№ ОРД-СТОМ.ОБЩ.П.-22

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

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от 22.03.2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «Эстетические реставрации»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики, утвержденной 30.03.2022 г.

для ординаторов 1 года обучения
по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 21.03.2022 г. (протокол №8)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____ Ремизова А.А.

г. Владикавказ 2022

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист

2. Структура ФОС

3.Паспорт оценочных средств

4.*Комплект оценочных средств:*

-перечень вопросов по практическим навыкам

- ситуационные задачи

- эталоны тестовых заданий

- вопросы к зачет

- билеты к зачету

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

Эстетические реставрации

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	**Зачет**		
1.	Эстетическая реставрация зуба. Современные подходы диагностики патологии твердых тканей зубов различной этиологии. Современные композиционные материалы, предназначенные для восстановления дефектов твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения. Критерии выбора.	ПК-7; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Современные методики препарирования твердых тканей зубов.Препарирование фронтальной группы зубов под высоко эстетичные композитные облицовки.	ПК-7; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	Восстановление дефектов твердых тканей зубов первичнотвердыми пломбировочными материалами. Ошибки и осложнения при лечении дефектов твердых тканей зубов.	ПК-7; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ
4.	Эндодонтическая ревизия корневых каналов. Современные методики лечения корневых каналов. Методика постоянной обтурации корневых каналов. Показания. Необходимый набор	ПК-7; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	материалов инструментов		
5.	Особенности проведения постэндодонтической реставрация коронки зуба.	ПК-7; ПК-10	С, ТЗ, СЗ, УЗ

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Алгоритм проведения реставрации с использованием нанокомпозитных материалов.
2. Алгоритм проведения реставрации с использованием пакуемых композитных материалов, ормокеров.
3. Правила работы со стеклоиономерными цементами.
4. Адгезивная подготовка кариозной полости перед реставрацией.
5. Изоляция зубов: относительная и абсолютная.
6. Матричные системы: назначение, методика применения.
7. Ретракция десны: механическая, химическая, хемомеханическая.
8. Правила полимеризации композитов с применением способов компенсации полимеризационной усадки.
9. Финишная обработка реставрации.
10. Послеоперационная чувствительность: причины, методы предупреждения.
11. Алгоритм изготовления виниры: показания, изготовление прямым методом.
12. Применение силиконового ключа при реставрации.
13. Изготовление мостовидного протеза терапевтом-стоматологом (Мериленд-мост). Отбеливание зубов.
14. Розовая эстетика (применение материалов, имитирующих цвет десны).

Ситуационные задачи

Задача №1. Пациент К., 20 лет, обратился в клинику с жалобами на эстетический недостаток, кратковременные боли от химических раздражителей, прекращающиеся после их устранения. При осмотре: на медиальных контактных поверхностях зубов 1.2 и 2.1 определяются старые пломбы с краевой пигментацией ; на медиальной контактной поверхности зуба 2.2 – кариозная полость средней глубины.

Вопросы и задания: 1. Какова причина развития краевой пигментации вокруг пломб? 2. К какому классу относятся данные кариозные полости? 3. Расскажите о классификациях кариеса. 4. Расскажите об особенностях препарирования кариозных полостей данного класса. 5. Назовите пломбировочные материалы, используемые для эстетической реставрации.

Эталон ответа к задаче № 1 . Причиной развития краевой пигментации может быть нарушение краевого прилегания и развитие вторичного кариеса. 2. Кариозные полости представленные на рисунке 1 относятся к III классу классификации Блека 3. По классификации МКБ-10: Другой уточненный кариес зубов 1.1 и 2.1., III кл. по Блэку. После препарирования можно определить глубину полости. Клинико-топографическая классификация кариеса: начальный кариес, поверхностный кариес, средний кариес, глубокий кариес. 4. Кариозные полости III класса препарируются в пределах контактной поверхности с удалением нависающей эмали и созданием фальца. При препарировании полости класса III предпочтительно создавать небный доступ, удаляется эмаль, лишенную подлежащего дентина. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации. 5. Эстетические реставрации требуют полного удаления измененного в цвете дентина.для реставрации. Основные требования к реставрационному материалу при III классе: эстетика. Можно применять: эстетические стеклоиономерные цементы (ChemFil Superior, Ketac N100, Vitremer, Цемион); композиты химического и светового отверждения: гибридные (Призма, Призмафил), микрогибридные (Filtek Z250 Charisma), нанокомпозиты (Filtek Ultimat, Grandio, Esthet-X)

Задача №2. В клинику обратилась пациентка А. в возрасте 18-ти лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки постоянные зубы прорезались уже с пятнами. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль гладкая.

Вопросы и задания. Поставьте диагноз. Укажите причину возникновения данного заболевания. Проведите дифференциальную диагностику. Предложите алгоритм лечебно-профилактических мероприятий.

Эталон ответа к задаче № 2. Диагноз: пятнистая форма флюороза по классификации Патрикеева. К003.0 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] – по МКБ-с. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде. С очаговой деминерализацией эмали, пятнистой формой гипоплазии. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки - 20 зубов. Пациентке следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить, например: зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, после микроабразии эмали на две недели из рациона питания пациентки должны быть исключены красящие продукты: черный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, черная смородина, черника и другие.

Задача №3. Пациент А., 38 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области зубов 1.1, 2.1, кратковременную болезненность от химических и температурных раздражителей при приеме пищи. Считает себя практически здоровым, к

стоматологу не обращался более 3-х лет. При осмотре – на медиальной поверхности зуба 1.1 – кариозная полость в пределах эмали, на медиальной поверхности зуба 2.1 – кариозная полость средней глубины, заполненная плотным пигментированным дентином, зондирование эмалево-дентинной границы – слабо-болезненно.

Вопросы и задания. 1) Поставьте предварительный диагноз. 2) Эстетическая реставрация зубов. Дайте определение. 3) Этапы проведения прямых реставраций Адгезивная техника выполнения реставрации. 4) Особенности выбора материала для проведения эстетической реставрации 5) Современная классификация композитных материалов.

Эталон ответа к задаче № 3: Кариозные полости относятся к IV классу по классификации Black. По классификации ММСИ: зуб 1.1 – поверхностный кариес, зуб 2.1 – средний кариес. По классификации МКБ: зуб 1.1 – кариес эмали, зуб 2.1 – кариес дентина. Эстетическая реставрация - это заключительный этап лечения кариеса, его осложнений и некариозных поражений зубов, связанный с восстановлением дефекта тканей зуба пломбировочными материалами, соответствующими эстетическим, прочностным и биомеханическим характеристикам. Эстетическая реставрация позволяет восстановить целостность и функциональную ценность зуба, а также восстановить или улучшить его эстетические характеристики. Для эстетической реставрации применяют композиты светового отверждения. Этапы реставрации твердых тканей зубов: 1.Очищение поверхности зуба 2.Определение цвета зуба и выбор оттенка композитного материала 3.Изоляция операционного поля 4.Препарирование 5.Медикаментозная обработка и высушивание кариозной полости 6.Применение компонентов адгезивной системы 7.Внесение слоев композитного материала и его отверждение 8.Окончательная обработка реставрации 9.Рекомендации пациенту Особенностями препарирования полостей IV класса является формирование дополнительных ретенционных пунктов и опорных площадок. Обязательно формирование скоса эмали на вестибулярной и небной поверхностях, который должен по площади в 2 раза превосходить дефект. Адгезивная техника реставрации предусматривает микромеханическую связь композитного материала к эмали и дентину с помощью эффективной адгезивной системы. Кислотное протравливание эмали и дентина 35-37% раствором фосфорной кислоты является обязательным этапом при использовании адгезивных систем 4 и 5 поколения. В результате проведения этого этапа эмаль становится шероховатой, смазанный слой на поверхности дентина растворяется и полностью удаляется, поверхностный дентин деминерализуется, раскрываются дентинные трубочки. Способствует лучшему проникновению адгезива и образованию полноценного гибридного слоя. При работе с адгезивами 6 поколения кондиционирование не проводится. При выборе материала для проведения эстетической реставрации предпочтение отдают композитам светового отверждения. Современная классификация композитных реставрационных материалов строится с учетом следующих моментов: А. Размер частиц наполнителя. Б. Способ отверждения. В. Консистенция Г. Назначение

Задача №4. Пациентка К., 48 лет. Жалобы на дискомфорт в области нижних фронтальных зубов при жевании, кровоточивость десны при чистке зубов. Страдает

энтероколитом. В течение последних пяти лет периодически обращалась к стоматологу, после лечения наступало кратковременное улучшение. При осмотре: значительное количество мягкого зубного налета на всех зубах, десна в области зубов 4.3,4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 – гиперемирована, слегка отечна, при зондировании определяются пародонтальные карманы до 4 мм, подвижность зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 - I степени. Вопросы и задания Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. Поставьте диагноз с учетом данных клинического и рентгенологического исследования (рис.1, 2, 3). Составьте план обследования и лечения. Временное шинирование зубов с помощью армирующих материалов. Этапы проведения арматурного шинирования (прямой метод). Недостатки методики арматурного шинирования.

Эталон ответа к задаче № 4: Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. План обследования и лечения: 1.Коррекция и контроль индивидуальной гигиены полости рта 2.Профессиональная гигиена полости рта 3.Устранение местных факторов, поддерживающих воспаление в пародонте. 4.Местная противовоспалительная терапия 5.Шинирование подвижных зубов с применением материалов на основе стекловолокна или полиэтилена. 6. Консультация гастроэнтеролога. При проведении временного шинирования зубов могут быть использованы армирующие материалы на основе неорганической матрицы – стекловолокна - GlasSpan, Fiberkore (США), Fiber Splint ML (Швейцария), EverStick PERIO (Финляндия) или на основе органической матрицы - полиэтилена - Ribbond , Connect, DVA (США). Этапы арматурного шинирования (прямой метод): 1.Механическое удаление зубного налета , полирование поверхности зубов. 2.Определение электровозбудимости шинируемых зубов; 3.Определение окклюзионных контактов, не допускать, чтобы окклюзионный контакт попадал на края шины; 4.Выбор цвета композитного материала; 5.Препарирование шинируемых зубов с язычной поверхности. 6.Изолирование операционного поля. 7.Получение шаблона шины, по размерам которого отрезается полоска армирующего волокна и пропитывается адгезивом; 8.Протравливание подготовленной поверхности зубов кислотой; 9.Нанесение адгезива (согласно инструкции фирмы-изготовителя) и его полимеризация; 10.Нанесение на подготовленную поверхность зубов текучего композита (не отверждать светом!); 11.Внесение армирующего волокна и его тщательная адаптация; 12.Полимеризация проводится у каждого зуба на всем протяжении шины; 13.Нанести слой текучего композита, полностью покрыв арматуру и полимеризовать всю конструкцию. 14. Шлифование, финишная полимеризация и полирование шины; Недостатки методики арматурного шинирования: - Армирующий материал находится в пассивном состоянии; - Основная нагрузка приходится на композитный материал.

Задача №5. Пациентка К. 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щек. Все изменения появились 2 года назад после перенесенного стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щек в среднем и заднем отделах на гиперемированном фоне отмечаются участки измененного эпителия белесоватого цвета в

виде полос, кружев, не удаляющихся при поскабливании. Вопросы и задания Поставьте предварительный диагноз. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии. Проведите дифференциальную диагностику. Укажите причины заболевания. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа к задаче № 5: Плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма. Папула. Паракератоз, гиперкератоз. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом. Заболевание является полиэтиологичным. Из общесоматической патологии имеет значение состояние стресса, заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявляют непереносимость стоматологических материалов, повышенный уровень микротоков, хроническую механическую травму. Обследование: консультация врача стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога. Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, лечение общесоматической патологии, витамин «А» внутрь. Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка участков поражения, аппликация витамина «А» на участки поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

Задача №6. Пациент М, 29 лет обратился с жалобами на самопроизвольные, пульсирующие, приступообразные боли в зубе на нижней челюсти справа, продолжительность болевых приступов около 30 минут. Боль иррадиирует в висок, ухо, усиливается в ночное время. Из анамнеза: боль появилась 3 дня назад, зуб 3.6 ранее не лечен. При осмотре: на жевательной поверхности зуба 3.6 определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином. При зондировании определяется резкая болезненность по всему дну кариозной полости. Сравнительная перкуссия зуба 3.6 , пальпация по переходной складке в области проекции верхушки корня зуба 3.6 безболезненная. На прицельной рентгенограмме в периапикальной области зуба 3.6 изменения не выявляются.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите заболевания с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Какой метод лечения можно применить данному пациенту. 4. Перечислите основные этапы эндодонтического лечения. 5. перечислите возможные осложнения при медикаментозной обработке корневых каналов.

Задача №7. Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Пациент П, 34 года обратился с жалобами на периодически возникающие боли на горячее в зубе 2.6. Из анамнеза: зуб 2.6 ранее не лечен. Около года назад пациент отмечает появление в этом зубе интенсивных самопроизвольных болей, а также болей от всех видов раздражителей. К врачу не обращался, самостоятельно принимал обезболивающие препараты, на фоне которых через несколько дней боль прошла. При осмотре: на медиальной апроксимальной поверхности зуба 2.6 с переходом на жевательную определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным

дентином, после удаления которого определяется сообщение с полостью зуба. Зодирование в области сообщения, сравнительная перкуссия зуба 2.6 пальпация по переходной складке в области проекции верхушки корня зуба 2.6 безболезненны.

Задание: 1. поставьте предварительный диагноз. 2. какие дополнительные методы диагностики требуется провести данному пациенту. 3. перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 4. перечислите возможные осложнения на этапе создания эндодонтического доступа. 5. опишите алгоритм действий при пломбировании каналов методом латеральной конденсации.

Эталоны тестовых заданий

по _дисциплине_ Эстетические реставрации для_ординаторов

по специальности _31.08.72. Стоматология общей практики

001.Полость рта состоит
1) из глотки
2) из преддверия полости рта
3) из зева
4) из полости носа
5) собственно из полости рта

002.Формирование полости рта происходит к концу
1) шестого месяца внутриутробного развития
2) четвертого месяца внутриутробного развития
3) второго месяца внутриутробного развития

003.Слизистая оболочка рта состоит
1) из 5 слоев
2) из 2 слоев
3) из 3 слоев

004.Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговевает
1) на губах
2) на щеках
3) на мягком нёбе
4) на твердом нёбе
5) на дне полости рта
6) на десне
7) на нитевидных сосочках языка.

005.Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется
1) I, II, III парами черепных нервов
2) III, IV, V парами черепных нервов
3) V, VII, IX парами черепных нервов

006.Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

1) нитевидные
2) грибовидные
3) листовидные
4) желобоватые

007.Окрашивание зубного налета проводится при проведении индексов

1) гигиены полости рта
2) CPITN
3) PMA
4) PI

008.Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

1) при эрозии эмали
2) при кариесе в стадии белого пятна
3) при гипоплазии эмали

009.Для витального окрашивания эмали зубов используют

1) эритрозин
2) фуксин
3) метиленовый синий
4) йодистый калий
5) раствор Шиллера–Писарева

010.Температурная проба применяется для диагностики

1) периодонтита
2) пульпита
3) пародонтита

011.Электровозбудимость пульпы при воспалении

1) возрастает
2) снижается
3) не изменяется

012.Раствор эритрозина применяют

1) для определения индекса ПМА
2) для контроля чистки зубов
3) для определения индекса CPITN

013.Раствор фуксина применяют для определения индекса

1) гигиены
2) ПМА
3) CPITN

014.Раствор Шиллера–Писарева применяют для определения индекса

1) гигиены
2) ПМА
3) CPITN

015.Индекс ПМА определяет тяжесть

1) гингивита
2) пародонтита
3) пародонтоза

016.Индекс ПИ определяет тяжесть

1) гингивита
2) пародонтита
3) пародонтоза

017.CPI – это индекс

1) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
3) эффективности гигиены полости рта
4) интенсивности кариеса зубов

018.Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст

1) 6 лет
2) 12 лет
3) 15 лет
4) 35-44 лет
5) 65 лет и старше

019.Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст

1) 6 лет
2) 12 лет
3) 15 лет
4) 35-44 лет
5) 65 лет и старше

020.Родители должны начинать чистить детям зубы

1) с 1 года
2) с 2 лет
3) с 3 лет
4) после прорезывания первого временного зуба
5) после прорезывания временных резцов

021.Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать

1) 10 мм
2) 20 мм
3) 30 мм
4) 40 мм

022.При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы

1) 1-1,5 рядом стоящих
2) 2-2,5 рядом стоящих
3) одного сегмента

023.Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз

1) в 1 месяц
2) в 3 месяца
3) в 6 месяцев
4) в 12 месяцев

024.Время чистки зубов должно составлять не менее

1) 1 мин
2) 2 мин
3) 3 мин
4) 5 мин

025.Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно

1) время, требуемое для чистки всех зубов
2) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
3) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов

026.Хранить зубную щетку в домашних условиях следует

1) в стакане рабочей частью вверх
2) в стакане рабочей частью вниз
3) в футляре
4) в дезинфицирующем растворе

027.Детям 2 лет рекомендуется очищать зубы с применением

1) зубного порошка
2) зубных паст на меловой основе
3) гельных зубных паст

028.Очищающее действие зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами

1) связующими
2) абразивными
3) пенообразующими
4) ароматизирующими

029.Наилучшее очищающее действие достигается при введении в состав зубных паст в качестве абразивного компонента

1) карбоната кальция
2) химически осажденного мела
3) диоксида кремния
4) дикальцийфосфата

030.Очищающая способность гельных зубных паст по сравнению с зубными пастами на меловой основе

1) выше
2) ниже
3) одинакова

031.Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами

1) абразивными
2) пенообразующими
3) связующими
4) ароматизирующими

032. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится

1) дикальцийфосфат
2) лаурилсульфат натрия
3) полиэтиленгликоль
4) гидроколлоиды

033. В качестве активного компонента в состав противокариозных зубных паст вводят

1) диоксид кремния
2) монофторфосфат натрия
3) лаурилсульфат натрия
4) карбонат кальция

034.Фторидсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста

1) 1,5-2 года
2) 3-4 года
3) 5-6 лет
4) 10-12 лет

035.В качестве фторидсодержащих компонентов в состав лечебно-профилактических зубных паст включают

1) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция
2) фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа
3) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид
4) фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

036.Высушенная поверхность кариозного белого пятна

1) теряет блеск
2) меняет цвет
3) остается без изменений

037.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

038.Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят

1) с гипоплазией
2) с поверхностным кариесом
3) с эрозией
4) с флюорозом

039.Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят

1) с гипоплазией
2) с эрозией твердых тканей
3) со средним кариесом
4) с клиновидным дефектом
5) с флюорозом

040.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

041.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.

042.Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется

1) некрозом пульпы
2) разрушением эмалево-дентинного соединения
3) образованием заместительного дентина

043.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

044.При кариесе пациенты жалуются на боль

1) самопроизвольную
2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
3) только при наличии раздражителя

045.Лечебные прокладки, обладающие длительным одонтотропным и антисептическим действием, содержат

1) кортикостероиды
2) антибиотики
3) нестероидные противоспалительные препараты
4) гидроокись кальция

046.. Пломбировочный 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

047.Протравливание эмали и дентина проводится

1) для усиления бактерицидных свойств композитов
2) для усиления краевого прилегания

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 0-1мм
2) га 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.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

059.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

60. 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

Вопросы к зачету:

1 Композиционные материалы, состав
2 Перечислите современные композиционные материалы
3 Основные и дополнительные методы обследования при лечении патологии твердых тканей зубов.
4 Необходимый набор инструментов, для восстановления дефектов твердых тканей зуба различных классов по Блеку.
5 Клиническое применение лечебных прокладок.
6 Изолирующие материалы при лечении патологии твердых тканей зубов. Классификация.
7 Современные методики препарирования твердых тканей зубов .
Современные подходы к обезболиванию в клинике терапевтической стоматологии.
9 Препарирование фронтальной группы зубов под высоко эстетичные композитные облицовки.
10 Металлические пломбировочные материалы: прошлое или настоящее в стоматологии?
11 Ошибки и осложнения при лечении твердых тканей зубов.
12 Типы композиционных материалов.
13 Классификация композиционных материалов.
14 Требования к композиционным материалам.
15 Показания и противопоказания для использованию композиционных материалов.
16 Этапы работы с композиционными материалами.
17 Классификация СИЦ.
18 Основные свойства СИЦ.
19 Положительные свойства СИЦ
20 Отрицательные свойства СИЦ
21 Показания к наложению лечебной прокладки.
22 Требования, которые предъявляют к материалам для лечебных прокладок.
23 Недостатки и преимущества лечебных прокладок.
24 Некариозные поражения зубов.
25 Адгезивные системы в стоматологии.
26 Показания к проведению эндодонтического лечения.
27 Современные методики лечения корневых каналов.
28 Современные подходы к прохождению корневых каналов.
29Тактика врача при непроходимых корневых каналах и отломе эндодонтического инструмента.
30 Медикаментозная обработка корневых каналов.
31 Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
32. Классификация ручных инструментов для обработки корневых каналов.
36 Характеристика никель-титановых инструментов.
37 Методики обработки корневых каналов.
38 Опишите обработку корневых каналов методом Step-Back.
39 Опишите обработку корневых каналов методом Crown-Down.
40. Материалы и методика проведения временной обтурации корневых каналов.
42 Показания к временной обтурации корневых каналов.
43 Методика постоянной обтурации корневых каналов.
44 Показания к постоянной обтурации корневых каналов.
45 Инструменты для постоянной и временной пломбировки корневых каналов.
47 Применение гуттаперчевых штифтов для пломбирования корневых каналов.

48 Методика латеральной конденсации.
49 Методика вертикальной конденсации.
50 Подготовка корневого канала под восстановление с использованием реставрационных материалов.
Современные методы отбеливания зубов.
Современные эстетические реставрации зубов с использованием вкладок и виниров. 53.
Основы эстетической пародонтологии.
Современные эстетические реставрации зубов с использованием вкладок и виниров