

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

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального  
координационного учебно-методического  
совета от « 28 » августа 2020 г. № 1

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине «Стоматология: Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»  
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденной  
28.08.2020 г.

для студентов 2,3 курса  
факультет стоматологический

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «27» августа 2020 г. (протокол №1)

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:

- вопросы к модульным занятиям
- перечень вопросов по практическим навыкам
- учебные задачи
- ситуационные задачи
- эталоны тестовых заданий
- вопросы к экзамену
- билеты к экзамену

### Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

«Стоматология: Кариесология и заболевания твердых тканей зубов»

| <b>№<br/>п/п</b>        | <b>Наименование контролируемого<br/>раздела(темы) специальности/ модуля</b>                                                                                      | <b>Код<br/>формируемой<br/>компетенции(<br/>этапа)</b> | <b>Наименование<br/>оценочного<br/>средства</b> |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1                       | 2                                                                                                                                                                | 3                                                      | 4                                               |
| <b>Вид<br/>контроля</b> | <b>экзамен</b>                                                                                                                                                   |                                                        |                                                 |
| <b>1.</b>               | Организация и оборудование стоматологического кабинета                                                                                                           | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>2.</b>               | Обследование стоматологического пациента при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.                                                       | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>3.</b>               | Этиология, патогенез кариеса зубов. Эпидемиология кариеса зубов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика кариеса зубов. Методы лечения кариеса зубов. | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>4.</b>               | Некариозные поражения зубов. Отбеливание зубов.                                                                                                                  | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>5.</b>               | Осложнения и ошибки при диагностике и лечении заболеваний твердых тканей зубов.                                                                                  | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>6.</b>               | Диагностика и планирование лечения кариеса и заболеваний твердых тканей зубов.                                                                                   | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>7.</b>               | Лечебная концепция реставрации зубов при кариесе и других заболеваниях твердых тканей зубов.                                                                     | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |
| <b>8.</b>               | Профилактика осложнений и ошибок в диагностике и лечении кариеса и других заболеваний твердых тканей зубов.                                                      | ОПК-6; ОПК-11; ОПК-11; ПК-6                            | С, ТЗ, СЗ, УЗ                                   |

## **ВОПРОСЫ К МОДУЛЬНЫМ ЗАНЯТИЯМ.**

### **СЕМЕСТР**

#### **Модульное занятие №1**

##### **Вопросы по теории:**

- Санитарно-гигиенические нормативы и требования к размещению, устройству, оборудованию и оснащению терапевтического стоматологического кабинета (отделения).
- 2) Оснащение стоматологической поликлиники
  - 3) правила техники безопасности при работе со стоматологическим оборудованием
  - 4) Виды стоматологических установок.
  - 5) Виды стоматологических наконечников.
  - 6) Стоматологический инструментарий, используемый на терапевтическом приеме.
  - 7) Методы дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария.
  - 8) Правила уборки стоматологического кабинета.
  - 9) Меры по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией и вирусного гепатита В, С
  - 10) Эргономические основы организации рабочего места врача-стоматолога.
  - 11) Особенности работы в четыре руки.
  - 12) Обязанности ассистента врача-стоматолога.
  - 13) Оборудование стоматологического кабинета и правила техники безопасности при работе с ним.
  - 14) Эргономика в стоматологии
  - 15) Работа в четыре руки
  - 16) Основные принципы эргономики
  - 17) Медицинская карта стоматологического больного
  - 18) Правила заполнения мед.карты
  - 19) Запись зубной формулы
  - 20) Деонтологические принципы в стоматологии.
  - 21) Стоматологическую документацию.
  - 22) Основные методы обследования.
  - 23) Основные жалобы пациентов на терапевтическом стоматологическом приеме.
  - 24) Алгоритм осмотра пациента врачом стоматологом.
  - 25) Аппаратурные методы обследования .
  - 26) Рентгенологические методы исследования
  - 27) Лабораторные методы исследования
  - 28) Функциональные методы исследования
  - 29) Гистологические методы исследования
  - 30) Иммунологические методы исследования.
  - 31) Цитологические методы исследования
  - 32) Кариесологические, гигиенические , пародонтальные индексы

##### **Вопросы по практике:**

- 1) Проводить опрос пациентов.
- 2) Собирать анамнез заболевания и жизни больного.
- 3) Выполнять осмотр: внешний и непосредственно полости рта.
- 4) Проводить пальпацию, перкуссию, зондирование органов и тканей полости рта.
- 5) Заполнять медицинскую карту стоматологического больного.

- 6) Провести индексную оценку по Фёдорову-Володкиной, Грин-Вермильону
- 7) Определять кариесрезистентность эмали по тестам КОСРЭ, ТЭР, CRT
- 8) Оценить состояние пародонта , используя индексы CPITN, РМА, ПИ.
- 9) Читать прицельные, панорамные рентгеновские снимки и
- 10) Проводить электроодонтодиагностику, апекс-локацию, термометрию
- 11) Производить забор материала на бактериологическое исследование из зубной бляшки, из пародонтального кармана, из корневых каналов, с поверхности слизистой оболочки полости рта
- 12) Производить забор десневой и ротовой жидкости
- 13) Проводить аллергологические пробы
- 14) Оценить общие клинические и биохимические анализы крови, мочи, слюны

## **Модульное занятие №2**

### **Вопросы к модульному занятию:**

1. Классификация зубных отложений.
2. Механизм образования зубных отложений.
3. Что такое кутикула и пелликула зуба?
4. Средства, предотвращающие образование зубного налета.
5. Классификация зубных отложений.
6. Механизм образования зубных отложений.
7. Факторы, способствующие образованию зубных отложений.
8. Средства, предотвращающие образование зубных отложений.
9. Методы выявления зубных отложений. Растворы, применяемые с этой целью.
10. Методы удаления зубных отложений.
11. Оборудование и инструментарий для удаления зубных отложений.
12. Методики профессиональной гигиены полости рта ультразвуковыми и звуковыми скейлерами.
13. Методика работы с порошкоструйными аппаратами.
14. Анатомическое строение зуба.
15. Гистологическое строение эмали.
16. Гистологическое строение дентина.
17. Общие и местные факторы развития кариеса.
18. Теории возникновения кариеса.
19. Что такое кривая Стефана?
20. Как проводится оценка кариесогенности зубного налета.

## **5 семестр**

### **Модульное занятие №1. Кариес, клиника, диагностика, лечение.**

#### **Вопросы для подготовки к модульному занятию.**

1. Клиника кариеса эмали (K02.0) в стадии пятна
2. Клиника кариеса эмали поверхностного (K02.0) при наличии дефекта в ее пределах
3. Диагностика кариеса эмали (K02.0)
4. Дифференциальная диагностика кариеса эмали (K02.0) в стадии пятна
5. Дифференциальная диагностика кариеса эмали поверхностного (K02.0) при наличии дефекта в ее пределах.

6. Лечение кариеса эмали (K02.0) в стадии пятна и поверхностного.
7. Клиническая картина кариеса дентина K 02.1.
8. Патологическая анатомия кариозного процесса при кариесе дентина K 02.1.
9. Методы диагностики кариеса дентина.
10. Дифференциальную диагностику кариеса дентина.
11. Принципы препарирования кариозных полостей
12. Лечение кариеса дентина.
13. Строение и функции корневого цемента.
14. Схема обследования стоматологического больного.
15. Витальное окрашивание тканей зуба.
16. Оценка степени риска возникновения кариеса корня
17. Клиника, дифференциальная диагностика кариеса цемента.
18. Особенности препарирования кариозных полостей на корне зуба.
19. Пломбировочные материалы для пломбирования полостей на корне зуба.
20. Профилактика осложнений, возникающих в ближайшие и отдаленные сроки после лечения.
21. Основные и дополнительные методы диагностики кариеса зубов.
22. Схема обследования стоматологического больного.
23. Причины возникновения ошибок и осложнений на этапах диагностики кариеса зубов.
24. Требования к заполнению медицинской документации.
25. Ошибки в диагностике кариеса зубов, причины возникновения и меры предупреждения.
26. Ошибки в процессе препарирования кариозных полостей, причины возникновения, способы устранения.
27. Ошибки в процессе медикаментозной обработки и их устранение.
28. Ошибки на этапах пломбирования кариозных полостей, причины возникновения и способы их устранения.
29. Методы диагностики кариеса .
30. Методы обезболивания при лечении кариеса зубов.
31. Особенности препарирования и антисептической обработки глубоких кариозных полостей при лечении кариеса.
32. Особенности пломбирования глубоких кариозных полостей.
33. Пломбировочные материалы для лечебных прокладок, методика пломбирования.
34. Методика пломбирования композиционными материалами светового отверждения.

## **Семестр 5. Модульное занятие №2**

### **Некариозные поражение, возникающие до прорезывания зубов.**

1. Строение зуба.
2. Сроки прорезывания молочных зубов.
3. Сроки прорезывания постоянных зубов.
4. Классификацию некариозных поражений зубов по Патрикееву (1968г.)
5. Классификация некариозных поражений зубов по МКБ-10 (ВОЗ, 1997)
6. Этиологию возникновения гипоплазии.
7. Патологическую анатомию гипоплазии.
8. Клиническую картину гипоплазии.
9. Дифференциальную диагностику гипоплазии.
10. Лечение гипоплазии.
11. Профилактику гипоплазии.
12. Этиологию возникновения эндемического флюороза зубов.
13. Патологическую анатомию эндемического флюороза зубов.

14. Клиническую картину эндемического флюороза зубов.
15. Дифференциальную диагностику эндемического флюороза зубов.
16. Лечение эндемического флюороза зубов.
17. Профилактику эндемического флюороза зубов.
18. Этиологию, патогенез наследственных нарушений твердых тканей зубов.
19. Классификацию наследственных нарушений твердых тканей зубов.
20. Методы диагностики, клинические проявления неполноценного гипопластического амелогенеза.
21. Методы лечения неполноценной эмали зубов
22. Этиологию, патогенез классификацию несовершенного дентиногенеза
23. Клиническую картину несовершенного дентиногенеза 1 типа
24. Клиническую картину наследственного несовершенного дентиногенеза 2 типа (опалесцирующий дентин, дисплазия Капдепона)
25. Клиническую картину корневой дисплазии дентина (дисплазия дентина 1 типа , бескорневые зубы)
26. Клиническую картину коронковой дисплазии дентина (дисплазия дентина 2 типа, дисплазия полости зуба)
27. Клинику наследственных нарушений развития эмали и дентина: одонтодисплазии, очаговой одонтодисплазии
28. Дифференциальную диагностику несовершенного дентиногенеза
29. Лечение несовершенного дентиногенеза
30. Профилактику несовершенного дентиногенеза
31. Аномалии количества зубов
32. Аномалии формы зубов
33. Аномалии размера
34. Аномалии цвета
35. Аномалии положения
36. Аномалии прорезывания

### **Семестр 5. Модульное занятие №3**

#### **Некариозные поражение, возникающие после прорезывания зубов.**

1. Этиологию внешнего окрашивания зубов
2. Причины внутренней пигментации
3. Проявления различных видов пигментаций
4. Способы устранения дисколоритов
5. Профилактику изменений цвета зубов
6. Этиологию патологической стираемости
7. Патогенез стираемости
8. Классификации патологического стирания зубов.
9. Клиническую картину при той или иной степени стирания.
10. Принципы лечения.
11. Профилактику патологической стираемости.
12. Определение клиновидного дефекта
13. Этиологию клиновидного дефекта
14. Патогенез клиновидного дефекта
15. Классификацию клиновидного дефекта
16. Клинические проявления клиновидного дефекта
17. Дифференциальную диагностику клиновидного дефекта
18. Принципы лечения и профилактики клиновидного дефекта
19. Определение эрозии зубов.
20. Клиническое проявление каждой стадии эрозии зубов.
21. Глубину поражения при каждой степени эрозии.
22. Дифференциальную диагностику эрозии эмали.

23. Этапы лечения эрозии
24. Этиологию радиационного некроза.
25. Этиологию компьютерного некроза.
26. Этиологию кислотного некроза.
27. Клинические особенности течения каждого из некрозов.
28. Дифференциальная диагностика некроза твердых тканей зуба.
29. Этапы лечения некроза
30. Классификацию травматических повреждений твердых тканей зубов?
31. Виды вывихов и как клинически они проявляются?
32. Характерные клинические симптомы перелома зуба.
33. Перечислить причины возникновения хронической травмы зубов.
34. Этиологию гиперестезии зубов
35. Патогенез гиперестезии
36. Классификацию гиперестезии
37. Клиническую картину гиперестезии.
38. **Дифференциальную диагностику**
39. **Лечение гиперестезии**
40. Способы осветления зубов
41. Механизм отбеливания
42. Виды отбеливания
43. Показания к проведению отбеливания.
44. Противопоказания к проведению отбеливания.
45. **Способы проведения домашнего отбеливания.**
46. Препараты, используемые для офисного отбеливания
47. Энергетические методы отбеливания зубов.
48. Методика проведения офисного отбеливания
49. **Микроабразия , показания, методика проведения**

#### **Модуль «Кариесология»**

#### **Семестр 6**

#### **Занятие №7**

#### **Модульное занятие №1**

#### **Вопросы к модульному занятию:**

1. Факторы риска возникновения кариеса
2. Методы определения кариесрезистентности эмали
3. Методы определения защитных свойств слюны
4. Особенности течения кариозного процесса в последнее время
5. Дополнительные методы диагностики скрытых кариозных поражений.
6. Основы планирования стоматологического лечения на терапевтическом приеме.
7. Показания к лечению кариеса с учетом возраста пациента, активности кариеса и глубины поражения твердых тканей зубов.
8. Особенности препарирования кариозных полостей и выбора пломбировочных материалов.
9. Методики реминерализующей терапии.
10. Возможности профилактики и лечения кариеса.
11. Показания к лечению кариеса с учетом возраста пациента,
12. активности кариеса и глубины поражения твердых тканей зубов.
13. Методики препарирования кариозных полостей.
14. Особенности препарирования кариозных полостей
15. Выбор пломбировочных материалов.
16. Методики реминерализующей терапии.

17. Способы препарирования кариозных полостей  
Химико-механический способ обработки твердых тканей зубов
19. Лазерное препарирование твердых тканей зубов
20. Воздушно-абразивный способ препарирования кариозной полости
21. Ультразвуковой способ препарирования
22. Принципы препарирования кариозной полости
23. Особенности препарирования твердых тканей зубов при пломбировании композитными материалами.
24. Классификация кариозных полостей по Блэку.
25. Развитие и распространение кариозного процесса в зубе в зависимости от гистологических особенностей эмали и дентина.
26. Этапы обработки кариозной полости.
27. Элементы, составляющие кариозную полость.
28. Требования, предъявляемые к сформированной кариозной полости.
29. Инструменты для обработки кариозных полостей.
30. Фармакологическое действие различных групп антисептиков, используемых в стоматологии
31. Особенности медикаментозной обработки при препарировании полостей различной глубины
32. Особенности меликаментозной обработки при пломбировании различными пломбировочными материалами
33. Немедикаментозная антисептическая обработка кариозных полостей

## **Модуль «Кариесология»**

### **Семестр 6**

#### **Занятие №13**

#### **Модульное занятие №2.**

#### **Вопросы к модульному занятию:**

1. Понятие о реставрации зубов и красоте улыбки.
2. Показания и противопоказания к проведению реставрации зубов.
3. Цветовые оттенки натуральных зубов и реставрационных материалов. Применение современных цветовых шкал.
4. Принципы построения реставраций.
5. Критерии клинической оценки состояния пломб и реставрация. виды микропротезирования.
6. Требования к адгезивным системам
7. Принципы классификации адгезивных систем.
8. Показания к использованию адгезивных систем.
9. Противопоказания к использованию адгезивных систем.
10. Механизм образования связи адгезивных систем с твердыми тканями зуба.
11. Методика работы с современными адгезивными системами .
12. Влияние типа наполнителя на свойства адгезивных систем.
13. Влияние типа растворителя на свойства адгезивных систем.
15. Современные пломбировочные материалы, применяемые для реставрации зубов.
16. Методику восстановления контактного пункта.
17. Этапы эстетической реставрации.

19. Факторы, влияющие на степень тяжести кариозного процесса.
20. Общая патогенетическая терапия кариеса и некариозных поражений.
21. Особенности местной терапии при множественном кариесе.
22. Комплексный подход к лечению кариеса зубов и некариозных поражений твердых тканей зубов.
25. Ошибки при проведении обезболивания.
26. Ошибки при препарировании .
27. Ошибки при пломбировании .
28. Возможные ошибки на окончательных этапах лечения.
29. Осложнения, возникающие после различных ошибок.

## **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. Препарирование кариозных полостей I класса по Блеку, пломбирование «сэндвич-техника».
9. Препарирование кариозных полостей II класса по Блеку.
10. Препарирование кариозных полостей III класса по Блеку.
11. Препарирование кариозных полостей IV класса по Блеку.
12. Препарирование кариозных полостей V, VI класса по Блеку.
13. Методика восстановления контактного пункта при пломбировании полостей II, III, IV классов.
14. Проведение обследования больного, специальные и функциональные методы исследования в стоматологии.
15. Определение тактики ведения стоматологического больного, выявлять стоматологические аспекты в практике врача-стоматолога-терапевта.
16. Выявление этиологических факторов в развитии патологии твердых тканей зуба.
17. Составление плана лечения пациентов с заболеваниями твердых тканей зубов.
18. Проведение диагностики заболеваний твердых тканей зубов, пульпы, периодонта, пародонта и слизистой оболочки рта с использованием дентальной компьютерной томографии, дентинометрии, лазерной доплеровской флоуметрии.
19. Алгоритм проведения реставрации с использованием нанокомпозитных материалов.
20. Алгоритм проведения реставрации с использованием пакуемых композитных материалов, ормоконов.
21. Правила работы со стеклоиономерными цементами.
22. Адгезивная подготовка кариозной полости перед реставрацией.
23. Изоляция зубов: относительная и абсолютная.
24. Матричные системы: назначение, методика применения.
25. Ретракция десны: механическая, химическая, хемомеханическая.
26. Правила полимеризации композитов с применением способов компенсации полимеризационной усадки.
27. Финишная обработка реставрации.
28. Послеоперационная чувствительность: причины, методы предупреждения.
29. Алгоритм изготовления виниры: показания, изготовление прямым методом.
30. Применение силиконового ключа при реставрации.
31. Изготовление мостовидного протеза терапевтом-стоматологом (Мерилэнд-мост). Отбеливание зубов.
32. Розовая эстетика (применение материалов, имитирующих цвет десны).

## Вопросы к экзамену

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

42. Клиника травмы пульпы зуба.
43. Клиника перелома корня зуба.
44. Лечение травмы эмали и дентина.
45. Показания к удалению зуба с переломом корня.
46. Методики лечения повреждений корня зуба.
47. Профилактика травм зуба.
48. Несовершенный амелогенез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
52. Несовершенный дентиногенез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
53. Клиника несовершенного дентиногенеза, диагностика, дифференциальная диагностика.
54. Несовершенный остеогенез. Этиология, патогенез.
55. Несовершенный остеогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
56. Лечение пациентов с наследственными поражениями твердых тканей зубов.
57. Кариес. Определение. Этиология. Классификации кариеса.  
. Механистические концепции происхождения кариеса. Достоинства и недостатки концепций.
58. Биологические концепции происхождения кариеса. Достоинства и недостатки концепций.
59. Рабочая концепция происхождения кариеса (А.И.Рыбаков). Достоинства и недостатки концепции.
60. Современная концепция происхождения кариеса (Е.В.Боровский). Достоинства и недостатки концепции.
61. Классификационные схемы кариеса зуба. Достоинства и недостатки существующих классификаций кариеса.
62. Методика обследования пациентов с кариесом зуба.
63. Показатели распространенности и интенсивности кариеса.
64. Основные методы обследования пациентов с кариесом зубов.
65. Дополнительные методы обследования пациентов с кариесом зубов (термометрическое исследование, витальное окрашивание). Показания и методика проведения.
66. Дополнительные методы обследования пациентов с кариесом зубов (люминесцентное исследование, трансиллюминация). Показания и методика проведения.
67. Дополнительные методы обследования пациентов с кариесом зубов (определение электропроводности твердых тканей зуба, электроодонтометрия). Показания и методика проведения.
68. Дополнительные методы обследования пациентов с кариесом зубов (рентгенография, лазерная флюоресценция (Diagnodent). Показания и методика проведения.
69. Показатели, используемые для прогнозирования кариеса зубов.
70. Дифференциальная диагностика кариеса.  
Кариес эмали (в стадии пятна). Патологическая анатомия кариеса в стадии пятна.
72. Клиника кариеса в стадии пятна (острое и хроническое течение).
73. Методы диагностики кариеса в стадии пятна.
74. Дифференциальная диагностика кариеса в стадии пятна.
75. Методы лечения начального кариеса: реминерализующая терапия, метод инфильтрации (ICON). Показания. Противопоказания.
77. Реминерализующая терапия при кариесе. Показания, обоснование проведения. Методики.
78. Реминерализующие препараты при кариесе: пенки, лаки, мусс, гель, раствор. Состав. Показания к их применению. Методики.
79. Способы проведения реминерализующей терапии: аппликации, электрофорез, полоскания.

80. Методика глубокого фторирования. Показания. Методика проведения.
81. Профилактика кариеса в стадии пятна.
82. Определение поверхностного кариеса. Патологическая анатомия поверхностного кариеса.
84. Методы диагностики и дифференциальная диагностика поверхностного кариеса.
85. Методы обезболивания, используемые при лечении кариеса.
85. Методы лечения поверхностного кариеса.
86. Этапы препарирования при поверхностном кариесе.
87. Этапы пломбирования при поверхностном кариесе.
88. Профилактика развития поверхностного кариеса.
89. Определение среднего кариеса. Патологическая анатомия среднего кариеса.
90. Клиника острого и хронического среднего кариеса.
91. Методы диагностики и дифференциальной диагностики среднего кариеса.
92. Определение глубокого кариеса. Патологическая анатомия глубокого кариеса.
93. Клиника острого и хронического глубокого кариеса.
94. Диагностика и дифференциальная диагностика глубокого кариеса.
95. Этапы препарирования кариозных полостей.
96. Лечение среднего кариеса (острое и хроническое течение).
97. Особенности оперативного лечения глубокого кариеса (острое и хроническое течение).
98. Лечебные прокладки. Классификация. Их назначение, механизм действия.
99. Наложение лечебных прокладок. Показания и методика.
100. Особенности пломбирования кариозных полостей при глубоком кариесе.
101. Определение кариеса цемента. Клиника кариеса цемента.
102. Методы диагностики и дифференциальной диагностики кариеса цемента.
103. Лечение кариеса цемента. Этапы препарирования и пломбирования при лечении кариеса цемента.
104. Осложнения при лечении кариеса зубов.
105. Профилактика развития кариеса цемента.
106. Классификация стоматологических цементов. Краткая характеристика свойств.
107. Стоматологические цементы. Показания к применению, современные представители цементов различных групп.
108. Классификация композитных материалов. Физико-химические свойства.
109. Композитные материалы. Показания к применению, современные представители, методика пломбирования.
110. Амальгамы. Физико-химические свойства. Показания к применению, методика пломбирования.
111. Причины изменения цвета зубов.
112. Поверхностное и внутренне окрашивание зубов, причины. Устранение поверхностного и внутреннего окрашивания зубов.
113. Тетрациклиновое окрашивание, классификация степеней окрашивания. Особенности лечения тетрациклинового окрашивания зубов в зависимости от степени окрашивания.
114. Изменение цвета, связанное с нарушением минерализации в период развития зуба.
115. Возрастные изменения цвета зуба.
116. Окрашивание твердых тканей при кариесе зубов и вследствие его лечения кариеса и его осложнений.
117. Методики устранения окрашивания твердых тканей зубов, вследствие лечения кариеса и его осложнений.
118. Показания к отбеливанию зубов. Противопоказания к отбеливанию зубов. Побочные эффекты, возникающие при отбеливании.
119. Виды отбеливания, положительные и отрицательные стороны.
120. Домашнее отбеливание, системы для проведения отбеливания, методика проведения.

проведения. Ошибки и осложнения.

Этапы эстетической реставрации.

123. Классификация полостей по Блэку, индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), применение при планировании лечения.

124. Методы изоляции рабочего поля при работе с реставрационными материалами.

125. Антисептическая обработка сформированной полости перед реставрацией, методика изоляции пульпы при работе с различными реставрационным материалами

126. Классификация СИЦ по поколениям, по типам, свойства, показания к применению.

127. Методика работы с СИЦ, понятие об ART-технике.

128. Компомеры, свойства, показания к применению, положительные и отрицательные свойства.

129. Адгезивные системы, поколения. Механизм эмалевой и дентинной адгезии. Методика применения адгезивных систем различных поколений.

130. Особенности препарирования и пломбирования полостей I, II, III, IV, V, VI классов.

131. Матричные системы, особенности постановки, выбор в зависимости о клинической ситуации. Клинья, виды.

132. Финишная обработка реставрации. Системы для шлифовки и полировки реставрации. Методика создания микрорельефа.

133. Преимущества и недостатки реставраций прямым методом в сравнении с вкладками.

134. Ретенционные устройства-пины и посты. Показания к применению.

135. Лазерная технология лечения кариеса

136. Анатомическое строение зуба. Гистология эмали.

137. Анатомическое строение зуба. Гистология дентина.

Слюна и ротовая жидкость, состав, функции.

## Учебные задачи

1. В стоматологической поликлинике для терапевтического отделения выделен кабинет в 50 кв. м полезной площади. Сколько врачебных стоматологических установок можно установить при соблюдении гигиенических норм?
2. Во время капитального ремонта помещений терапевтического отделения были изготовлены полы из досок, а стены побелены известью. Какие допущены ошибки и почему?
3. Терапевтическое отделение стоматологической поликлиники имеет 6 рабочих мест при 2-сменной работе. Сколько необходимо иметь наборов стоматологического инструментария при правильно организованной работе?
4. Терапевтическое отделение стоматологической поликлиники оснащено самым современным оборудованием и инструментарием, но не имеет контуров заземления. Может ли функционировать отделение? Почему?
5. Стоматологическая поликлиника имеет центральную стерилизационную, в терапевтическом отделении отсутствует блок для ее реализации. Может ли функционировать отделение?
6. Преподавателем при введении в специальность стоматолога-терапевта не были четко определены цели и задачи пропедевтики терапевтической стоматологии. Можете ли Вы сформулировать эти задачи и выделить из них основные?
7. Кабинет терапевтического отделения оборудован медицинской мебелью. Каковы требования к шкафу с ядовитыми веществами?
8. Во время подготовки рабочего места врача медицинская сестра обнаружила оголенную электропроводку и сообщила врачу. Какова тактика врача?
9. Терапевтическое отделение стоматологической поликлиники оборудовано в соответствии с требованиями, а мед. персонал не прошел инструктаж по технике безопасности. Может ли функционировать отделение? Что для этого необходимо?
10. Кабинет терапевтического отделения оборудован медицинской мебелью. Каковы требования к шкафу с сильнодействующими лекарствами?
11. Эмаль зуба состоит из эмалевых призм, которые, связываясь в пучки (3-5 штук), идут от эмалево-дентинного соединения S-образно до поверхности эмали. Правильно ли это?
12. Различают три слоя пульпы – периферический, или одонтобластический; промежуточный, или субодонтобластический и центральный. Кратко опишите каждый слой.
13. Эмаль зуба развивается из наружных эпителиальных клеток эмалевого органа. Верно ли это?
14. При микроскопическом исследовании шлифа зуба с патологической стираемостью, удаленного по показаниям, некоторые участки дентина выглядят черными. Объясните это явление.
15. В женской консультации наблюдается женщина в период второго триместра беременности с выраженным гестозом (рвота с явлениями обезвоживания). Какие изменения в зубочелюстной системе будущего ребенка можно прогнозировать?
16. Бесклеточный цемент покрывает верхушку корня зуба, а клеточный расположен в начальной части корня и в области бифуркаций корней многокорневых зубов. Верно ли это утверждение?
17. На передней поверхности правого верхнего второго премоляра расположена кариозная полость с поражением средних слоев дентина. Найдите ошибку в описании объективных данных.
18. В медицинской карте стоматологического больного первый моляр левой половины нижней челюсти обозначен 36. Правильно ли это обозначение?
19. Эмалевый орган состоит из трех слоев. Назовите каждый слой и дайте их краткое описание.
20. При гнойных воспалительных заболеваниях пульпы и периодонта зубов верхней челюсти какие региональные лимфатические узлы могут быть увеличены и болезненны?
21. В пришеечной области на щечной поверхности первого моляра нижней челюсти слева имеется небольшая кариозная полость. Выберите вариант формирования полости по классу. Обоснуйте.
22. На щечной поверхности второго моляра верхней челюсти справа ниже экватора коронки располагается небольшая кариозная полость. Выберите вариант формирования полости по классу. Обоснуйте его. Укажите, какое дно необходимо сделать в данной полости?
23. В пришеечной области на губной поверхности верхнего левого моляра сформирована кариозная полость овальной формы. К какому классу относится данная полость?

24. На щечной поверхности в пришеечной области первого нижнего моляра слева имеется сформированная кариозная полость цилиндрической формы, с поражением глубоких слоев дентина. Края полости ровные, стенки отвесные, дно гладкое, плоское. Найдите ошибку на этапах препарирования полости. Укажите, какое осложнение может развиваться в результате ее?
25. В пришеечной области на щечной поверхности левого второго моляра верхней челюсти имеется кариозная полость, распространяющаяся под десну. Десна гипертрофирована, слегка заходит в кариозную полость и сильно кровоточит при дотрагивании. Может ли это помешать правильному формированию полости? Если да, то каким образом? Обоснуйте ответ.
26. При формировании кариозной полости оставлено небольшое количество пигментированных тканей. Правильно ли это? Обоснуйте ответ.
27. В пришеечной области верхнего центрального резца слева имеется кариозная полость. Укажите, как должна выглядеть правильно сформированная придесневая стенка? Какое это имеет значение?
28. У одиночно расположенного нижнего правого второго моляра циркулярным кариесом поражена вся пришеечная область. Какая форма стенок рациональна для лучшей фиксации пломбы?
29. При формировании полости произведено раскрытие кариозной полости, некрэктомия, созданы элементы полости. Допущена ли ошибка при препарировании? В чем она заключается? К каким нежелательным последствиям может привести?
30. На жевательной поверхности верхнего первого моляра имеется неглубокая, но значительная по площади кариозная полость. Укажите, к какому классу по Блеку относится данная кариозная полость. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
31. На щечной поверхности верхнего моляра выше экватора коронки имеется кариозная полость с тонким слоем неповрежденных твердых тканей жевательной поверхности. Укажите класс по Блеку, к которому относится данная кариозная полость. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
32. На небной поверхности верхнего бокового правого резца в области естественной ямки имеется неглубокая кариозная полость. Напишите формулу по ВОЗ и клиническую формулу зуба. Укажите, к какому классу по Блеку относится данная кариозная полость. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
33. На жевательной поверхности нижнего правого второго моляра в области фиссур имеются две неглубокие кариозные полости, разделенные небольшим слоем неповрежденных твердых тканей. Напишите клиническую формулу и формулу по ВОЗ зуба. Укажите класс по Блеку, к которому относится данная кариозная полость. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
34. На щечной поверхности нижнего второго моляра выше экватора коронки зуба имеется кариозная полость с достаточно толстым слоем неповрежденной жевательной поверхности. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
35. На жевательной поверхности нижнего первого премоляра имеется неглубокая кариозная полость. Произведено: некрэктомия и формирование кариозной полости. Укажите ошибки, допущенные на этапах препарирования.
36. На жевательной поверхности верхнего третьего моляра кариозная полость. Произведено: раскрытие и формирование кариозной полости. Укажите ошибки, допущенные на этапах препарирования.
37. На жевательной поверхности верхнего первого моляра находится отпрепарированная кариозная полость: имеются незначительно нависающие края эмали, стенки и дно находятся под углом 90 градусов, стенки имеют шероховатую поверхность, дно плоское. Укажите ошибки, допущенные на этапах препарирования.
38. На жевательной поверхности нижнего первого моляра в области естественных углублений имеются две кариозные полости, разделенные толстым слоем неповрежденных твердых тканей зуба. Укажите класс по Блеку, к которому относятся данные кариозные полости. Выберите вариант препарирования и обоснуйте его.
39. На жевательной поверхности нижнего второго премоляра – кариозная полость. Произведено: раскрытие, расширение кариозной полости и некрэктомия. Укажите ошибки, допущенные на этапах препарирования.  
К каким осложнениям они могут привести?
40. На задней поверхности 27 кариозная полость выше экватора коронки. На жевательной

- поверхности кариозная полость в области пересечения фиссур с распространением кариозного процесса в слепую ямку. Предложите вариант формирования кариозной полости.
41. На передне-жевательной поверхности 16 кариозная полость. Вторая расположена в задней фиссуре. Между ними непораженный эмалевый валик. Ваша тактика при формировании кариозных полостей.
42. Смежные кариозные полости 15 и 14. В 15 кариозная полость и на задней поверхности. На 15 предполагается изготовление коронки под мостовидный протез. Предложите варианты формирования кариозных полостей.
43. При формировании кариозной полости, расположенной на передне-жевательной поверхности 27, переход дна основной полости в дно дополнительной площадки закруглен. Созданы отвесные стенки, плавно переходящие в плотное дно. Найдите допущенные ошибки и дайте обоснование.
44. При формировании кариозной полости, расположенной на задне-жевательной поверхности 24, переход дна основной полости в дно дополнительной площадки под острым углом. Находите ли вы ошибку и какую? Объясните.
45. При формировании кариозной полости, расположенной на передне-жевательной поверхности 27, создана дополнительная площадка на 0,5 – 1,0 мм ниже эмалево-дентинной границы. Дайте оценку сформированной кариозной полости.
46. Форма коронки приближается к прямоугольной. На жевательной поверхности два бугра – щечный и язычный. Поперек её проходит глубокая бороздка, разделяющая их. Корни сдавлены в передне-заднем направлении, зуб имеет 2 корня – щечный и язычный. Определите анатомическую принадлежность зуба.
47. Коронка округлой формы, имеет два бугра, из которых щечный больше язычного. Бороздка, разделяющая бугры, расположена ближе к язычному бугру. Корень овальный, на передней и задней поверхностях имеются бороздки. Часто коронка и корень расположены по отношению друг к другу под тупым углом. Определите анатомическую принадлежность зуба.
48. На жевательной поверхности два бугра одинаково хорошо развиты. Между буграми – глубокая бороздка, часто от нее отходит дополнительная бороздка, которая делит язычный бугор на два, превращая зуб в трехбугорковый. Корень конусовидный, один канал, иногда в верхушечной трети происходит разветвление канала. Определите анатомическую принадлежность зуба.
49. На жевательной поверхности два бугра одинаковой величины. Корень один, имеет конусовидную, слегка уплощенную форму и лишь в редких случаях расщепляется на два. Канал один, с устьем воронкообразной формы, нередко бывает два канала. Определите анатомическую принадлежность зуба.
50. Врач при замешивании водного дентина одной порцией прибавил к дистиллированной воде шпателем порошок дентина. В результате получилась густая масса. К этой густозамешанной массе он добавил ещё немного дистиллированной воды. Найдите ошибки врача.
51. 2. Закрывая лекарственное вложение в кариозной полости, врач несколько раз гладилкой вносил приготовленную массу – консистенции густой сметаны. В результате временная пломба раскрошилась. Почему?
52. 3. Закрыв лекарственное вложение в кариозной полости водным дентином, врач ватным шариком убрал излишки с поверхности пломбы, оставив их в межзубном промежутке на десне. Могут ли возникнуть осложнения?
53. 4. В кариозной полости врач оставил тампон с сильнодействующим лекарственным вложением в жидком виде и одной порцией закрыл масляным дентином. Какая допущена ошибка?
54. 5. Пломбируя кариозную полость по I классу, врач использовал дентин – пасту в качестве изолирующей прокладки под амальгаму. Допущена ли ошибка? Объясните.
55. 6. Накладывая лечебную прокладку из кальмецина, врач гладилкой внес пластическую массу в кариозную полость по II классу толщиной 4 мм. до краев полости, не соблюдая форму полости. Где врач допустил ошибку в пломбировании? Возможные осложнения?
56. 7. Больному Т. с аллергическим общим фоном врач по поводу глубокого кариеса 36 зуба наложил лечебную прокладку из «Кариосана» на дно и стенки полости до краев, после затвердевания запломбировал композитом. Допущены ли ошибки и на каком этапе?
57. Поликарбоксилатный цемент Adhesor Carbofine наложен врачом в кариозную полость 15 зуба по

- поводу среднего кариеса по II классу толщиной – 4 мм до краев полости с нарушением её формы и с последующим пломбированием композитом. Допущены ли ошибки при работе?
58. При глубоком кариесе 26 зуба с повышенной чувствительностью на термические и химические раздражители, врач после препарирования кариозной полости по II классу наложил прокладку на дно и стенки до эмалево – дентинной границы из стеклоиономерного цемента. Дентис толщиной 1 – 2 мм с последующим пломбированием композитом. Но на 2<sup>й</sup> день больной обратился к врачу с жалобами на реакцию зуба на все виды раздражителей. Объясните, где врач допустил ошибку?
59. При наличии глубокого кариеса в 33 зубе, врач после препарирования кариозной полости нанес изолирующий лак кисточкой в 3 слоя, который затвердел под струей воздуха, наложил лечебную прокладку из Эвгедента – П, провел пломбирование композиционным материалом. Допустил ли врач ошибки в работе?
60. При лечении среднего кариеса 21 зуба сформирована кариозная полость по IV классу. Проведена медикаментозная обработка. Дефект устранен силицин-цементом. Правильно ли проведено пломбирование? Ответ обоснуйте.
61. Проводится пломбирование кариозной полости 36 зуба по II классу с дополнительной площадкой. Проведена медикаментозная обработка. На дно основной полости наложена фосфат-цементная прокладка. Пломба из силицин-цемента. Есть ли ошибки? Ответ обоснуйте.
62. В 25 зубе на жевательной поверхности цементная пломба с шероховатой поверхностью завышает прикус. Через какое время можно проводить окончательную отделку из цементных пломб? Опишите технику отделки цементных пломб.
63. На задне-жевательной поверхности 47 зуба кариозная полость, переходящая на цемент корня. Отпрепарирована и сформирована полость по II классу. Какой группе цемента следует отдать предпочтение при выборе пломбировочного материала для постановки постоянной пломбы? Ответ обоснуйте.
64. В 26 зубе обширная кариозная полость с тонкими стенками. Зуб депульпирован. Наложена фосфат-цементная прокладка, пломба из серебряной амальгамы. Допущена ли ошибка при пломбировании? Ответ обоснуйте.
65. Верхние фронтальные зубы покрыты золотыми коронками. При лечении 33 зуба по поводу среднего кариеса наложена фосфат-цементная прокладка и пломба из серебряной амальгамы. Правильно ли выбран пломбировочный материал? Ответ обоснуйте.
66. Проводится пломбирование кариозной полости 27 зуба серебряной амальгамой. В сформированную полость по I классу гладилкой одной порцией внесена пломбировочная масса. Проведена конденсация амальгамы ватным тампоном. Нарушена ли техника пломбирования? Ответ обоснуйте.
67. При лечении 36 зуба по поводу среднего кариеса была сформирована полость на заднежевательной поверхности по II классу. После медикаментозной обработки и высушивания полости наложена изолирующая прокладка, поставлена пломба. Через три месяца пациент обратился с жалобами на боль в области вылеченного зуба. При осмотре обнаружено воспаление десневого сосочка между 36 и 37 зубами. Какая ошибка допущена при пломбировании? Что необходимо сделать для ее исправления?
68. Во время лечения 47 зуба по поводу кариеса была сформирована полость по МОДП и запломбирована композиционным материалом с использованием матрицы. Через несколько дней больной обратился с жалобами на задержку пищи между 47 и 46 зубами, а также между 47 и 48 зубами. В чем причина ретенции пищи между зубами? Как предотвратить подобное осложнение?
69. Пломбируется неглубокая кариозная полость V класса 12 зуба. Проведена медикаментозная обработка, наложена фосфат-цементная прокладка до эмалево-дентинной границы. Постоянная пломба из галлодента. Шлифовка и полировка пломбы на следующий день. Допущены ли ошибки? Ответ обоснуйте.

## **Ситуационные задачи**

### **Задача №1**

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

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

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

### **Задача №2**

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

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

### **Задача №3**

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

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы обследования.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.

5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

#### **Задача №4**

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Какой класс кариозной полости по Блэку?

3. Назовите дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Какие пломбировочные материалы следует использовать?

#### **Задача № 5**

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Какой класс кариозной полости по Блэку?

3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?

4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?

5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

#### **Задача № 6**

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

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

1. Поставьте диагноз.

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

#### **Задача №7**

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

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

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

#### **Задача №8**

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

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

#### **Задача №9**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по

поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас».

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

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

### **Задача №10**

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

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

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

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

### **Задача №11**

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?

- 3.Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Какое обезболивание следует провести?
- 5.Каким материалом целесообразнее восстановить данный дефект?

### **Задача №12**

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

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

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

### **Задача №13**

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

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

### **Задача №14**

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

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

- 1.Какое назубное отложение имеет место?

2.С помощью каких инструментов можно провести удаление данного зубного отложения?

3.Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного налета?

4.Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

5.Что может скрывать налет курильщика?

### **Некариозные поражения твердых тканей зуба**

#### **Задача № 15**

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

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

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите диф.диагностику.

3.Назначьте лечение.

4.Назовите меры профилактики при данной патологии.

5.Что явилось причиной развития заболевания?

#### **Задача № 16**

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

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

1.Назовите наиболее вероятный диагноз.

2.Проведите дифдиагностику.

3.Назовите наиболее вероятную причину таких изменений твердых тканей зуба.

4.Какие дополнительные методы обследования можно провести?

5.Назначьте лечение.

#### **Задача № 17**

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

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

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

### **Задача № 18**

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

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

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

### **Задача № 19**

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

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

### **Задача № 20**

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

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

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

### **Задача № 21**

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

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

### **Задача № 22**

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

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

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

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

5. Назначьте лечение.

### **Задача № 23**

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

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите диф. диагностику.

3. Объясните этиологию этого заболевания.

4. Назначьте лечение.

5. Укажите методы профилактики этого заболевания.

### **Задача № 24**

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

1. Поставьте диагноз.

2. Какое общее лечение можно назначить?

3. Какие физиопроцедуры необходимы при данной патологии?

4. Какими препаратами можно проводить местное лечение?

5. Почему не целесообразно проводить местное лечение 30% водным раствором нитрата серебра?

### **Задача № 25**

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите диф. диагностику.

3. Составьте план лечения.

4. Назовите пломбировочные материалы для восстановления дефекта коронки.

5. Назовите методы коррекции цвета зуба.

### **Задача № 26**

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите диф. диагностику.

3. Укажите классификацию переломов зуба ВОЗ.

4. Составьте план лечения.

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

### **Эталоны тестовых заданий**

по дисциплине **Стоматология: Кариесология и заболевания твердых тканей зубов**  
для \_\_\_\_\_ студентов 2,3 курса \_\_\_\_\_

по специальности 31.05.03. Стоматология

**01. Классификация кариозных полостей по Black включает**

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

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

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

**03. Пришеечные полости относятся к классу по Black**

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

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

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

**05. Кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров относятся к классу по Black**

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

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

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

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

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

**08. Иммунные зоны зуба располагаются**

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

**09. Препарирование кариозной полости включает**

- 1) обезболивание, некрэктомию, финирирование, расширение кариозной полости
- 2) расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование, медикаментозную обработку
- 3) раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование кариозной полости, финирирование краев эмали

**10. Элементы кариозной полости**

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

**11. Высушенная поверхность кариозного белого пятна**

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

**12. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны**

- 1) на стабильности эмали
- 2) на уменьшении проницаемости эмали
- 3) на увеличении проницаемости эмали
- 4) на изменении оптических свойств эмали

**13. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**

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

**14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**

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

**15. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**

- 1) с кариесом в стадии пятна
- 2) с клиновидным дефектом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с хроническим фиброзным пульпитом
- 5) с глубоким кариесом

- 16. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**
- 1) распада и деминерализации
  - 2) деструкции эмали
  - 3) подповерхностной деминерализации
  - 4) прозрачного и интактного дентина
  - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.
- 17. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
  - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
  - 3) образованием заместительного дентина
- 18. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
  - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
  - 3) со средним кариесом
  - 4) с острым очаговым пульпитом
  - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 19. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
  - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
  - 3) только при наличии раздражителя
- 20. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонтотропным и антисептическим действием, содержат**
- 1) кортикостероиды
  - 2) антибиотики
  - 3) нестероидные противовоспалительные препараты
  - 4) гидроокись кальция
- 21. Обследование стоматологического больного проводится**
- 1) в приемном отделении больницы
  - 2) в перевязочной городской поликлиники
  - 3) в стоматологической поликлинике
- 22. Обследование стоматологического больного начинают**
- 1) с осмотра полости рта
  - 2) с внешнего осмотра больного
  - 3) с пальпирования лимфатических узлов
  - 4) с рентгенологического обследования
- 23. Основной метод обследования стоматологического больного**
- 1) рентгенологический
  - 2) клинический
  - 3) цитологический
  - 4) лабораторный
- 24. Обследование стоматологического больного проводится**
- 1) врачом-терапевтом
  - 2) рентгенологом
  - 3) стоматологом

- 25. Зачаток зуба до минерализации на рентгенограмме проецируется**
- 1) в виде участка затемнения с четкими контурами
  - 2) в виде участка затемнения с нечеткими контурами
  - 3) на рентгенограмме не выявляется
- 26. Интенсивность поражений кариесом определяется индексом**
- 1) СРITN
  - 2) КПУ
  - 3) GI
  - 4) ПМА
- 27. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют**
- 1) реактив Шиллера–Писарева
  - 2) раствор йодистого калия
  - 3) 2% раствор метиленового синего
- 28. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является**
- 1) наличие размягченного и пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
  - 2) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
  - 3) наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
- 29. Дном кариозной полости принято считать поверхность**
- 1) вертикальную
  - 2) обращенную к пульпе
  - 3) горизонтальную
- 30. Удаление смазанного слоя проводят**
- 1) кислотами
  - 2) щелочами
  - 3) водой
  - 4) высушиванием
- 31. Детекторы кариеса окрашивают**
- 1) внутренний слой кариозного дентина
  - 2) наружный слой кариозного дентина
- 32. Протравливание эмали и дентина проводится**
- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
  - 2) для усиления краевого прилегания
  - 3) для удаления смазанного слоя
- 33. Временные пломбировочные материалы должны**
- 1) обеспечивать герметичное закрытие полости зуба
  - 2) быть устойчивыми к истиранию
  - 3) соответствовать по внешнему виду естественным зубам
  - 4) легко вводиться и выводиться из полости

**34. Материалы для изолирующих прокладок должны**

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

**35. Материалы для лечебных прокладок должны**

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

*Установите соответствие*

**36. Классификация постоянных пломбировочных материалов**

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

**37. Композитный пломбировочный материал          Размер частиц**

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

**38. Основой современных композитных материалов является**

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

**39. Зоны кариозного пятна**

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

**40. Сохранение наружного слоя эмали обусловлено**

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

**41. Классификация кариеса, распространенная на территории РФ**

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

**42. Кариесрезистентность – это**

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

**43. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать**

- 1) CPITN
- 2) ИДЖ
- 3) РМА
- 4) КПУ
- 5) УИГ

**44. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается**

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

**45. Наибольшим кариесогенным действием обладают**

- 1) лактобациллы
- 2) фузобактерии
- 3) Str.mutans
- 4) Str.sungvis
- 5) Str.salivaris

**46. Зоны кариозного пятна**

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

**47. Сохранение наружного слоя эмали обусловлено**

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

**48. Методы диагностики кариеса в стадии пятна**

- 1) окрашивание и ЭОД
- 2) ЭОД и рентгенография
- 3) рентгенография и термодиагностика
- 4) термодиагностика и трансиллюминационный метод
- 5) трансиллюминационный метод и окрашивание

**49. Высушенная поверхность кариозного белого пятна**

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

**50. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны**

- 1) на стабильности эмали
- 2) на уменьшении проницаемости эмали
- 3) на увеличении проницаемости эмали
- 4) на изменении оптических свойств эмали

**51. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**

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

**52. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**

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

**53. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**

- 1) с кариесом в стадии пятна
- 2) с клиновидным дефектом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с хроническим фиброзным пульпитом
- 5) с глубоким кариесом

**54. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**

- 1) распада и деминерализации
- 2) деструкции эмали
- 3) подповерхностной деминерализации
- 4) прозрачного и интактного дентина
- 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.

- 55. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
  - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
  - 3) образованием заместительного дентина
- 56. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
  - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
  - 3) со средним кариесом
  - 4) с острым очаговым пульпитом
  - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 57. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
  - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
  - 3) только при наличии раздражителя
- 58. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонтотропным и антисептическим действием, содержат**
- 1) кортикостероиды
  - 2) антибиотики
  - 3) нестероидные противовоспалительные препараты
  - 4) гидроокись кальция
- 59. Пломбировочный материал, защищающий дентин, должен**
- 1) предотвращать движение жидкости в дентинных канальцах и герметично их закрывать
  - 2) свободно пропускать дентинную жидкость
  - 3) быть температурным и химическим изолятором
  - 4) повышать проницаемость дентина
- 60. Протравливание эмали и дентина проводится**
- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
  - 2) для усиления краевого прилегания
  - 3) для устранения смазанного слоя
- 61. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят**
- 1) с гипоплазией
  - 2) с поверхностным кариесом
  - 3) с эрозией
  - 4) с флюорозом
- 62. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят**
- 1) с гипоплазией
  - 2) с эрозией твердых тканей
  - 3) со средним кариесом
  - 4) с клиновидным дефектом
  - 5) с флюорозом
- 63. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится**
- 1) с кариесом в стадии пятна
  - 2) с клиновидным дефектом
  - 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
  - 4) с хроническим фиброзным пульпитом
  - 5) с глубоким кариесом

- 64. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны**
- 1) распада и деминерализации
  - 2) деструкции эмали
  - 3) подповерхностной деминерализации
  - 4) прозрачного и интактного дентина
  - 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.
- 65. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется**
- 1) некрозом пульпы
  - 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
  - 3) образованием заместительного дентина
- 66. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится**
- 1) с истиранием
  - 2) с хроническим фиброзным пульпитом
  - 3) со средним кариесом
  - 4) с острым очаговым пульпитом
  - 5) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 67. При кариесе пациенты жалуются на боль**
- 1) самопроизвольную
  - 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
  - 3) только при наличии раздражителя
- 68. Пятна при флюорозе локализуются**
- 1) по режущему краю
  - 2) по всей поверхности коронки зуба
  - 3) в области шейки зуба
- 69. «Муаровая» эмаль характерна**
- 1) для эрозии
  - 2) для кариеса в стадии пятна
  - 3) для системной гипоплазии
  - 4) для несовершенного амелогенеза
  - 5) для флюороза
- 70. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен**
- 1) уменьшением межпризмных пространств, зонами гипоминерализации
  - 2) увеличением межпризмных пространств, зонами гиперминерализации
  - 3) увеличением межпризмных пространств, зонами гипо- и гиперминерализации
- 71. По характеру наследования моногенные болезни можно разделить на следующие группы**
- 1) доминантные
  - 2) аутосомно-доминантные
  - 3) рецессивные
  - 4) аутосомно-рецессивные
  - 5) сцепленные с полом

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

**82. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов**

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

**83. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания**

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

**84. Системность поражения зубов всегда характерна**

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

**85. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов**

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

**86. Клинические формы системной гипоплазии**

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

**87. Дифференциальный диагноз системной гипоплазии проводят**

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

**88. Предельно-допустимое содержание фтора в питьевой воде**

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

**89. Формы флюороза без потери тканей**

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

**90. Формы флюороза, протекающие с потерей ткани**

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

**91. Пятна при флюорозе локализуются**

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

**92. «Муаровая» эмаль характерна**

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

**93. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен**

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

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

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

**95. Эрозии твердых тканей локализуются**

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

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

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

**97. Для эрозии характерна деминерализация**

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

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

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

**99. Третьей степени стирания зубов (по Бракко) соответствует**

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

**100. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе**

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

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

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

**Установите соответствие**

**102. Поражение твердых тканей зубов, возникающее**

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

**103.Зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье являются разновидностью**

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

**104.У зубов Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье отмечается недоразвитие**

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

**105.Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются**

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

**106. Причиной местной гипоплазии эмали являются**

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

**107.Препараты тетрациклинового ряда стараются не назначать детям в возрасте**

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

**108.Поражение зубов при флюорозе относят**

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

**109.Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функций**

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

**110.Для дифференциальной диагностики флюороза дополнительно проводят**

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

**111.Пятнистую форму флюороза дифференцируют**

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

**112.Отбеливание при флюорозе целесообразно проводить при формах**

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

**113.Профилактика флюороза включает**

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

**114.Профилактику флюороза проводят в возрасте**

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

**115.Овальная форма поражения твердых тканей зубов характерна**

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

**116.Дефекты при патологической стираемости зубов локализуются на поверхности**

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

**117.Профилактика эрозии эмали включает**

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

**118.Эрозия твердых тканей зубов может поражать**

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

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

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

**120. К МАКРОНАПОЛНЕННЫМ КОМПОЗИЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:**

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

г) Fuji IX

121. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

122. ФИНИШНАЯ СВЕТОВАЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ:

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

123. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРАВИЛЬНОСТЬ ПОЛИРОВАНИЯ РЕСТАВРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

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

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

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

125. ПРИ ВЫБОРЕ ЦВЕТА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ:

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

126. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

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

127. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

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

128. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ ФОТОКОМПОЗИТНОЙ ПЛОМБЫ:

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

129. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

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

130. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ:

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

131. ПОВЕРХНОСТЬ ДЕНТИНА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕНТИННЫМ АДГЕЗИВОМ С ЦЕЛЬЮ:

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

132. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ 5 ПОКОЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ:

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

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

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

134. ТЕКУЧИЕ КОМПОЗИТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ

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

135. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

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

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

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

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

137. НЕДОПУСТИМЫЕ СОЧЕТАНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

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

138. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС

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

139. ТРАВЛЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ:

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

140. ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

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

141. ВРЕМЯ ТВЕРДЕНИЯ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

142. К КОМПОЗИТАМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

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

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

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

144. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

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

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

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

146. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОКОМПОЗИТОВ:

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

147. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

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

148. ПОВЕРХНОСТЬ ДЕНТИНА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕНТИННЫМ АДГЕЗИВОМ С ЦЕЛЬЮ:

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

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

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

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

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

г) протравливающая система

151. РЕЗУЛЬТАТ ОБЪЕМНОЙ УСАДКИ ФОТОКОМПОЗИТА

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

152. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

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

153. Лампы галогенового света используют для:

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

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

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

155. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

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

156. К бондинговым системам относятся:

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

157. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

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

158. К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ОТНОСЯТСЯ:

- а) кальмецин

- б) life
- в) calci pulpe
- г) верно все перечисленное

159. В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

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

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

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

161. МЕТОД ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРЕДЛОЖИЛ:

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

162. ТРЕБОВАНИЕ К ЛЕЧЕБНЫМ ПОДКЛАДОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ

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

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

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

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

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

165. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

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

166. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

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

167. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

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

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

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

169. НЕДОПУСТИМЫЕ СОЧЕТАНИЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

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

170. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ОТВЕРЖДЕНИЯ КОМПОЗИТОВ ЛЕЖИТ ПРОЦЕСС

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

171. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОСТОИНСТВА ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ:

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

172. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

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

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

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

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

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

175. К МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ I КЛАССА ОТНОСЯТСЯ:

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

176. ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ:

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

177. НЕПРАВИЛЬНОЕ СКАШИВАНИЕ И СГЛАЖИВАНИЕ ЭМАЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

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

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

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

179. ПРАЙМЕР - ЭТО ВЕЩЕСТВО:

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

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

- а) макронаполненным

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

181. НАЛИЧИЕ СЛИШКОМ ТОЛСТОГО СЛОЯ АДГЕЗИВА СПОСОБСТВУЕТ:

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

182. ВНЕСЕНИЕ КОМПОЗИТА ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

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

183. УКАЖИТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РЕСТАВРАЦИИ:

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

184. ОСНОВНАЯ ФОРМА ВЫПУСКА СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ:

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

185. МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА - ЭТО

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

186. К ТЕКУЧИМ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМ КОМПОЗИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

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

187. ДЕЙСТВИЯ ДЕНТИННОГО АДГЕЗИВА НА ДЕНТИН

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

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

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

189. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ:

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

190. АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5 ПОКОЛЕНИЯ СОДЕРЖАТ ПРАЙМЕР И АДГЕЗИВ:

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

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

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

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

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

193. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОСТОИНСТВА ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ:

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

194. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОМЕРОВ:

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

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

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

196. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

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

197. ЛЕЧЕБНАЯ ПРОКЛАДКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ:

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

198. ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОКЛАДКИ:

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

199. ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

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

200. ВЫЯВИТЬ УЧАСТОК ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОЗВОЛЯЕТ:

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