

№ Стом-21

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

для студентов 3, 4 курсов

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

Заведующая кафедрой стоматологии №3

Д.М.Н.



Ремизова А.А.

г. Владикавказ, 2021 г.

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: Эндодонтия

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Экзамен		
1.	Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки рта. Дополнительные методы исследования. Функциональные и лабораторные методы исследования. Составления плана лечения.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Наследственные и врожденные пороки развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез, гипоплазия, флюороз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	Пульпит, периодонтит – этиопатогенез, классификация, Дифференциальная диагностика. Современные методы эндодонтического лечения. Критерии качества эндодонтического лечения. Повторное эндодонтическое лечение. Ошибки и осложнения в эндодонтии.	УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-13, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	Восстановление зубов после эндодонтического лечения. Принципы одонтопрепарирования, реставрации твердых тканей зуба современными материалами.		
--	---	--	--

Комплект оценочных средств

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Установка коффердама.
2. Чтение рентгенограмм.
3. Протокол ирригации корневого канала.
4. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
5. Лечение фуркационных перфораций моляров.
6. Проведение витального метода лечения пульпита.
7. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
8. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
9. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
10. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
11. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill
12. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
13. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении пульпы и периодонта.
14. Заполнение истории болезни пациента.
15. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
16. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
17. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
18. Диагностика и лечение хронического периодонтита в стадии обострения.
19. Лечение хронического гранулематозного периодонтита
20. Обработка корневых каналов системой Reciproc.
21. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
22. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
23. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
24. Премедикация в стоматологии.
25. Анатомические особенности и тактика механической обработки S – образных корневых каналов .
26. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
27. Способы obturation корневых каналов.
28. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная

диагностика, лечение.

30. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
31. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Стоматологические материалы для временной obturации корневых каналов.
33. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
34. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
35. Методы формирования корневых каналов.
36. Электроодонтодиагностика. Методика проведения
37. Методика закрытия перфораций с использованием Proroot MTA.

Вопросы к экзамену

1. Анатомо-топографические особенности различных групп зубов.
2. Анатомо-топографические особенности строения полостей и каналов различных групп зубов.
3. Гистология и физиология пульпы зуба.
4. Изменения в пульпе зуба при кариесе, болезнях обмена, гиповитаминозах.
5. Дентикли: гистология, механизм образования, клинические проявления.
6. Этиология и классификации болезней пульпы.
7. Методы обследования больного с заболеваниями пульпы и периапикальных тканей в клинике терапевтической стоматологии.
8. Острый очаговый пульпит: патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
9. Острый диффузный пульпит: патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
10. Хронический фиброзный пульпит: патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
11. Хронический гангренозный пульпит: патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
12. Хронический гипертрофический пульпит: патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
13. Обострение хронического фиброзного пульпита: клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
14. Обострение хронического гангренозного пульпита: клиника, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения.
15. Методы обезболивания при лечении болезней пульпы.
16. Методы лечения пульпита: классификация, показания.
17. Биологический метод лечения пульпитов: показания, противопоказания, методика, рецепты.
18. Методика проведения и критерии оценки эффективности витально-ампутационного метода лечения пульпита.
19. Метод витальной экстирпации пульпы: показания, противопоказания, методика, рецепты.
20. Метод девитальной экстирпации пульпы: показания, методика, рецепты.
21. Метод девитальной ампутации пульпы: показания, противопоказания, методика, рецепты.

22. Методы и средства медикаментозной обработки корневых каналов зубов.
23. Эндодонтический инструментарий: классификация, показания к применению.
24. Методики определения рабочей длины корневых каналов зубов.
25. Методики инструментальной обработки корневых каналов зубов.
26. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов при осложненном кариесе зубов.
27. Пломбирование корневых каналов зубов: цель, методики.
28. Материалы для пломбирования корневых каналов зубов: классификация, свойства, показания к применению.
29. Импрегнационные методики пломбирования корневых каналов зубов: показания, методика, рецепты.
30. Ошибки и осложнения при диагностике пульпита, способы их профилактики и устранения.
31. Ошибки и осложнения при лечении пульпита, способы их профилактики и устранения.
32. Анатомо-физиологические особенности периодонта.
33. Патанатомия различных форм периодонтита.
34. Этиология периодонтита.
35. Классификации болезней периапикальных тканей.
36. Острый апикальный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
37. Лечение острого апикального периодонтита.
38. Хронический фиброзный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
39. Хронический гранулирующий периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
40. Хронический гранулематозный периодонтит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
41. Обострение хронического периодонтита: этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
42. Показания и противопоказания к лечению периодонтита.
43. Лечение хронических форм периодонтита в зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами.
44. Лечение хронических форм периодонтита в зубах с трудно проходимыми корневыми каналами.
45. Лечение периодонтита в одно посещение: показания, методика применения.
46. Трансканальный электрофорез корневых каналов: показания, методика.
47. Материалы для ирригации и дезинфекции корневых каналов зубов.
48. Материалы для временного пломбирования корневых каналов зубов.
49. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов зубов.
50. Методики пломбирования корневых каналов.
51. Ошибки и осложнения при диагностике периодонтита, причины их возникновения.
52. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита, способы их профилактики и устранения.
53. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений в эндодонтии. Повторное эндодонтическое лечение.
54. Перфорация зуба: клиника, диагностика, лечение.
55. Физиотерапия осложнений после пломбирования корневых каналов зубов.
56. Эндодонтическая подготовка зубов при проведении хирургических методов лечения заболеваний пульпы и периодонта.
57. Стоматогенный очаг инфекции. Очагово-обусловленные заболевания. Клинические проявления, диагностика и методика обследования пациентов.

58. Реставрация зубов после эндодонтического лечения. Использование штифтовых конструкций.
59. Показания и противопоказания к применению антибактериальной терапии при лечении пациентов с периодонтитом.
60. Лечение пациентов с заболеваниями пульпы и периодонта, относящихся к группам риска.

Ситуационные задачи

Задача №1.

Больная Л. 34 лет жалуется на боли от холодного и горячего в области боковых зубов верхней и нижней челюсти справа в течение недели. Боли усилились в последние 2 дня, а сегодня из-за них не спала ночью. Какой зуб болит, определить не может. Холодная вода облегчает боль. К стоматологу обращалась редко; лечила только зубы 3.6 и 4.6 по поводу кариеса. Наблюдается у эндокринолога в связи с недостаточностью щитовидной железы – гипотиреоз. Эстетических дефектов нет. Слизистая оболочка полости рта не изменена. Прикус ортогнатический. Осмотр не определил причинный зуб. Холодовая проба выявила выраженную положительную реакцию нижних правых боковых зубов. На жевательной поверхности 4.6 пломба из амальгамы. Перкуссия зуба слабо положительна. Прикус – глубокое резцовое перекрытие. Над- и поддесневых зубных отложений незначительное количество. У 1.5, 2.2, 2.4, 2.5, 3.7, 4.6 пародонтальные карманы глубиной 5 мм. У 1.7, 1.6, 2.1, 3.6, 4.7 карманы глубиной 3 мм. Зуб 4.8 прорезался наполовину, видны только медиальные бугры. Сделан внутриротовой рентгеновский снимок правых моляров и панорамный снимок всех зубов. ИГПР по Федорову–Володкиной – 3 балла.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного у смежных специалистов.
3. Заключительный диагноз.
4. Составьте план хирургического лечения.
5. Общий план лечения

Задача №2.

Пациент 50 лет обратился в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта и протезирования.

При осмотре: в зубе 15 на дистальной поверхности определяется кариозная полость. Зондирование безболезненно.

Отсутствуют зубы: 36, 37, 38, 46, 47, 48.

На рентгеновском снимке зуба 15 определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки.

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте общее лечение.
4. Назначьте местное лечение.
5. Составьте план санации полости рта.

Задача № 3.

Больная О., 42 лет, жалуется на сухость, стянутость слизистой оболочки щек, жжение при приеме кислой, острой пищи.

Из анамнеза: страдает давно, но к врачу не обращалась, т.к. периодически наступало улучшение. После стрессовых ситуаций страдает от бессонницы, обостряется заболевание полости рта. Вредные привычки отрицает. 17, 16, 15, 46, 47 ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

Общее состояние удовлетворительное, повышенная тревожность. Кожные покровы чистые. На красной кайме губ отмечается вязь мелких неравномерно возвышающихся ороговевших участков. На слизистой оболочке губ, щек, альвеолярных отростках отмечаются слившиеся в виде причудливых узоров белесоватые слегка возвышающиеся участки, не снимающиеся при поскабливании. На спинке языка участки ороговения округлой формы диаметром до 5 мм. Имеются острые края у 26, 37, 51 шероховатые композитные пломбы 17, 16, 15, 46, 47 не восстанавливающие форму зуба.

1. Проведите необходимое обследование.
2. Поставьте диагноз.
3. Назначьте общее лечение.
4. Назначьте местное лечение.
5. Составьте план санации полости рта.

Задача № 5

Больной Б., 36 лет, бизнесмен, обратился в стоматологическую поли- клинику с жалобами на боли, появившиеся более года назад, в области зуба 4.3 при разжёвывании жёсткой пищи и при чистке зубов. Хочет протезироваться с использованием в качестве опоры протеза имплантата. Жалоб со стороны внутренних органов не предъявляет. Считает себя практически здоровым. Любит кислую пищу, часто употребляет газированные напитки: квас, кока-колу. После жевания яблок, ягод возникает чувство оскотины. Объективно: при внешнем осмотре наблюдается незначительное снижение высоты нижней части лица. При разговоре и улыбке видны стёртые нижние зубы и дефекты верхнего зубного ряда. 1. Диагноз Включенный дефект зубного ряда (потеря зуба 3.6) 2 класс по Гаврилову 2.Необходимость в дополнительных методах исследования Клинический анализ крови на сахар и тромбоциты и ВИЧ 3. Подготовка к протезированию Введение имплантата в области 3.6 4. Конструкция протеза Искусственная коронка на имплантатах 5.Поэтапное решение данной проблемы Замещение дефекта 3.6. Снятие оттисков, проверка коронки. Фиксация коронки цементом 6.Рекомендации больному Индивидуальная коррекция гигиены полости рта 4. Панорамная рентгенография: Устное описание: положение зубов,

отсутствующие зубы, эндодонтический и пародонтологический статус 5. Рецепт: Rp: Sol. Ultracaini DS – 1,7 in carpulis N 10. D.S. Для инъекционного обезболивания в стоматологии. Оценка и рецензия экзаменационной комиссии 1. Терапия 2. Хирургия 3. Ортопедия Обоснование отрицательной оценки: 1. Терапия 2. Хирургия 3. Ортопедия 19 Слизистая оболочка полости рта не изменена. Прикус ортогнатический (глубокое резцовое перекрытие). Зубы верхней челюсти, восстановленные композитными культиями, укрепленными внутриканальными штифтами, раньше служили опорой металлокерамических мостовидных протезов, которые были сняты несколько дней назад. 1.5 и 2.3 имеют подвижность I степени. 1.7 устойчив, наклонен и смещен медиально, значительно сужая дефект в области отсутствующего 1.6, угол наклона около 20°.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного у смежных специалистов.
3. Заключительный диагноз.
4. Составьте план хирургического лечения.
5. Общий план лечения

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «Стоматология: Эндодонтия» для студентов 3,4 курсов

по специальности 31.05.03. Стоматология _____

1. В состав пульпо-дентинного комплекса входят:

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

2. В понятие эндодонт входят:

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

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

1. 2-4 мм;
2. 0,5-1 мм
3. 5-6 мм

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

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

5. Эндодонтия – раздел стоматологии, изучающий:

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

6. Физиологической верхушкой корневого канала называют:

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

7. В коронковой части полости зуба выделяют:

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

1. Полость зуба делится на:

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

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

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

10. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

- 1) транссептальные
- 2) свободные волокна десны

- 3) циркулярные волокна
- 4) альвеолярные гребешковые волокна
- 5) косые волокна

11. В постоянном прикусе в норме зубов составляет:

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

12. Зубы постоянного прикуса делятся на следующие группы:

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

13. Оклюзионная 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 вершины;
2. последний файл, достигший вершины 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-риммер; |
| | Д. профайл; |

Е. К-файл.

24. Размер эндодонтического инструмента соответствует:

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

25. Назначение эндодонтического инструмента:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. диагностический; | А. Largo; |
| 2. для удаления мягких тканей; | Б. Корневая игла; |
| 3. для расширения устья каналов; | В. К-пример; |
| 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, примером;
2. рашпилем, Н-файлом;
3. примером, К-файлом.
- 4.

27. Ограничитель на эндодонтическом инструменте необходим для:

1. выбора необходимого инструмента;
2. определения степени проходимости корневого канала;
3. фиксации глубины погружения инструмента в корневой канал.
- 4.

28. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

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

29. Определить длину корневого канала можно при помощи

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

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

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

31. Эффективность 5% р-рагиохлорида натрия усиливается при:

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

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

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

33. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

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

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

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

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

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

36. Промывать корневой канал гипохлоритом натрия следует:

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

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

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

049. Анатомическая верхушка корня отстоит от физиологической

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

050. В пульпе различают клеточные слои

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

051. Периферический слой пульпы содержит клетки

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

052. Субодонтобластический слой пульпы содержит клетки

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

053. Центральный слой пульпы содержит клетки

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

054. В пульпе зуба располагаются капиллярные сплетения

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

055. Старение пульпы характеризуется

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

056. При остром пульпите обнаруживается микрофлора

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

057. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора

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

058. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

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

059. Острый пульпит

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

060. Хронический пульпит

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

061. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен

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

062.Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен

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

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

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

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

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

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

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

**066.Ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом
от горячего, не прекращающиеся после устранения действия,
от перемены температуры воздуха возникают при пульпите**

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

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

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

068.Обострение хронического пульпита характеризуется

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

Установите соответствие

069.Зондирование дна кариозной полости Диагноз

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

070.Дифференциальный диагноз острого диффузного пульпита проводят

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

071.Дифференциальный диагноз хронического гангренозного пульпита проводят

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

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

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

Установите соответствие

073.Методы лечения пульпита Диагноз

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

**074.Метод сохранения жизнеспособной пульпы в корневых каналах
называется**

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

075.Проведение биологического метода возможно

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

076.Формирование периодонта заканчивается

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

077.Причиной острой травмы периодонта может быть

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

078.Причиной хронической травмы периодонта может быть

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

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

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

Установите съответствие

080.Жалобы больного	Заболевание
----------------------------	--------------------

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

081.Рентгенологическая картина.

Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня

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

082.Рентгенологическая картина.

Нечеткость, смазанность, «завуалированность» картины периапикальной области

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

083.Рентгенологическая картина.

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

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

084.Рентгенологическая картина.

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

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

085.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами

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

086.Рентгенологическая картина.

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

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

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

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

Укажите правильную последовательность

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

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

089.Относительными противопоказаниями для проведения консервативного лечения периодонтита являются

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

090.Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита

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

091..Лечение периодонтита может быть безуспешным в случаях, кроме

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

092.Мышьяковистая интоксикация периодонта купируется

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

Укажите правильную последовательность

093.Реактивные зоны корневой гранулемы

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

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

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

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

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

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

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

097.Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

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

098. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания

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

099. Системность поражения зубов всегда характерна

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

100. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов

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