

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

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом №3 заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от « 05 » февраля 2021 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

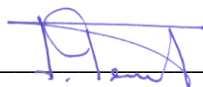
по дисциплине «Стоматология: пропедевтика»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденной
25.12.2020 г.

для студентов 1 курса
факультет стоматологический

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 29 » января 2021 г. (протокол № 6)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____



Ремизова А.А.

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

Стоматология: пропедевтика

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Экзамен		
1.	Организация стоматологической помощи населению. Структура стоматологической службы. Ресурсное обеспечение стоматологической службы. Организация работы структурных подразделений. Санитарно-гигиенические нормы в стоматологии.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки рта. Анатомо-физиологические особенности строения зубов.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	Зубные отложения. Методы удаления зубных отложений. Инструментарий.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	
4.	Кариес. Определение, этиология. Классификация кариозных полостей по Блеку. Лечение кариеса зубов и его осложнений на разных стадиях развития. Одонтопрепарирование.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ
5.	Эндодонт. Понятие. Строение корневых каналов различных групп зубов. Методы	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	эндодонтического лечения. Эндодонтический инструментарий. Методы инструментальной обработки корневых каналов. Ошибки и осложнения в эндодонтии.		
6.	Биомеханика жевательного аппарата.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ
7.	Несъемное зубопротезирование. Одонтопрепарирование.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ
8.	Операция удаление зуба.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-13, ПК-4	С, ТЗ, СЗ, УЗ

Комплект оценочных средств

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Правила подготовки рабочего места к приему стоматологического больного.
2. Соблюдение техники безопасности при работе на стоматологической установке.
3. Применение инструментов для обследования и терапевтической санации полости рта.
4. Средства изоляции от слюны, методы их наложения.
5. Правила проведения дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария и оборудования.
6. Контроль качества проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий и работы стерилизационной аппаратуры.
7. Проведение основных методов обследования стоматологического больного.
8. Удаление наддесневых зубных отложений с помощью ручных инструментов на фантомах.
9. Препарирование кариозных полостей I класса по Блеку, пломбирование «сэндвич-техника».
10. Препарирование кариозных полостей II класса по Блеку.
11. Препарирование кариозных полостей III класса по Блеку.
12. Препарирование кариозных полостей IV класса по Блеку.
13. Препарирование кариозных полостей V, VI класса по Блеку.
14. Методика восстановления контактного пункта при пломбировании полостей II, III, IV классов.
15. Этапы эндодонтического лечения.
16. Методы определения рабочей длины.
17. Этапы формирования корневых каналов по методике «StepBack».
18. Этапы формирования корневых каналов по методике «CrownDown».
19. Этапы пломбирования методом латеральной конденсации.
20. Этапы пломбирования корневых каналов, с использованием системы «Термофил».
21. Методика удаления твердеющей пасты из корневого канала.
22. Этапы удаления фрагмента инструмента.
23. Методы ирригации корневых каналов.
24. Импрегнационные методы обработки содержимого непроходимой части корневого канала.
25. Формирование эндодонтического доступа на зубах верхней челюсти.
26. Формирование эндодонтического доступа на зубах нижней челюсти.
27. Методика пломбирования корневых каналов пастами.
28. Методика пломбирования корневых каналов с использованием первичнотвердых материалов.

Вопросы к экзамену

1. Санитарно-гигиенические нормативы и требования к размещению, устройству, оборудованию и оснащению терапевтического стоматологического кабинета (отделения).
2. Виды стоматологических установок, наконечников.
3. Инструменты и приспособления для обследования и терапевтической санации полости рта.
4. Стоматологические боры, классификация (ISO), назначение.
5. Средства изоляции от слюны, методы их наложения.
6. Дезинфекция и стерилизация стоматологического инструментария и оборудования.
7. Организация текущих санитарно-гигиенических мероприятий в стоматологических терапевтических кабинетах и отделениях.
8. Контроль качества проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий и работы стерилизационной аппаратуры.
9. Основные методы обследования стоматологического больного.
10. Дополнительные методы исследования стоматологического больного.
11. Классификацию ручных инструментов для удаления наддесневых зубных отложений.
12. Классификацию ручных инструментов для удаления поддесневых зубных отложений.
13. Гистологическое строение, химический состав эмали, дентина.
14. Признаки зубов. Строение зубных рядов. Зубные дуги, форма зубных дуг.
15. Основные этапы препарирования кариозных полостей I класса по Блеку, пломбирование «сэндвич-техника».
16. Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей II класса по Блеку.
17. Этапы и принципы препарирования кариозных полостей III класса по Блеку.
18. Этапы и принципы препарирования кариозных полостей IV класса по Блеку.
19. Этапы и принципы препарирования кариозных полостей V, VI класса по Блеку.
20. Методику восстановления контактного пункта при пломбировании полостей II, III, IV классов.
21. 1. Ошибки и осложнения на этапах лечения кариеса.
22. Ошибки и осложнения на этапах лечения кариеса.
23. Стоматологические боры, их классификацию (ISO), назначение.
24. Средства изоляции от слюны, методы их наложения.
25. Основные методы исследования стоматологического больного.
26. Дополнительные методы исследования стоматологического больного.
27. Классификация ручных инструментов для удаления наддесневых зубных отложений.
28. Классификация ручных инструментов для удаления поддесневых зубных отложений.
29. Гистологическое строение, химический состав эмали.
30. Гистологическое строение, химический состав дентина.
31. Гистологическое строение пульпы, ее функции.
32. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов моляров верхней челюсти.
33. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов фронтальной группы зубов на нижней челюсти.

34. Конфигурация (типы) корневых каналов.
35. Этапы эндодонтического лечения.
36. Стандартизация эндодонтического инструментария.
37. Методы определения рабочей длины.
38. Этапы формирования корневых каналов по методике «StepBack».
39. Этапы формирования корневых каналов по методике «CrownDown».
40. Этапы пломбирования методом латеральной конденсации.
41. Этапы пломбирования корневых каналов, с использованием системы «Термофил».
42. Методика удаления твердеющей пасты из корневого канала.
43. Этапы удаления фрагмента инструмента.
44. Ошибки и осложнения при формировании корневых каналов.
45. Классификация внутриканальных штифтов.
46. Методы ирригации корневых каналов.
47. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов моляров нижней челюсти.
48. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов премоляров верхней челюсти.
49. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов премоляров нижней челюсти.
50. Анатомо-морфологические особенности строения корневых каналов фронтальной группы зубов верхней челюсти.
51. Гистологическое строение периодонта.
52. Импрегнационные методы обработки содержимого непроходимой части корневого канала.
53. Формирование эндодонтического доступа на зубах верхней челюсти.
54. Формирование эндодонтического доступа на зубах нижней челюсти.
55. Методика пломбирования корневых каналов пастами.
56. Методика пломбирования корневых каналов с использованием первичнотвердых материалов.
57. Этапы пломбирования методом одного штифта.
58. Осложнения, возможные при медикаментозной обработке корневых каналов, их профилактика.
59. Классификация эндодонтических инструментов в зависимости от назначения.

Ситуационные задачи

1. При создании стоматологического кабинета для ведения терапевтического приема было решено разместить его в цокольном этаже 5 — этажного жилого дома. Соответствует ли это решение нормам СЭС?
2. В стоматологическом кабинете располагается: стоматологическая установка, прикресельный столик врача, прикресельный стул для врача, стол для стерильных инструментов, сухожаровой шкаф, шкаф стерильный для медикаментов и перевязочного материала, шкаф для хранения медикаментов группы А и В, столик для приготовления пломбирочных материалов, стол для медсестры, зуботехнический стол, стол для грязных инструментов, две раковины, рентгеновская установка. Исключите лишнее.
3. Во вновь созданном стоматологическом кабинете площадь помещения составляла 14 м², высота 3,3 м², S — окна к S пола — 25 %. Стены покрыты стеновыми панелями, пол — ковровым покрытием, потолок побелили. СЭС положила запрет на открытие кабинета. Почему?
4. При монтаже новой стоматологической установки в терапевтическом кабинете она не была заменена. Является ли это нарушением правил техники безопасности и почему?
5. Студент К. для осмотра зубных рядов выбрал шпатель и зонд. Верно ли это? И как бы вы поступили в данном случае?
6. В стоматологическом кабинете медсестра обнаружила, что сухожаровой шкаф не нагревается выше 120 °С. Возможно ли осуществление стерилизации в таком режиме?
7. В стоматологической поликлинике для дезинфекции стоматологического инструментария медсестра использовала 96% спирт. Верны ли действия медсестры?
8. Для лечения кариеса врач-стоматолог использовал лоток, в котором находились следующие инструменты: экскаватор, зеркало, пинцет, штопфер-гладилка. Каких инструментов не хватает в лотке?
9. При осмотре полости рта пациента врач использовал из укомплектованного лотка пинцет и зеркало. При приеме следующего пациента был использован тот же лоток, но без указанных выше инструментов. Допустимо ли это?
10. На жевательной поверхности 36 в области фиссур имеются две неглубокие кариозные полости, разделенные большим слоем неповрежденных твердых тканей. Выберите вариант препарирования, обоснуйте его.
11. На щечной поверхности нижнего второго моляра выше экватора коронки зуба имеется кариозная полость с достаточно толстым слоем поврежденной жевательной поверхности. Выберите вариант препарирования.
12. На жевательной поверхности нижнего второго моляра имеется кариозная полость. Какой вид обезболивания целесообразно применить?

13. При формировании кариозной полости с использованием обратноконусного бора, одна стенка кариозной полости препарирована под углом 110° к дну полости. Укажите ошибку в действии врача.

14. Врач при препарировании кариозной полости средней глубины на жевательной поверхности 27 сформировал дно вогнутой формы, а при препарировании глубокого кариеса — на жевательной поверхности 37 дно сформировал валикообразным. Оцените действия врача.

15. Определяется кариозная полость в передней ямке на жевательной поверхности второго нижнего премоляра справа. Как определить вариант препарирования кариозной полости?

16. На передней поверхности первого верхнего моляра имеется кариозная полость, расположенная ниже экватора зуба. Назовите варианты препарирования.

17. На задней поверхности второго нижнего моляра — кариозная полость ниже экватора зуба. Третий нижний моляр отсутствует. Назовите вариант препарирования.

18. На передней поверхности первого верхнего премоляра имеется кариозная полость, жевательная поверхность хорошо сохранена. Клык рядом стоящий отсутствует. Назовите вариант препарирования.

19. На первом нижнем премоляре имеются кариозные полости на обеих контактных поверхностях. Жевательная поверхность хорошо сохранена. Назовите вариант препарирования.

20. В 11 зубе определяется кариозная полость на срединной поверхности, 12 зуб отсутствует. Назовите вариант препарирования кариозной полости.

21. В 23 зубе определяется кариозная полость на боковой поверхности, язычная и губная стенки достаточно прочные, имеется хороший доступ к кариозной полости. Назовите вариант препарирования кариозной полости.

22. В 32 зубе кариозная полость на боковой поверхности, подход к кариозной полости затруднен, имеется плотный контакт с 33 зубом. Назовите вариант препарирования кариозной полости.

23. В 41 зубе кариозная полость на боковой поверхности не глубокая, занимает всю контактную поверхность, эмаль с язычной поверхности отсутствует. Назовите вариант препарирования кариозной полости.

24. В 43 зубе глубокая кариозная полость на передней поверхности, занимает почти всю контактную поверхность. Назовите вариант препарирования кариозной полости.

25. В 12 зубе определяется неглубокая кариозная полость на дистальной поверхности с поражением угла и режущего края до $1/4$ длины, эмаль и дентин прочные. Определить вариант препарирования кариозной полости. Нужна ли дополнительная площадка?

26. В 11 зубе определяется кариозная полость средней величины на медиальной поверхности с поражением угла и режущего края до $1/2$ ее длины, эмаль с небной

поверхности зуба истончена, разрушена. Каким должен быть вариант препарирования кариозной полости?

27. В 23 зубе кариозная полость средней величины на дистальной поверхности с поражением угла зуба, режущий край имеет стертость. Определите возможный вариант препарирования кариозной полости и дополнительной площадки.

28. У 13 зуба коронка разрушена на 1/3 ее длины в результате кариозного процесса. Пульпа зуба жизнеспособна. Назовите возможные варианты препарирования и восстановления коронковой части зуба с сохранением пульпы зуба.

29. У 12 зуба имеется кариозная полость с сильно разрушенным медиальным углом коронки. Выберите вариант формирования кариозной полости. Укажите, какова основная задача при формировании данной полости.

30. Решено провести лечение пульпита 14 зуба биологическим методом. Лечебную прокладку решено оставить на срок до 1 месяца. Какой материал следует избрать в качестве временной пломбы?

31. По поводу лечения пульпита была наложена мышьяковистая паста. Какой материал необходимо использовать для временной пломбы?

32. какой из временных пломбировочных материалов можно использовать как лечебную прокладку при лечении глубокого кариеса?

33. При лечении острого пульпита врач вскрыл полость зуба, наложил мышьяковистую пасту, тампон с анестетиком и временную пломбу дентин-паста. Правильно ли врач выбрал пломбировочный материал и почему?

34. При лечении глубокого кариеса врач решил применить отсроченное пломбирование через один месяц. В качестве временной пломбы использовал водный дентин. Правильно ли это?

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Стоматология: пропедевтика

по специальности 31.05.03. Стоматология

1. Введение в специальность. Организация работы врача-стоматолога на амбулаторном стоматологическом приеме. Ознакомление с медицинской документацией.

- 1. Врачебный кабинет на одну стоматологическую установку должен занимать площадь не менее**
 - 1) 10 м²
 - 2) 12 м²
 - 3) 14 м²
- 2. Высота кабинета должна быть не менее**
 - 1) 2 м
 - 2) 3 м
 - 3) 4 м
- 3. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) должен составлять**
 - 1) 1:1 – 1:2
 - 2) 1:3 – 1:4
 - 3) 1:4 – 1:5
- 4. Уровень освещенности кабинета при использовании люминисцентных ламп должен составлять**
 - 1) 200 лк
 - 2) 300 лк
 - 3) 500 лк
- 5. Создаваемая местным источником освещенность не должна превышать уровень общего освещения более чем**
 - 1) в 5 раз
 - 2) в 10 раз
 - 3) в 15 раз
- 6. Современная стоматологическая установка включает**
 - 1) сухожаровой шкаф
 - 2) кресло автоматического управления
 - 3) светильник «рефлектор»
 - 4) письменный стол врача
 - 5) компрессор и приспособления для проведения необходимых манипуляций в полости рта
- 7. Диапазон скорости вращения бора микромотором**
 - 1) от 2000 до 12000-15000 об./мин
 - 2) от 5000 до 20000-25000 об./мин
 - 3) от 10000 до 30000-35000 об./мин

8. Рабочее место врача-стоматолога, работающего с помощником, располагается в положении по отношению к пациенту

- 1) на 6 часов
- 2) на 9 часов
- 3) на 12 часов

9. Рабочее место врача-стоматолога, работающего без помощника, располагается в положении по отношению к пациенту

- 1) на 6 часов
- 2) на 9 часов
- 3) на 12 часов

Укажите правильную последовательность

10. Стерилизация стоматологических инструментов осуществляется в последовательности

- 1) сухожаровая стерилизация
- 2) очистка инструментов от механических, белковых, жировых загрязнений (ручная, ультразвуковая)
- 3) замачивание инструментов в дезинфицирующем растворе

Установите соответствие.

11. Контроль качества предстерилизационной очистки стоматологического инструментария проводят:

- 1) на наличие крови а) азопирамовой пробой
- 2) на определение б) фенолфталеиновой пробой,
остаточных количеств в) амидопириновой пробой.
щелочных компонентов
моющего средства.

12. Наименьшая площадь стоматологического кабинета в расчете на одно кресло должна составлять (кв. м)

- а) 7
- б) 10
- в) 14
- г) 21
- д) 35

13. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже

- а) 10%
- б) 20%
- в) 30%
- г) 40%
- д) 50%

14. Окна в стоматологическом кабинете должны выходить на сторону

- а) южную
- б) северную
- в) юго-восточную
- г) северо-восточную
- д) юго-западную
- е) северо-западную

15. Методом стерилизации стоматологических наконечников является

- а) кипячение в масле
- б) стерилизация в сухожаровом шкафу
- в) химический метод
- г) облучение ультрафиолетовыми лучами
- д) специальное автоклавирование

16. Минимальная площадь терапевтического стоматологического кабинета, в котором находятся две универсальные стоматологические установки, при высоте потолка в нем 2,6 м составляет:

- 1. 28 м²;
- 2. 24 м²;
- 3. 21 м²;
- 4. 14 м².

17. На одно рабочее место врача-стоматолога для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого на их обработку между манипуляциями у пациентов должно приходиться стоматологических наконечников:

- 1. Не менее 3;
- 2. Не менее 4;
- 3. Не менее 6;
- 4. В зависимости от материально-технических возможностей медицинского учреждения.

18. Турбинная бормашина обеспечивает скорость вращения бора:

- 1. 100 об/мин;
- 2. 300-500 тыс.об/мин;
- 3. 50 об/мин;
- 4. 1000 об/мин.

19. Стены в стоматологическом кабинете должны быть:

- 1. оклеены обоями светлых тонов;
- 2. окрашены масляной краской светлых тонов;
- 3. побелены;
- 4. не имеет значения.

20. Эргономика – это:

- 1. наука, изучающая проблемы материального обеспечения работника и влияние этого фактора на производительность труда;
- 2. наука, изучающая функциональные возможности человека в трудовых процессах с целью создания для него оптимальных условий труда;
- 3. наука, изучающая экономические проблемы, стоящие перед человеком, и пути их решения.

21. Стоматологические установки бывают:

1. механические;
2. пневмомеханические;
3. пневматические.

22. Высота помещения, используемого для стоматологического кабинета, должна быть не менее:

1. 4 кв.м.;
2. 3.3 кв.м.;
3. 2 кв.м.;
4. 2,5 кв.м.

23. Световой коэффициент в стоматологическом кабинете составляет:

1. 1/1 – 1/2;
2. 1/3 – 1/4;
3. 1/4 – 1/5;
4. 1/6 – 1/7.

24. Диапазон скорости вращения бора микромотором составляет:

1. 2000-15000 об/мин.;
2. 15000-25000 об/мин.;
3. 10000-35000 об/мин.;
4. 300000-450000 об/мин.

Ответы:

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

2. Анатомия зубов. Понятие о пародонте.

1. Анатомическое строение зуба

- 1) эмаль
- 2) дентин
- 3) коронка
- 4) шейка
- 5) цемент
- 6) пульпа
- 7) корень
- 8) полость зуба

2. Гистологическое строение зуба

- 1) коронка
- 2) шейка
- 3) корень
- 4) полость зуба
- 5) эмаль
- 6) дентин
- 7) цемент
- 8) пульпа

3. В составе эмали содержится неорганического вещества

- 1) 94-97%
- 2) 70-72%

органического вещества

- 3) 3-6%
- 4) 28-30%

4. В составе дентина содержится неорганического вещества

- 1) 94-97%
- 2) 70-72%

органического вещества

- 3) 3-6%
- 4) 28-30%

5. Основным структурным элементом эмали является

- 1) кристалл гидроксиапатита
- 2) эмалевая призма
- 3) органическая составляющая

6. Наиболее активное накопление Са и Р в эмали происходит

- 1) в период прорезывания зуба
- 2) в первый год после прорезывания
- 3) через два года после прорезывания

- 7. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает**
- 1) фтор
 - 2) ванадий
 - 3) молибден
 - 4) стронций
- 8. $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ – это**
- 1) карбопатит
 - 2) хлорпатит
 - 3) брушит
 - 4) витлокит
 - 5) гидроксиapatит
- 9. Для твердых тканей зуба характерно кальцийфосфорное соотношение**
- 1) 1,67
 - 2) 1,3
 - 3) 2,1
- 10. Растворимость гидроксиapatита эмали зубов при снижении pH ротовой жидкости**
- 1) увеличивается
 - 2) уменьшается
 - 3) не изменяется
- 11. Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна**
- 1) снижается
 - 2) повышается
 - 3) не изменяется
- 12. Проницаемость эмали повышена**
- 1) в стадии белого пятна
 - 2) при флюорозе
 - 3) при гипоплазии
 - 4) при истирании
- 13. Процессы ионного обмена, минерализацию и деминерализацию обеспечивает**
- 1) микротвердость
 - 2) проницаемость
 - 3) растворимость
- 14. Формула гидроксиapatита эмали**
- 1) CaHPO_4
 - 2) $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$
 - 3) $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_8(\text{OH})_2$

15. Молярное соотношение Са/Р в эмали в среднем составляет

- 1) 1,37
- 2) 1,47
- 3) 1,67
- 4) 1,87

16. Укажите слои дентина:

1. периферический, центральный, внутренний;
2. плащевой, околопульпарный, предентинный;
3. наружный, центральный, субодонтобластический;
4. внутренний, субодонтобластический, периферический.

17. Признаки групповой принадлежности зуба:

1. признак кривизны коронки зуба;
2. признак угла коронки;
3. признак корня;
4. все ответы верны.

18. Структурной единицей эмалевых призм зуба является:

1. эластические волокна
2. кристаллы гидроксиапатита
3. дентинные каналы
4. одонтобласты
5. коллагеновые волокна

Ответы:

1 – 3, 4, 7, 8	7 – 1	13– 2
2 – 5, 6, 7, 8	8 – 5	14 – 2
3 – 1, 3	9 – 1	15 – 3
4 – 2, 4	10 – 1	16 – 2
5 – 2	11 – 1	17 – 4
6 – 2	12– 1	18 - 2

3.Основные и дополнительные методы обследования.

Установите соответствие

1. Методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1) основные | а) расспрос |
| 2) дополнительные | б) внешний осмотр |
| в) зондирование | |
| г) перкуссия | |
| д) пальпация | |
| е) ЭОД | |
| ж) температурная проба | |
| з) рентгенография | |

2. Зондирование дает возможность

- 1) определить глубину пародонтального кармана
- 2) обнаружить кариозную полость
- 3) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
- 4) оценить состояние верхушечного периодонта
- 5) выявить патологию прикуса

3. Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние

- 1) пульпы
- 2) периодонта
- 3) пародонта

4. Перкусией зуба оценивается состояние

- 1) пульпы
- 2) периодонта
- 3) десны

5. Рентгенография позволяет определить

- 1) скрытые кариозные полости
- 2) состояние пульпы зуба
- 3) положение зубов и их взаимоотношение с тканями челюсти
- 4) состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

6. Обследование стоматологического больного начинают

- 1) с осмотра полости рта
- 2) с внешнего осмотра больного
- 3) с пальпирования лимфатических узлов
- 4) с рентгенологического обследования

- 7. Основной метод обследования стоматологического больного**
- 1) рентгенологический
 - 2) клинический
 - 3) цитологический
 - 4) лабораторный
- 8. Обследование стоматологического больного проводится**
- 1) врачом-терапевтом
 - 2) рентгенологом
 - 3) стоматологом
- 9. При внеротовом обследовании челюстно-лицевой области выявляют**
- 1) состояние зубов больного
 - 2) изменение конфигурации лица и ограничение подвижности нижней челюсти
 - 3) наличие сверхкомплектных зубов
 - 4) цвет и влажность слизистой оболочки полости рта
- 10. Объем тканей, обследуемых при осмотре полости рта**
- 1) зубы
 - 2) слизистая оболочка полости рта и «причинный зуб»
 - 3) язык
 - 4) все области и ткани полости рта
- 11. Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают**
- 1) с осмотра полости рта
 - 2) с выяснения жалоб
 - 3) с анамнеза жизни
 - 4) с анамнеза болезни
- 12. На ортопантограмме получают:**
1. развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти;
 2. рентгеновское изображение височно-нижнечелюстного сустава;
 3. развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти;
 4. развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей;
 5. развернутое рентгеновское изображение верхней, нижней челюстей и височно-нижнечелюстного сустава.
- 13. Снятие показателей при проведении ЭОД у премоляров осуществляется:**
1. в области шейки зуба;
 2. с щечного бугра;
 3. с середины фиссуры;
 4. с язычной поверхности.
- 14. При проведении ЭОД больного зуба целесообразно начать измерение:**
1. сразу с причинного зуба;
 2. с антогониста;

3. с подобного зуба с противоположной стороны;
4. с любого другого зуба.

15. Для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти наиболее информативен рентгенологический метод:

1. дентальная рентгенограмма;
2. панорамная рентгенограмма;
3. ортопантомография;
4. телерентгенография.

16. При ЭОД применяется сила тока:

1. от 0 до 150 мкА;
2. от 0,1 до 0,9 мкА;
3. от 10 до 70 мкА;
4. от 100 до 1000 мкА.

17. Подвижность зубов определяется с помощью инструмента:

1. зеркало
2. углового зонда
3. пинцета
4. экскаватора
5. шпателя

18. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1. отклонена назад;
2. отклонена влево;
3. отклонена вправо;
4. наклонена вперед.

1 – 1а,б,в,г,д; 2е,ж,з	7 – 2	13 – 2
2 – 1, 2, 3	8 – 3	14 – 3
3 – 1	9 – 2	15 – 1
4 – 2	10 – 4	16 – 1
5 – 1, 3	11 – 2	17 – 3
6 – 2	12 – 5	18 – 4

1. Зубные отложения

1. Удаление минерализованных зубных отложений в стоматологической практике производится для профилактики

- 1) флюороза
- 2) местной гипоплазии
- 3) воспалительных заболеваний пародонта
- 4) зубочелюстных аномалий

2. Профессиональная гигиена полости рта включает

- 1) герметизацию фиссур зубов
- 2) удаление над- и поддесневого зубного камня
- 3) пломбирование кариозных полостей
- 4) избирательное шлифование зубов

3. Профессиональную гигиену необходимо проводить

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в 2 года

4. При проведении профессиональной гигиены жевательную поверхность зубов целесообразно очищать от налета с помощью

- 1) резиновых колпачков и полировочных паст
- 2) щеточек и полировочных паст
- 3) флоссов

5. При проведении профессиональной гигиены гладкие поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью

- 1) резиновых колпачков и полировочных паст
- 2) щеточек и полировочных паст
- 3) флоссов

6. Для механического удаления зубного камня используют инструменты

- 1) зеркало, зонд, экскаваторы
- 2) экскаваторы, серпы, кюретки
- 3) кюретки, зонд, гладилки

7. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют

- 1) стоматологические инструменты
- 2) скалеры
- 3) медикаментозные средства

8. К минерализованным зубным отложениям относится

- 1) пищевые остатки
- 2) мягкий зубной налет
- 3) зубной камень
- 4) налет курильщика

9. Использование флоссов рекомендуется для удаления зубного налета с поверхностей зубов

- 1) вестибулярных
- 2) окклюзионных
- 3) апроксимальных
- 4) оральных

10. Методика удаления зубного камня

- 1) удаление зубного камня с оральной поверхности зуба
- 2) полирование поверхности зуба
- 3) удаление зубного камня с вестибулярной поверхности зуба
- 4) удаление зубного камня из межзубных промежутков

Ответы

1 – 3	6 – 2
2 – 2	7 – 2
3 – 2	8 – 3
4 – 2	9 – 3
5 – 1	10– 3, 4, 1, 2

2. Принципы препарирования кариозных полостей.

1. Классификация кариозных полостей по Блэку является

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

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

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

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

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

4. Препарирование кариозной полости проводят инструментами

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

5. Твердые ткани зуба - это

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1. на небной поверхности

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

11. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

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

12. Препарирование кариозной полости включает:

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

13. Элементы кариозной полости

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

14. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является

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

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

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

16. Иммунные зоны зуба располагаются

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

24. Препарирование кариозной полости необходимо проводить:

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

Ответы:

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

6.Пломбирование кариозных полостей.

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

2. Материалы для изолирующих прокладок должны

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

3. Материалы для лечебных прокладок должны

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

Установите соответствие

4. Классификация постоянных пломбировочных материалов

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

5. Лечебная прокладка оказывает действие:

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

6. Лечебная прокладка покрывает:

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

7. Времы твердения дентин-пасты:

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

8. Стеклоиономерный цемент используется

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

9. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки

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

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

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

11. Термин «тотальное протравливание» означает

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

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

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

13. Лампы галогенового света используются для

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

14. Условиями для выбора цвета композитной пломбы являются:

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

15. Травление твердых тканей зубов проводят с целью

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

16. Концентрация кислоты для протравливания эмали перед пломбированием

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

17. Для восстановления значительных дефектов твердых тканей моляров показана реставрация

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

18. Этапы пломбирования полости композиционными материалами

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

19. По виду полимеризации композиционные материалы

подразделяются на:

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

20. Удаление смазанного слоя проводят

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

21. Установите соответствие

Композитный пломбировочный материал Размер частиц

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1)макронаполненный | а)0,4-0,8 мкм |
| 2)микронаполненный | б)10-45 мкм |
| 3)мининаполненный | в)0,05-50 мкм |
| 4)гибридный | г)1-10 мкм |

22. Основой современных композитных материалов является

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

Ответы:

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

7.Эндодонтия.

1. В состав пульпо-дентинного комплекса входят:

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

2. В понятие эндодонт входят:

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

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

1. 2-4 мм;
2. 0,5-1 мм
3. 5-6 мм

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

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

5. Эндодонтия – раздел стоматологии, изучающий:

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

6. Физиологической верхушкой корневого канала называют:

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

7. В коронковой части полости зуба выделяют:

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

8. Полость зуба делится на:

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

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

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

10. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

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

11. В постоянном прикусе в норме зубов составляет:

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

5. 32-36.

12. Зубы постоянного прикуса делятся на следующие группы:

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

13. Окклюзионная поверхность премоляров нижней челюсти имеют форму:

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

14. Отклонение корня у зубов фронтальной группы в направлении:

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

15. По формуле ВОЗ нижний центральный резец слева записывается:

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

16. По формуле ВОЗ верхний клык слева записывается:

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

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

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

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

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

19. Неправильной формой отпрепарированного корневого канала считается:

1. конусовидная;
2. конусовидная с уступом;

3. цилиндрическая.

20. «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 верхушки инструмента, умноженному на 100.

25. Назначение эндодонтического инструмента:

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

26. Вращательное движение можно осуществлять следующими эндодонтическими инструментами:

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

27. Ограничитель на эндодонтическом инструменте необходим для:

1. выбора необходимого инструмента;

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

28. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1. пульпэкстрактор;
2. К-ридер;
3. К-файл;
4. H-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.

Ответы:

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

8.Биомеханика жевательного аппарата.

1. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется

- а) моделировочным
- б) базисным
- в) профилльным (восколит)
- г) лаваксом
- д) липким

2. Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется

- а) окклюдатор
- б) лицевая дуга
- в) апекслокатор
- г) электрооднотометр
- д) скайлер

- 3. Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется**
- а) окклюдатор
 - б) артикулятор
 - в) лицевая дуга
- 4. Сепарация – это этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с**
- а) окклюзионной поверхности
 - б) вестибулярной поверхности
 - в) контактных поверхностей
 - г) оральной поверхности
 - д) любой поверхности
- 5. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют**
- а) боры колесовидные
 - б) сепараторы
 - в) мягкие диски
 - г) фрезы
 - д) односторонние сепарационные диски с алмазным покрытием
- 6. При препарировании охлаждение тканей зуба**
- а) обязательно
 - б) необязательно
 - в) вредно
- 7. Искусственная коронка должна**
- а) не иметь контакта с антагонистом
 - б) разобщать прикус
 - в) иметь контакт с зубом - антагонистом
 - г) соответствовать пожеланиям пациента
 - д) иметь контакт только в жевательных отделах
- 8. Искусственная коронка должна**
- а) погружаться в зубодесневой карман на 1 мм
 - б) погружаться в зубодесневой карман на расстояние не более 0,2 мм или соприкасаться с десной
 - в) не соприкасаться с десной
 - г) отступать от десны
- 9. Штампованная металлическая коронка должна охватывать культю зуба**
- а) плотно
 - б) с зазором 0,2 мм
 - в) с зазором для фиксирующего материала
 - г) не имеет значения
 - д) в различных участках по-разному

- 10. Форма культи зуба, подготовленной под цельнолитую коронку, должна иметь вид**
- а) цилиндра
 - б) конуса
 - в) усеченного конуса
 - г) обратноусеченного конуса
 - д) шара
- 11. Главное преимущество литых коронок по сравнению со штампованными**
- а) высокая точность
 - б) простота изготовления
 - в) эстетичность
- 12. Взаиморасположение зубов, отпрепарированных под опорные коронки мостовидного протеза, должно быть**
- а) параллельным
 - б) конвергирующим
 - в) дивергирующим
 - г) не имеет значения
- 13. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена**
- а) искусственным зубом
 - б) фасеткой
 - в) вкладкой
 - г) имплантантом
 - д) коронкой
- 14. Моделировка вкладки из воска полностью поручается зубному технику при способе изготовления**
- а) прямом
 - б) косвенном
 - в) комбинированном
- 15. Податливость слизистой оболочки обеспечивается за счет**
- а) покровного эпителия
 - б) собственно слизистой
 - в) подслизистого слоя
- 16. На модель наносятся следующие ориентиры**
- а) границы базиса, средняя линия, центр альвеолярного гребня
 - б) границы базиса, линия А
 - в) кламмерная линия, срединная линия
 - г) линия улыбки, зрачковая линия

17. Высота окклюзионного валика

- а) 2 см
- б) выше оставшихся зубов
- в) ниже оставшихся зубов
- г) вровень с оставшимися зубами

18. Аномалией является прикус

- а) ортогнатический
- б) глубокий
- в) открытый
- г) прямой
- д) бипрогнатия

19. Металлические искусственные коронки, различаются по методу изготовления

- а) опорные
- б) восстановительные
- в) штампованные
- г) литые
- д) постоянные.

20. Мостовидный протез состоит из элементов

- 1) промежуточная часть (тело)
- 2) опорные конструкции
- 3) вспомогательная часть
- 4) основная часть

Установите соответствие.

21. Различают виды зубных протезов

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1) несъёмные | а) мостовидные |
| 2) съёмные | б) бюгельные |
| | в) вкладки |
| | г) коронки |
| | д) частичные пластиночные |
| | е) полные пластиночные |

22. Опорами несъемных мостовидных протезов служат

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

Ответы:

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

9. Несъемное зубопротезирование. Одонтопрепарирование.

1. **Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется**
 - а) моделировочным
 - б) базисным
 - в) профильным (восколит)
 - г) лаваксом
 - д) липким
2. **Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется**
 - а) окклюдатор
 - б) лицевая дуга
 - в) апекслокатор
 - г) электроодонтометр
 - д) скайлер
3. **Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется**
 - а) окклюдатор
 - б) артикулятор
 - в) лицевая дуга
4. **Сепарация – это этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с**
 - а) окклюзионной поверхности
 - б) вестибулярной поверхности
 - в) контактных поверхностей
 - г) оральной поверхности
 - д) любой поверхности
5. **Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют**
 - а) боры колесовидные
 - б) сепараторы
 - в) мягкие диски
 - г) фрезы
 - д) односторонние сепарационные диски с алмазным покрытием

- 6. При препарировании охлаждение тканей зуба**
- а) обязательно
 - б) необязательно
 - в) вредно
- 7. Искусственная коронка должна**
- а) не иметь контакта с антагонистом
 - б) разобщать прикус
 - в) иметь контакт с зубом - антагонистом
 - г) соответствовать пожеланиям пациента
 - д) иметь контакт только в жевательных отделах
- 8. Искусственная коронка должна**
- а) погружаться в зубодесневой карман на 1 мм
 - б) погружаться в зубодесневой карман на расстояние не более 0,2 мм или соприкасаться с десной
 - в) не соприкасаться с десной
 - г) отступать от десны
- 9. Штампованная металлическая коронка должна охватывать культю зуба**
- а) плотно
 - б) с зазором 0,2 мм
 - в) с зазором для фиксирующего материала
 - г) не имеет значения
 - д) в различных участках по-разному
- 10. Форма культи зуба, подготовленной под цельнолитую коронку, должна иметь вид**
- а) цилиндра
 - б) конуса
 - в) усеченного конуса
 - г) обратноусеченного конуса
 - д) шара
- 11. Главное преимущество литых коронок по сравнению со штампованными**
- а) высокая точность
 - б) простота изготовления
 - в) эстетичность
- 12. Взаиморасположение зубов, отпрепарированных под опорные коронки мостовидного протеза, должно быть**
- а) параллельным
 - б) конвергирующим
 - в) дивергирующим
 - г) не имеет значения

- 13. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена**
- а) искусственным зубом
 - б) фасеткой
 - в) вкладкой
 - г) имплантантом
 - д) коронкой
- 14. Моделировка вкладки из воска полностью поручается зубному технику при способе изготовления**
- а) прямом
 - б) косвенном
 - в) комбинированном
- 15. Податливость слизистой оболочки обеспечивается за счет**
- а) покровного эпителия
 - б) собственно слизистой
 - в) подслизистого слоя
- 16. На модель наносятся следующие ориентиры**
- а) границы базиса, средняя линия, центр альвеолярного гребня
 - б) границы базиса, линия А
 - в) кламмерная линия, срединная линия
 - г) линия улыбки, зрачковая линия
- 17. Высота окклюзионного валика**
- а) 2 см
 - б) выше оставшихся зубов
 - в) ниже оставшихся зубов
 - г) вровень с оставшимися зубами
- 18. Аномалийным является прикус**
- а) ортогнатический
 - б) глубокий
 - в) открытый
 - г) прямой
 - д) бипрогнатия
- 19. Металлические искусственные коронки, различаются по методу изготовления**
- а) опорные
 - б) восстановительные
 - в) штампованные
 - г) литые
 - д) постоянные.

20. Мостовидный протез состоит из элементов

- 1) промежуточная часть (тело)
- 2) опорные конструкции
- 3) вспомогательная часть
- 4) основная часть

Установите соответствие.

21. Различают виды зубных протезов

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1) несъёмные | а) мостовидные |
| 2) съёмные | б) бюгельные |
| | в) вкладки |
| | г) коронки |
| | д) частичные пластиночные |
| | е) полные пластиночные |

22. Опорами несъемных мостовидных протезов служат

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

Ответы:

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

10. Операция удаление зуба.

1. Аппликационная анестезия является методом

- а) поверхностной местной анестезии
- б) глубокого пропитывания тканей
- в) проводниковой анестезии

2. Для пролонгирования действий анестетика используют

- а) эпинефрин
- б) новокаин
- в) тримекаин

- 3. Вкол иглы по переходной складке по отношению к кости альвеолярного отростка или мягким тканям производится под углом**
- а) 90
 - б) 45
 - в) 60
- 4. Направление скоса иглы при проведении анестезии по переходной складке**
- а) к кости
 - б) от кости
 - в) перпендикулярно кости
- 5. При туберальной анестезии происходит блокада верхнихлуночковых нервов**
- а) задних
 - б) средних
 - в) передних
- 6. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят**
- а) моляры
 - б) резцы и клыки
 - в) резцы, клыки и премоляры
- 7. При анестезии у большого небного отверстия происходит блокада**
- а) носонейного нерва
 - б) большого небного нерва
 - в) среднего верхнего зубного сплетения
- 8. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии с помощью пальпации является**
- а) моляры
 - б) височный гребешок
 - в) крыловидно-челюстная складка
- 9. При мандибулярной анестезии происходит блокада нервов**
- а) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
- 10. При турсальной анестезии происходит блокада нервов**
- а) язычного и щечного, нижнелуночкового
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

- 11. При ментальной анестезии происходит обезболивание слизистой оболочки**
- а) с вестибулярной поверхности
 - б) с язычной поверхности
- 12. При выполнении торусальной и мандибулярной анестезии рот больного должен быть**
- а) широко открыт
 - б) полуоткрыт
- 13. Выберите правильную тактику при сложном удалении зуба на нижней челюсти**
- а) применение элеваторов
 - б) отслоение слизисто-надкостничного лоскута с последующим применением бормашины и элеваторов
 - в) субпериостальная резекция альвеолярного отростка
- 14. При удалении первого и второго моляров на нижней челюсти превалирующим вывихивающим движением является**
- а) ротация
 - б) люксация
 - в) ротация и люксация
- 15. При удалении второго и третьего больших коренных зубов на нижней челюсти первое вывихивающее движение делают**
- а) в язычную сторону
 - б) в щечную сторону (наружную)

Ответы:

001 – а

002 – а

003 – б

004 – а

005 – а

006 – в

007 – б

008 – б

009 – б

010 – а

011 – а

012 – а

013 – б

014 – б

015 – а