые соединения
- б) кальцевые соединения
- в) калиевые соединения
- г) верно все перечисленное

137. НЕДОПУСТИМЫЕ СОЧЕТАНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

- а) эвгенолсодержащие материалы - светоотверждаемый композиционный материал
- б) цинк-фосфатный цемент - композиционный материал химического отверждения
- в) стекло-иономерный цемент - светоотверждаемый композиционный материал
- г) полимерная лечебная прокладка - светоотверждаемый композиционный материал

138. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС

- а) кристаллизации
- б) полимеризации
- в) растворения
- г) верно все перечисленное

139. ТРАВЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ:

1. реминерализации
2. диагностики кариеса
3. улучшения адгезии
4. обезболивания
5. склерозирования
- 6.

140. ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

- а) послойно
- б) одной-двумя порциями, тщательно прижимая материал ко дну и стенкам полости, с некоторым избытком материала
- в) мелкими порциями с тщательной конденсацией каждой порции
- г) техника внесения не имеет значение

141. ВРЕМЯ ТВЕРДЕНИЯ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) 10 минут
- б) 3-5 минуты
- в) 1-2 минуты
- г) 8-10 минут

142. К КОМПОЗИТАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Талан
- б) Charisma PPF
- в) Consise
- г) Degufil
- д) все верно

143. УКАЖИТЕ КАТАЛИЗАТОР, АКТИВИРУЮЩИЙ ХИМИЧЕСКУЮ ПОЛИМЕРИЗАЦИЮ В КОМПОЗИТАХ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) камфороквинон
- б) перекись бензоила и амина
- в) перекись мочевины
- г) камфора

144. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

- а) фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
- б) фиксация пломбирочного материала в ретенционных пунктах
- в) проникновение адгезива и пломбирочного материала в микропространства протравленной эмали
- г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов

145. ВНОСИМЫЕ СЛОИ КРМ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ ТОЛЩИНУ БОЛЕЕ:

- а) 1мм
- б) 2-3мм
- в) 0,5 мм
- г) 5 мм

146. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОКОМПОЗИТОВ:

- а) экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость
- б) поддесневое распространение кариеса
- в) низкая гигиена полости рта
- г) верно всё

147. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

- а) усиливает ток зубного ликвора
- б) заполняет дентинные каналы
- в) прекращает ток зубного ликвора
- г) смачивает и дезинфицирует
- д) верно в) и г)

148. ПОВЕРХНОСТЬ ДЕНТИНА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕНТИННЫМ АДГЕЗИВОМ С ЦЕЛЬЮ:

- а) улучшения связывания дентина и композита
- б) увеличения механической прочности истонченного дентина
- в) уменьшения чувствительности дентина к раздражителям
- г) верно все перечисленное

149. ПРИМЕНЕНИЕ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ 4, 5 ПОКОЛЕНИЙ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ:

- а) гибридной зоны
- б) смазанного слоя
- в) слоя ингибированного кислородом
- г) верно все перечисленное

150. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ 5 ПОКОЛЕНИЯ РОЛЬ ПРАЙМЕРА ВЫПОЛНЯЕТ:

- а) первая порция жидкости адгезивной системы
- б) вторая порция жидкости адгезивной системы
- в) адгезивная система 5 поколения не содержит праймер

г) протравливающая система

151. РЕЗУЛЬТАТ ОБЪЕМНОЙ УСАДКИ ФОТОКОМПОЗИТА

- а) изменение цвета тканей зуба
- б) воспаление десневого края
- в) отломы стенок зуба
- г) гиперчувствительность тканей зуба

152. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

- 1. СИЦ
- 2. композита
- 3. поликарбоксилатного цемента
- 4. серебряной амальгамы
- 5. силикофосфата

153. Лампы галогенового света используют для:

- 1. дезинфекции операционного поля
- 2. высушивания полости рта
- 3. реминерализации эмали
- 4. дезинфекции кабинета
- 5. полимеризации композита

154. При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сэндвича» прокладка:

- 1. перекрывается композитом
- 2. не перекрывается композитом
- 3. не используется
- 4. накладывается на края полости
- 5. накладывается на стенки и края

155. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

- 1. прочностью, рентгеноконтрастностью
- 2. прочностью, плохой полируемостью
- 3. низкой цветостойкостью
- 4. накоплением зубного налета на поверхности
- 5. токсичностью

156. К бондинговым системам относятся:

- 1. ортофосфорная кислота
- 2. праймер и адгезив
- 3. соляная кислота
- 4. плавиковая кислота
- 5. полиакриловая кислота

157. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

- 1. оральную
- 2. вестибулярную
- 3. источника света
- 4. полости зуба
- 5. равномерно по объему

158. К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ОТНОСЯТСЯ:

- а) кальмецин

- б) life
- в) calcipulpe
- г) верно все перечисленное

159. В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. искусственный дентин
2. пасты на основе гидроксида кальция
3. дентин-пасту
4. резорцин-формалиновую пасту
5. фосфат-цемент

160. ПРОКЛАДОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ОБЛАДАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ:

1. твердостью, прочностью
2. одонтотропным действием
3. эстетическими качествами
4. растворимостью
5. усадкой

161. МЕТОД ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРЕДЛОЖИЛ:

- а) И.Г. Лукомский
- б) Блэк
- в) Е.В. Боровский
- г) Фишер

162. ТРЕБОВАНИЕ К ЛЕЧЕБНЫМ ПОДКЛАДОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ

- а) длительное время твердения
- б) короткое время замешивания
- в) обладать одонтотропным действием
- г) обладать анестезирующим действием

163. Композит, позволяющий избежать развития абфракционных дефектов в кариозных полостях пришеечной области зубов:

- а) композит низкой вязкости (текучий композит)
- б) композит химического отверждения
- в) макронаполненный композит химического отверждения
- г) верно все перечисленное

164. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм)

1. 1-100
2. 50
3. более 1
4. 1
5. менее 1

165. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1. гладилкой
2. штопфером
3. шприцем
4. шприцем и гладилкой
5. амальгамотрегером

166. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1. источника света
2. полости зуба
3. вестибулярную
4. оральную
5. окклюзионную

167. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

1. фосфат-цемент
2. бондинговая система
3. 37% фосфорная кислота
4. паста на основе гидроксида кальция
5. искусственный дентин

168. Для отделки пломб из композитных материалов в полостях Пкласса применяются:

1. стальные шаровидные боры
2. твердосплавные шаровидные боры
3. твердосплавные цилиндрические боры
4. мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы
5. карборундовые камни

169. НЕДОПУСТИМЫЕ СОЧЕТАНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

- а) эвгенолсодержащие материалы - светоотверждаемый композиционный материал
- б) цинк-фосфатный цемент - композиционный материал химического отверждения
- в) стекло-иономерный цемент - светоотверждаемый композиционный материал
- г) полимерная лечебная прокладка - светоотверждаемый композиционный материал

170. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС

- а) кристаллизации
- б) полимеризации
- в) растворения
- г) верно все перечисленное

171. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОСТОИНСТВА ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ:

- а) соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба
- б) цветостойкость
- в) достаточное время для моделирования реставрации
- г) все верно

172. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

- а) кариозные полости 3 и 5 классов
- б) небольшие кариозные полости 1 и 2 классов
- в) некариозные поражения твердых тканей зубов
- г) верно все перечисленное

173. СЛОЙ ДЕНТИНА, ПОВЕРХНОСТЬ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН КОТОРОГО ПОКРЫТА СМОЛОЙ, НАЗЫВАЮТ:

- а) гибридным
- б) смазанным
- в) меловидным
- г) блестящим

174. КОМПОЗИЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПОВЫШЕННОЙ ТЕКУЧЕСТИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ АДАПТИВНОГО СЛОЯ ВНОСИТСЯ В ПОЛОСТЬ ТОЛЩИНОЙ:

- а) 4-5 мм
- б) 0,5-1 мм
- в) 1-1,5 мм
- г) текучие композиты не используют для создания адаптивного слоя

175. К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ I КЛАССА ОТНОСЯТСЯ:

- а) компомеры
- б) СИЦ
- в) ормомеры
- г) гибридные композиционные пломбировочные материалы
- д) все верно

176. ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ:

- а) краевые эмалевые гребни восстанавливаются мощными и закругленными
- б) щечные бугры восстанавливаются более сглаженными и мощными, язычные – заостренными
- в) ослабленные бугры и истонченные стенки перекрывают реставрационным материалом
- г) все верно

177. НЕПРАВИЛЬНОЕ СКАШИВАНИЕ И СГЛАЖИВАНИЕ ЭМАЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- а) к ухудшению адгезии
- б) к нарушению краевого прилегания
- в) к ухудшению эстетики
- г) верно все перечисленное

178. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ И ИЗОЛИРУЮЩИХ ПРОКЛАДОК ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ АДГЕЗИВОВ ПРИЗНАЕТСЯ:

- а) необходимым
- б) излишним
- в) желательно только при опасности вскрытия полости зуба
- г) необходимо при вскрывшейся полости зуба
- д) верно все, кроме а)

179. ПРАЙМЕР - ЭТО ВЕЩЕСТВО:

- а) с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала
- б) обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)
- в) растворяющее минеральные структуры эмали
- г) верно все перечисленное

180. КОМПОЗИЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ С РАЗМЕРОМ ЧАСТИЦ НЕОРГАНИЧЕСКОГО НАПОЛНИТЕЛЯ БОЛЕЕ 1 МКМ, ОТНОСЯТСЯ К:

- а) макронаполненным

- б) гибридным
- в) микронаполненным
- г) мининаполненным

181. НАЛИЧИЕ СЛИШКОМ ТОЛСТОГО СЛОЯ АДГЕЗИВА СПОСОБСТВУЕТ:

- а) лучшему сцеплению пломбировочного материала с твердыми тканями зуба
- б) формированию линии слабости реставрации
- в) образованию гибридной зоны
- г) образованию смазанного слоя

182. ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

- а) послойно
- б) одной-двумя порциями, тщательно прижимая материал ко дну и стенкам полости, с некоторым избытком материала
- в) мелкими порциями с тщательной конденсацией каждой порции
- г) техника внесения не имеет значение

183. УКАЖИТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РЕСТАВРАЦИИ:

- а) контурирование реставрации
- б) финирирование реставрации
- в) полирование пастами
- г) обработка карборундовым камнем

184. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

- а) паста-паста
- б) порошок-жидкость
- в) паста- порошок
- г) паста-жидкость

185. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

- а) фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
- б) фиксация пломбировочного материала в ретенционных пунктах
- в) проникновение адгезива и пломбировочного материала в микропространства протравленной эмали
- г) фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов

186. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Revolution
- б) Tetric
- в) Dyract
- г) Fuji IX

187. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

- а) усиливает ток зубного ликвора
- б) заполняет дентинные канальцы
- в) прекращает ток зубного ликвора
- г) смачивает и дезинфицирует
- д) верно в) и г)

188. БЛЕСТЯЩИЙ, «ВЛАЖНЫЙ», ЛЕГКО СНИМАЮЩИЙСЯ ИНСТРУМЕНТОМ СЛОЙ НА ПОВЕРХНОСТИ КОМПОЗИТА НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) смазанный слой
- б) слой, ингибированный кислородом
- в) гибридный слой
- г) изолирующий слой

189. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ:

- а) применение микронаполненных композитов для восстановления поверхностей 1,2 классов, режущих краев фронтальных зубов
- б) игнорирование правил направления лучей полимеризационной лампы
- в) попадание на склеиваемую поверхность ротовой или десневой жидкости
- г) верно б, в
- д) все верно

190. АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5 ПОКОЛЕНИЯ СОДЕРЖАТ ПРАЙМЕР И АДГЕЗИВ:

- а) в виде двух жидкостей
- б) не содержат праймер
- в) в «одном» флаконе
- г) не содержат адгезив

191. ТОТАЛЬНОЕ ПРОТРАВЛИВАНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ:

- а) 3 поколения
- б) 4-5 поколений
- в) 1 поколения
- г) 2 поколения

192. ИЗОЛИРУЮЩИЕ ЛАКИ - ЭТО ТОНКОСЛОЙНЫЕ ПРОКЛАДКИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ПУЛЬПЫ ЗУБА ОТ ТОКСИЧНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИНАЧЕ ИХ НАЗЫВАЮТ:

- а) праймеры
- б) силаны
- в) компомеры
- г) герметики
- д) лайнеры

193. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОСТОИНСТВА ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ:

- а) соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба
- б) цветостойкость
- в) достаточное время для моделирования реставрации
- г) все верно

194. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

- а) кариозные полости 3 и 5 классов
- б) небольшие кариозные полости 1 и 2 классов
- в) некариозные поражения твердых тканей зубов
- г) верно все перечисленное

195. При пломбировании кариозных полостей методом «открытого сэндвича» прокладка:

1. перекрывается композитом
 2. не перекрывается композитом
 3. накладывается на дно и стенки
 4. накладывается на края полости
 5. накладывается на стенки и края
196. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:
1. источника света
 2. полости зуба
 3. вестибулярную
 4. оральную
 5. окклюзионную

197. ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

- а) точно в область проекции рога пульпы
- б) на дно и стенки кариозной полости, повторяя контуры полости
- в) на дно полости до эмалево-дентинной границы
- г) на стенки кариозной полости

198. ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОКЛАДКИ:

- а) кальцикур
- б) кальципульп
- в) септокальцин
- г) верно все перечисленное

199. ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) диоксидин
- б) спирт
- в) гипохлорит натрия
- г) перекись водорода

200. ВЫЯВИТЬ УЧАСТОК ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОЗВОЛЯЕТ:

- а) тест с красителями
- б) электроодонтодиагностика
- в) температурная диагностика
- г) верно все перечисленное

Эндодонтическое лечение

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.

1. 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. «Masterfile» -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 вершины 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.
- 4.

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.
- 4.

28. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1. пульпоэкстрактор;
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-рагиохлорида 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.

048. Пульпа представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую 1)

- из основного вещества, сосудов и нервов
- 2) из клеточных, волокнистых элементов, основного вещества сосудов и нервов
- 3) из сосудов, нервов, клеточных и волокнистых элементов

049. Анатомическая верхушка корня отстоит от физиологической

- 1) на 0-1 мм
- 2) на 1-2 мм
- 3) на 2-3 мм

050. В пульпе различают клеточные слои

- 1) периферический (одонтобластический)
- 2) подповерхностный (субодонтобластический)
- 3) наружный
- 4) внутренний
- 5) центральный

051. Периферический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

052. Субодонтобластический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

053. Центральный слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

054. В пульпе зуба располагаются капиллярные сплетения

- 1) одонтобластическое
- 2) периферическое
- 3) центральное
- 4) субодонтобластическое

055. Старение пульпы характеризуется

- 1) уменьшением размера полости зуба
- 2) увеличением размера полости зуба
- 3) снижением активности клеток
- 4) фиброзом
- 5) увеличением активности клеток
- 6) сетчатой дистрофией

056. При остром пульпите обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

057. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

058. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

059. Острый пульпит

- 1) фиброзный
- 2) очаговый
- 3) диффузный
- 4) гангренозный
- 5) гипертрофический

060. Хронический пульпит

- 1) фиброзный
- 2) очаговый
- 3) диффузный
- 4) гангренозный
- 5) гипертрофический

061. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) увеличением количества брадикинина
- 4) понижением гидростатического давления в полости зуба
- 5) уменьшением количества вазоактивных веществ

062. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением рецепторных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам

063. Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время с длительным безболевым периодом возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

064. Самопроизвольная сильная приступообразная, иррадирующая по ходу ветвей тройничного нерва, боль в ночное время с коротким безболевым периодом возникает при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

065. Приступообразные боли от различных видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних, беспокоят пациентов при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гипертрофическом
- 5) хроническом гангренозном

066. Ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом от перемены температуры воздуха возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

067. Боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гипертрофическом
- 5) хроническом гангренозном

068. Обострение хронического пульпита характеризуется

- 1) самопроизвольной приступообразной болью в ночное время с длительным безболевым периодом
- 2) самопроизвольной сильной приступообразной, иррадирующей по ходу ветвей тройничного нерва, болью в ночное время с коротким безболевым периодом
- 3) приступообразные боли от всех видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних
- 4) ноющие боли от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температуры
- 5) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
- 6) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом

Установите соответствие

069. Зондирование дна кариозной полости Диагноз

- | | |
|--|---|
| 1) болезненно, полость зуба
вскрыта в одной точке | а) хронический
фиброзный пульпит |
| 2) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта
достаточно широко | б) хронический
гипертрофический пульпит |
| 3) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта широко,
появляется кровоточивость | в) хронический
гангренозный пульпит
г) острый диффузный пульпит
д) острый очаговый пульпит |

070. Дифференциальный диагноз острого диффузного пульпита проводят

- 1) с обострением хронического пульпита
- 2) со средним кариесом
- 3) с острым и обострившимся хроническим периодонтитом
- 4) с глубоким кариесом
- 5) с гайморитом
- 6) с невралгией тройничного нерва

071. Дифференциальный диагноз хронического гангренозного пульпита проводят

- 1) с глубоким кариесом
- 2) с хроническим фиброзным пульпитом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с невралгией тройничного нерва

072. Изменения в периодонте (расширение периодонтальной щели) чаще всего наблюдается

- 1) при хроническом фиброзном пульпите
- 2) при хроническом гангренозном пульпите
- 3) при хроническом гипертрофическом пульпите

Установите соответствие

073. Методы лечения пульпита Диагноз

- | | |
|---|--|
| А) несохраняющие пульпу | 1) острый очаговый пульпит |
| Б) сохраняющие
жизнеспособность пульпы | 2) острый диффузный пульпит
3) хронический фиброзный пульпит
4) хронический гангренозный
пульпит
5) хронический гипертрофический
пульпит
6) обострение хронического пульпита
7) случайное вскрытие полости зуба |

074. Метод сохранения жизнеспособной пульпы в корневых каналах называется

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная экстирпация
- 4) витальная ампутация

075.Проведение биологического метода возможно

- 1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
- 2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- 3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет
- 4) при хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
- 5) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 23 лет с инсулинзависимым диабетом

076.Формирование периодонта заканчивается

- 1) примерно через месяц после окончания развития корня зуба
- 2) примерно через полгода после окончания развития корня зуба
- 3) примерно через год после окончания развития корня зуба

077.Причиной острой травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) завышенная пломба
- 3) избыточная разовая нагрузка

078.Причиной хронической травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) неправильно (высоко) наложенная пломба и др .окклюзионные нарушения
- 3) избыточная разовая нагрузка
- 4) вредные привычки (перекусывание ниток и т.д.)

079.Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается метод

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентенография
- 4) реоплетизмография

Установите соответствие

080.Жалобы больного Заболевание

- | | |
|---|---|
| 1) ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб | а) хронический фиброзный пульпит |
| 2) постоянная сильная боль, «чувство выросшего зуба» | б) острый периодонтит |
| 3) отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица | в) острый периодонтит в стадии интоксикации |
| | г) острый периодонтит в стадии экссудации |
| | д) хронический гангренозный пульпит |
| | е) смещение места воспаления, периостит, подслизистый абсцесс |

081.Рентгенологическая картина.

Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

082.Рентгенологическая картина.

Нечеткость, смазанность, «завуалированность» картины периапикальной области

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

083.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки с четкими границами до 5 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

084.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами от 5 до 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

085.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулирующий периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) радикулярная киста

086.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами более 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

087.Выход экссудата при остром или обострении хронического периодонтита наиболее благоприятен через

- 1) периодонт с формированием пародонтального кармана
- 2) корневой канал
- 3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса или периостита

Укажите правильную последовательность

088.Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов эндодонтическими инструментами проводится в последовательности

- 1) удаление некротических тканей и предрентина буравом, рашпилем, К-файлом
- 2) формирование апикального уступа и придания каналу конусообразной формы
- 3) поэтапная, под прикрытием антисептиков, эвакуация путридных масс из корневого канала

089.Относительными противопоказаниями для проведения консервативного лечения периодонтита являются

- 1) отлом стержневого инструмента в канале
- 2) подвижность зубов III степени
- 3) перфорация корня или полости зуба
- 4) радикулярные кисты более 2 см
- 5) зубы, ранее леченые, но являющиеся источником прогрессирующего процесса

090.Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита

- 1) девитальная ампутация
- 2) резекция верхушки корня
- 3) витальная экстирпация
- 4) короно-радикулярная сепарация
- 5) ампутация корня и гемисекция

091.Лечение периодонтита может быть безуспешным в случаях, кроме

- 1) канал запломбирован полностью
- 2) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку
- 3) канал запломбирован не полностью
- 4) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 5) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

092. Мышьяковистая интоксикация периодонта купируется

- 1) экстирпацией пульпы и пломбированием канала в то же посещение
- 2) ампутацией пульпы с наложением тампона с обезболивающим препаратом под временную повязку
- 3) удалением пульпы, медикаментозной обработкой канала, вложением в корневой канал турунды с препаратами йода или унитиолом

Укажите правильную последовательность

093. Реактивные зоны корневой гранулемы

- 1) зона контаминации
- 2) зона раздражения
- 3) зона некроза
- 4) зона стимуляции

094. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является

- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
- 2) острый периодонтит многокорневого зуба
- 3) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свища
- 4) хронический фиброзный периодонтит

095. Наиболее эффективный метод лечения периодонтита в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами

- 1) резорцин-формалиновым методом
- 2) методом депо-фореза гидроокиси меди-кальция
- 3) физиотерапевтическими методами (трассканальный электрофорез с препаратами йода и т.д.)

096. Минимальные сроки восстановления костной ткани периапикальной области при успешном лечении деструктивного периодонтита

- 1) 6-9 мес.
- 2) 12-18 мес.
- 3) 12-24 мес.

097. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

098. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

099. Системность поражения зубов всегда характерна

- 1) для флюороза
- 2) для гипоплазии
- 3) для кариеса

100. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов

- 1) уменьшение содержания фтора в воде
- 2) употребление большого количества углеводов в первый год жизни
- 3) токсикозы, хронические и системные заболевания в период беременности