

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 23.05.2023 г. №5

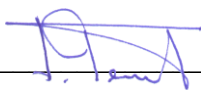
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Клиническое применение современных стоматологических материалов,
используемых в терапевтической стоматологии»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 5 курсов
факультет стоматологический

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 19.05.2023 г. №10
Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____



Ремизова А.А.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
3. Паспорт оценочных материалов

4. Комплект оценочных материалов:

- вопросы к модулю
- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий
- билеты к зачету

Паспорт оценочных материалов по дисциплине

Клиническое применение современных стоматологических материалов, используемых
в терапевтической стоматологии

№ 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.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	С, ТЗ, СЗ
2.	Современные методики препарирования твердых тканей зубов. Препарирование фронтальной группы зубов под высоко эстетичные композитные облицовки.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	С, ТЗ, СЗ
3.	Восстановление дефектов твердых тканей зубов первичнотвердыми пломбировочными материалами. Ошибки и осложнения при лечении дефектов твердых тканей зубов.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	С, ТЗ, СЗ
4.	Эндодонтическая ревизия корневых каналов. Современные методики лечения корневых каналов. Методика постоянной обтурации корневых каналов.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	С, ТЗ, СЗ

	Показания. Необходимый набор материалов инструментов		
5.	Особенности проведения постэндодонтической реставрация коронки зуба.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	С, ТЗ, СЗ

Вопросы к модульному занятию по дисциплине «Клиническое применение современных стоматологических пломбировочных материалов»

- 1 Что такое композиционные материалы?
- 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 .
- 8 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 В какой ситуации необходимо лечение корневых каналов?
- 27 Современные методики лечения корневых каналов.
- 28 Современные подходы к прохождению корневых каналов.
- 29 Тактика врача при непроходимых корневых каналах и отломе эндодонтического инструмента.
- 30 Медикаментозная обработка корневых каналов.
- 31 Как маркируется эндодонтический инструментарий по ISO?

- 32 Какие инструменты используют для прохождения корневых каналов?
- 33 Какие инструменты используются для расширения корневых каналов?
- 35 Что используют для расширения устьев корневых каналов?
- 36 Характеристика никель-титановых инструментов.
- 37 Какие методики обработки корневых каналов вам известны?
- 38 Опишите обработку корневых каналов методом Step-Back.
- 39 Опишите обработку корневых каналов методом Crown-Down.
- 40 Есть ли необходимость в девитализирующей терапии?
- 41 Материалы и методика проведения временной obtурации корневых каналов.
- 42 Показания к временной obtурации корневых каналов.
- 43 Методика постоянной obtурации корневых каналов.
- 44 Показания к постоянной obtурации корневых каналов.
- 45 Инструменты для постоянной и временной пломбировки корневых каналов.
- 46 Что такое ЭДТА? Методика применения.
- 47 Биологический метод лечения пульпита, сущность данного метода.
- 48 Применение гуттаперчевых штифтов для пломбирования корневых каналов.
- 49 Методика латеральной конденсации.
- 50 Методика вертикальной конденсации.
- 51 Физиотерапевтические методы практической эндодонтии.

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Алгоритм проведения реставрации с использованием нанокомпозитных материалов.
2. Алгоритм проведения реставрации с использованием пакуемых композитных материалов, ормокоеров.
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 (Мерилэнд-мост).
Отбеливание зубов.
14. Розовая эстетика (применение материалов, имитирующих цвет десны).

Вопросы к зачету

1. Композиционные материалы, состав, свойства, классификация
2. Современные композиционные материалы светового отверждения, преимущества, недостатки, методика применения
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. Состав, свойства.
7. Современные методики препарирования твердых тканей зубов.
8. Современные подходы к обезболиванию в клинике терапевтической стоматологии.
9. Препарирование фронтальной группы зубов под высокоэстетичные композитные реставрации.
10. Амальгамы. Показания, состав, свойства, методика применения.
11. Ошибки и осложнения при лечении твердых тканей зубов.
12. Алгоритм эстетической реставрации.
13. Классификация композиционных материалов.
14. Требования к композиционным материалам.
15. Показания и противопоказания к использованию композиционных материалов.
16. Этапы работы с композиционными материалами.
17. Классификация стеклоиономерных цемента.
18. Состав стеклоиономерных цемента. Методика применения.
19. Положительные свойства стеклоиономерных цемента.
20. Отрицательные свойства стеклоиономерных цемента.
21. Состав и свойства лечебных прокладок.
22. Требования, которые предъявляют к материалам для лечебных прокладок.
23. Недостатки и преимущества лечебных прокладок.
24. Дисколориты зубов.
25. Адгезивные системы в стоматологии.
27. Принципы современного эндодонтического лечения.
28. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
29. Современные методы медикаментозной обработки корневых каналов.
30. Повторное эндодонтическое лечение, показания, противопоказания, инструментарий.
31. Медикаментозные средства, используемые при повторном эндодонтическом лечении.
32. Современные методики труднопроходимых корневых каналов.
33. Методы машинной обработки корневых каналов.
34. Эндодонтический наконечник. Виды, принцип работы.
35. Файловые системы для машинной обработки корневых каналов.
36. Средства для медикаментозной обработки корневых каналов.
37. Характеристика никель-титановых инструментов.
38. Методики обработки корневых каналов ручными инструментами.
39. Апикально-корональные методы инструментальной обработки корневых каналов.
40. Коронально-апикальные методы инструментальной обработки корневых каналов.
41. Материалы и методика проведения временной obturation корневых каналов.
42. Показания к временной obturation корневых каналов.
43. Современные методики постоянной obturation корневых каналов.
44. Показания и противопоказания к постоянной obturation корневых каналов.
45. Инструменты для постоянной и временной пломбировки корневых каналов.

46. Контроль качества obturation корневых каналов.
47. Сущность биологического метода лечения пульпита. Современные средства, сохраняющие жизнеспособность пульпы.
48. Применение гуттаперчевых штифтов для пломбирования корневых каналов.
49. Методика латеральной конденсации.
50. Методика вертикальной конденсации.
51. Методы obturation корневых каналов термопластифицированной гуттаперчей.
52. Физиотерапевтические методы практической эндодонтии.

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. K003.0 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, связанных 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. Особенности 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 гиперемизированном 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 иррадирует 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. Зондирование 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 «Клиническое применение современных стоматологических материалов, используемых в терапевтической стоматологии»

по специальности 31.05.03. Стоматология

1. К МАКРОНАПОЛНЕННЫМ КОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Composite
- б) Simulate
- в) верно а) и б)
- г) Fuji IX

2. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

3. 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

4. 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

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

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

6. 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

7. 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

8. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

а) Revolution

- б) Tetric
- в) Dyract
- г) Fuji IX

9. 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 фотокомполита

д) все верно

10. 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)

11. 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

12. 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

13. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ 5 ПОКОЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ:

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

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

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

15. ТЕКУЧИЕ КОМПОЗИТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ

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

16. 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

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

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

18. 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

19. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС

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

20. ТРАВЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ:

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

21. 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

22. ВРЕМЯ ТВЕРДЕНИЯ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

23. К КОМПОЗИТАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Талан

б) Charisma PPF

в) Consize

г) Degufil

д) все верно

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

а) камфороквинон

б) перекись бензоила и амина

в) перекись мочевины

г) камфора

25. 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

26. ВНОСИМЫЕ СЛОИ КЛМ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ ТОЛЩИНУ БОЛЕЕ:

а) 1 мм

б) 2-3 мм

в) 0,5 мм

г) 5 мм

27. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОКОМПОЗИТОВ:

а) экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость

б) поддесневое распространение кариеса

в) низкая гигиена полости рта

г) верно всё

28. 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)

29. 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

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

а) гибридной зоны

б) смазанного слоя

в) слоя ингибированного кислородом

г) верно все перечисленное

41. 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

42. РЕЗУЛЬТАТ ОБЪЕМНОЙ УСАДКИ ФОТОКОМПОЗИТА

- а) изменение цвета тканей зуба
 - б) воспаление десневого края
 - в) отломы стенок зуба
 - г) гиперчувствительность тканей зуба
3. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:
- 1. СИЦ
 - 2. композита
 - 3. поликарбоксилатного цемента
 - 4. серебряной амальгамы
 - 5. силикофосфата
44. Лампы галогенового света используют для:
- 1. дезинфекции операционного поля
 - 2. высушивания полости рта
 - 3. реминерализации эмали
 - 4. дезинфекции кабинета
 - 5. полимеризации композита
45. При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сендвича» прокладка:
- 1. перекрывается композитом
 - 2. не перекрывается композитом
 - 3. не используется
 - 4. накладывается на края полости
 - 5. накладывается на стенки и края
46. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:
- 1. прочностью, рентгеноконтрастностью
 - 2. прочностью, плохой полируемостью
 - 3. низкой цветостойкостью
 - 4. накоплением зубного налета на поверхности
 - 5. токсичностью
47. К бондинговым системам относятся:
- 1. ортофосфорная кислота
 - 2. праймер и адгезив
 - 3. соляная кислота
 - 4. плавиковая кислота
 - 5. полиакриловая кислота
48. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:
- 1. оральную
 - 2. вестибулярную
 - 3. источника света
 - 4. полости зуба
 - 5. равномерно по объему
49. К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ОТНОСЯТСЯ:
- а) кальмецин
 - б) life
 - в) calcipulpe
 - г) верно все перечисленное
50. В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1. искусственный дентин
 - 2. пасты на основе гидроксида кальция
 - 3. дентин-пасту
 - 4. резорцин-формалиновую пасту
 - 5. фосфат-цемент

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

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

52. МЕТОД ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРЕДЛОЖИЛ:

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

53. ТРЕБОВАНИЕ К ЛЕЧЕБНЫМ ПОДКЛАДОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ

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

54. 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

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

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

56. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

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

57. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

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

58. 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

59. 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
60. 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
61. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС
- а) кристаллизации
 - б) полимеризации
 - в) растворения
 - г) верно все перечисленное
62. 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
63. 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
64. СЛОЙ ДЕНТИНА, ПОВЕРХНОСТЬ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН КОТОРОГО ПОКРЫТА СМОЛОЙ, НАЗЫВАЮТ:
- а) гибридным
 - б) смазанным
 - в) меловидным
 - г) блестящим
65. 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
66. К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ I КЛАССА ОТНОСЯТСЯ:
- а) компомеры
 - б) СИЦ
 - в) ормокеры
 - г) гибридные композиционные пломбировочные материалы
 - д) все верно
57. 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
58. НЕПРАВИЛЬНОЕ СКАШИВАНИЕ И СГЛАЖИВАНИЕ ЭМАЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:
- а) к ухудшению адгезии
 - б) к нарушению краевого прилегания

- в) к ухудшению эстетики
- г) верно все перечисленное

59. 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)

60. 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

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

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

62. 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

63. 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

64. УКАЖИТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РЕСТАВРАЦИИ:

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

65. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

66. 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

67. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

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

68. 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)

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

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

70. 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

71. 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

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

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

73. 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

74. 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

75. 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
76. При пломбировании кариозных полостей методом «открытого сендвича» 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
77. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:
- 1. источника света
 - 2. полости зуба
 - 3. вестибулярную
 - 4. оральную
 - 5. окклюзионную
78. 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
79. ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОКЛАДКИ:
- а) кальцикур
 - б) кальципульп
 - в) септокальцин
 - г) верно все перечисленное
80. ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
- а) диоксидин
 - б) спирт
 - в) гипохлорит натрия
 - г) перекись водорода
81. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:
- а) передне-заднем
 - б) по оси зуба
 - в) щечно-небном
 - г) щечно-заднем
 - д) передне-щечном
82. Вскрытие полости зуба проводят:
- а) финиром
 - б) карборундовой головкой
 - в) фиссурным бором
 - г) шаровидным бором № 1
 - д) диском
83. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):
- а) 0,0008
 - б) 0,001
 - в) 0,01
 - г) 0,1
 - д) 1,0
84. При пломбировании корневого канала используют инструмент:
- а) Н-файл

- б) спредер
 - в) развертку
 - г) пульпоэкстрактор
 - д) штифт
85. Для антисептической обработки корневого канала применяется:
- а) малеиновая кислота
 - б) дистиллированная вода
 - в) 37% фосфорная кислота
 - г) 3% гипохлорит натрия
 - д) азотная кислота
86. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:
- а) рентгенографии
 - б) субъективных ощущений
 - в) термодиагностики
 - г) электроодонтодиагностики
 - д) ультразвуковым
87. Девитализирующим действием обладает:
- а) цинкэвгеноловая паста
 - б) параформальдегидная паста
 - в) резорцин-формалиновая жидкость
 - г) крезофен
 - д) камфора-фенол
88. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:
- а) в середине продольной фиссуры
 - б) в области щечного бугра
 - в) в области небного бугра
 - г) в пришеечной области
 - д) с вестибулярной стороны
89. Современным способом пломбирования корневых каналов является:
- а) метод латеральной конденсации гуттаперчи
 - б) применение одной пасты
 - в) применение фосфат-цемента
 - г) применение серебряного штифта
 - д) применение гуттаперчи без силера
90. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:
- а) хорошо проходимые каналы
 - б) каналы в стадии резорбции верхушечной части
 - в) плохопроходимые и облитерированные каналы
 - г) каналы однокорневых зубов
 - д) воспаление в периодонте
91. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала является:
- а) антисептическая обработка
 - б) расширение апикального отверстия
 - в) определение длины корневого канала
 - г) расширение устьев корневого канала
 - д) применение Н-файлов
92. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:
- а) 2- щечный, небный
 - б) 3 - небный, передне-щечный, задне-щечный
 - в) 3 - задний, передне-язычный, передне-щечный
 - г) 3 - небный, передне-язычный, задне-язычный
 - д) 5 - передней, задне-щечный, небный

93. ПРИ РАБОТЕ С ФАЙЛОМ ХЕДСТРЕМА (БУРАВОМ) НЕОБХОДИМО:

- а) вводить инструмент в канал путем вращения до упора
- б) осуществлять скребущие движения от верхушки к устью канала
- в) при минимальном давлении вводить инструмент в канал и производить его вращение по часовой стрелке
- г) все верно

94. ОСОБЕННОСТЬЮ ИГЛЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ШПРИЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) игла имеет плоский срез на боковой поверхности
- б) игла имеет несколько выходных отверстий на конце
- в)) игла имеет острый конец
- г) верно все перечисленное

95. УКАЖИТЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ:

- а) не должны раздражать ткани пародонта
- б) должны оказывать бактерицидное действие на микроорганизмы
- в) должны обладать способностью к глубокой диффузии в дентинные канальцы
- г) верно все перечисленное

100. К ОТЛОМУ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТА В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ ПРИВОДИТ

- а) отсутствие рентгенограммы зуба
- б) работа во влажном канале
- в) неоднократная стерилизация инструмента
- г) верно все перечисленное

101. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ:

- а) 6% раствор
- б) 2,5-3% раствор
- в) 0,06% раствор
- г) 10% раствор

102. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ:

- а) 3% раствор
- б) 6% раствор
- в) 0,03% раствор
- г) 10% раствор

103. ТРЕБОВАНИЕ К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

- а) не оказывать раздражающего действия на ткани периодонта
- б) иметь длительное время твердения
- в) обладать химической связью с дентином
- г) верно все перечисленное

104. PLUGGER ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) для латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов
- б) для вертикальной конденсации гуттаперчевых штифтов
- в) для внесения силера
- г) верно все перечисленное

105. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:

- а) щечно-язычном
- б) по оси зуба
- в) передне-заднем
- г) задне-язычном
- д) задне-щечном

106. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

- а) 24 часа
- б) 48 часов
- в) 3 суток
- г) 5-6 суток
- д) 7 суток

107. Удаление инфицированного прединтентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

- а) корневой иглой
- б) пульпоэкстрактором
- в) К-файлом
- г) каналонаполнителем
- д) экскаватором

108. Девитализирующим действием обладает:

- а) цинкэвгеноловая паста
- б) параформальдегидная паста
- в) резорцин-формалиновая жидкость
- г) крезол
- д) камфора-фенол

109. Вскрытие полости зуба интактных центральных резцов производят с оральной поверхности на уровне:

- а) режущего края
- б) верхней трети коронки
- в) средней трети коронки
- г) нижней трети коронки
- д) шейки зуба

110. При лечении пульпита методом девитальной экстирпации в первое посещение проводят:

- а) раскрытие полости зуба
- б) удаление коронковой пульпы
- в) удаление корневой пульпы
- г) вскрытие полости зуба
- д) полное эндодонтическое лечение

111. Устья каналов определяют:

- а) пародонтальным зондом
- б) экскаватором
- в) шаровидным бором
- г) эндодонтическим зондом
- д) сканером

112. Рабочая длина корневого канала определяется:

- а) по субъективным ощущениям врача
- б) по ощущениям пациента
- в) ортопантограммой
- г) рентгенограммой с иглой
- д) ЭОД

113. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

- а) кислой
- б) щелочной
- в) нейтральной
- г) гипохлоритом натрия
- д) соленой

114. В ПРОЦЕССЕ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ КОРНЯ, ВО ИЗБЕЖАНИЕ ОШИБОК, НЕОБХОДИМО:

- а) исключить контакт активного электрода с металлом (коронкой, пломбой из амальгамы)
- б) исключить контакт электрода со слюной
- в) убрать пульпу из канала
- г) все верно