

Эмалевая призма основным структурным элементом эмали:

- 1) является;
- 2) не является.

У первых моляров нижней челюсти чаще встречается:

- 1) 2 корня (медиальный и дистальный) и 2 хорошо проходимых корневых канала;
- 2) 3 корня (дистальный, щёчный и язычный) и 3 хорошо проходимых корневых канала;
- 3) 2 корня (дистальный и медиальный) и 3 корневых канала: дистальный, медиально-щёчный и медиально-язычный.

Строение неороговевающего эпителия слизистой оболочки полости рта:

- 1) базальный и роговой;
- 2) базальный и шиповидный;
- 3) шиповидный и зернистый.

Показания для использования герметиков:

- 1) профилактика кариеса фиссур;
- 2) флюороз;
- 3) гипоплазия эмали.

Органическая основа современных композиционных материалов – это:

- 1) малеиновая кислота;
- 2) смесь акриловых и эпоксидных смол (BIS-GMA);
- 3) полиметилметакрилат;
- 4) акриловый полимер.

Выберите наиболее предпочтительный пломбировочный материал для лечения острых форм кариеса:

- 1) амальгама;
- 2) силикатные цементы;
- 3) стеклоиономерные цементы;
- 4) композиционные материалы.

Выберите характеристику свойств адгезива к дентину:

- 1) гидрофильное вещество для дентина;
- 2) гидрофобное вещество для дентина.

Основным свойством ЭДТА является:

- 1) антисептическое действие;
- 2) деминерализирующее действие;
- 3) увлажнение канала.

Какой показатель pH слюны в норме:

- 1) 5,3;
- 2) 8,5;
- 3) 6,8;
- 4) 11,0.

Для полноценной очистки всех поверхностей зубов необходимо провести:

- 1) индивидуальную гигиену полости рта зубной щеткой и пастой;

- 2) индивидуальную гигиену полости рта, включая ополаскиватель;
- 3) профессиональную гигиену.

Инфильтрационная анестезия малоэффективна в области:

- 1) верхних моляров;
- 2) верхних премоляров;
- 3) нижних резцов;
- 4) нижних моляров.

Комбинация местного анестетика с вазоконстриктором даёт:

- 1) увеличение токсичности анестетика;
- 2) уменьшение токсичности анестетика;
- 3) не влияет на токсичность.
- 4)

К какой группе некариозных заболеваний относится синдром Стентона-Капдепона:

- 1) наследственная патология /несовершенный дентиногенез/;
- 2) наследственная патология /несовершенный амелогенез/;
- 3) наследственная патология /несовершенный амело-дентиногенез/;
- 4) разновидность флюороза.

Основные клинические формы гипоплазии зубов:

- 1) пятнистая, эрозивная, бороздчатая;
- 2) деструктивная;
- 3) генерализованная;
- 4) некротическая.

К индивидуальным методам профилактики кариеса относятся:

- 1) полоскания полости рта раствором фтористого натрия 0,2%;
- 2) полоскания полости рта раствором хлористого натрия;
- 3) проведение электрофореза препаратами калия;
- 4) полоскания полости рта 0,5% раствором хлорида кальция.
- 5)

Укажите наиболее достоверный способ диагностики кариеса I класса по Блеку:

- 1) осмотр и зондирование;
- 2) транслюминисценция;
- 3) рентгенодиагностика;
- 4) электроодонтометрия.

Жалобы, максимально соответствующие клинике среднего кариеса:

- 1) боль на термические раздражители, дно кариозной полости болезненное при зондировании;
- 2) жалоб нет, дно кариозной полости болезненное при зондировании;
- 3) жалоб нет, дно кариозной полости безболезненное при зондировании;
- 4) реакция на химические раздражители, дно кариозной полости болезненное при зондировании.

При препарировании кариозных полостей эмаль, лишенная дентина, иссекается:

- 1) в полостях I класса;
- 2) в полостях I и II классов;
- 3) в полостях III класса;
- 4) в полостях III и IV классов.

Устройство, максимально способствующее созданию контактного пункта:

- 1) матрицедержатель;
- 2) прямой клин;
- 3) изогнутый клин;
- 4) гладилка contact pro.

Укажите материалы, наиболее рациональные для пломбирования пришеечных полостей:

- 1) группа силикатных цементов;
- 2) силико-фосфатная группа стоматологических цементов;
- 3) композиты химического отверждения;
- 4) компомеры.

Стадия обострения свойственна пульпиту:

- 1) острому;
- 2) хроническому.

Полость зуба не вскрыта при пульпите:

- 1) хроническом язвенно-некротическом;
- 2) острым серозно-гнойном;
- 3) острым гнойно-некротическом.

Какие данные электроодонтометрии характерны для острого серозно-гнойного пульпита:

- 1) 20-30 мкА;
- 2) 30-50 мкА;
- 3) 60-90 мкА.

Лечебную подкладку с гидроксидом кальция применяют при:

- 1) острым серозно-гнойном пульпите;
- 2) острым гнойно-некротическом пульпите;
- 3) обострении хронического пульпита.
- 4)

Расширение полости зуба при эндодонтическом лечении проводят с целью:

- 1) улучшения фиксации пломбы;
- 2) улучшения доступа к корневым каналам;
- 3) удаления коронковой пульпы.

Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах хронического периодонтита:

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

Тактика при полном вывихе постоянного зуба:

- 1) реплантация;
- 2) ревизия лунки;
- 3) эндодонтическая обработка зуба, реплантация, шинирование;
- 4) реплантация, шинирование.

При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:

- 1) до физиологического верхушечного отверстия;
- 2) за анатомическое верхушечное отверстие.

Отметьте реакцию зуба на зондирование и холододовый раздражитель при хроническом верхушечном периодонтите в стадии обострения:

- 1) полость зуба вскрыта, зондирование болезненное в одной точке, холод вызывает приступ боли;
- 2) полость зуба вскрыта, зондирование болезненное, реакции на холод нет;
- 3) полость зуба широко вскрыта, зондирование безболезненно, боль стихает под действием холода;
- 4) полость зуба вскрыта, зондирование безболезненное, на холод не реагирует.

Жалобы пациента при хроническом фиброзном периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 1) на постоянную пульсирующую боль;
- 2) при этом виде периодонтита как правило пациенты жалоб не предъявляют;
- 3) на кратковременные, самопроизвольные боли.

Жалобы пациентов при хроническом гранулирующем периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на постоянную пульсирующую боль;
- 3) на кратковременную пульсирующую боль;
- 4) на неприятные ощущения в зубе и боль ноющего характера.

Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита:

- 1) над- и поддесневой камень;
- 2) ошибки пломбирования кариозных полостей и протезирования;
- 3) наличие зубной бляшки вследствие плохой гигиены.

При лёгкой степени хронического генерализованного пародонтита имеются карманы:

- 1) пародонтальные до 6 мм;
- 2) ложные;
- 3) пародонтальные до 3-4 мм;
- 4) не имеются.

Клинические признаки пародонтоза:

- 1) отсутствие воспалительных явлений при наличии пародонтальных карманов;
- 2) гиперемия десны и гноетечение из пародонтальных карманов;
- 3) обнажение и гиперестезия шеек зубов, рецессия десны, отсутствие воспаления, зуд, жжение в дёснах.

Избирательное шлифование зубов проводится:

- 1) при пародонтозе;
- 2) при пародонтите тяжёлой степени;
- 3) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы;
- 4) при обострении различных форм заболеваний пародонта.

Гепарин в пародонтологии используют как средство:

- 1) эпителизирующее;
- 2) противоотёчное;
- 3) поверхностносклерозирующее;
- 4) кровоостанавливающее.

Акантолитические клетки находят в цитологическом препарате при:

- 1) многоформной экссудативной эритеме;
- 2) красном плоском лишае;
- 3) вульгарной пузырчатке;

4) остром герпесе.

Ярко-красный полированный язык выявляется при:

- 1) многоформной экссудативной эритеме;
- 2) десквамативном глоссите;
- 3) пернициозной анемии;
- 4) скарлатине.

Диагноз «язвенно-некротический стоматит Венсана» подтверждает метод исследования:

- 1) цитологический;
- 2) серологический;
- 3) бактериологический;
- 4) иммунологический.

При лечении кандидоза назначают:

- 1) противомикробные препараты;
- 2) эпителизирующие средства;
- 3) ферментативные препараты;
- 4) полиеновые антибиотики.

Что включает в себя понятие «пародонт»:

- 1) десна и круговая связка зуба;
- 2) периодонт, десна, надкостница, зуб;
- 3) десна, костная ткань альвеолы, периодонт, цемент.

Пульпа – это:

- 1) волокнистая соединительная ткань;
- 2) специализированная рыхлая соединительная ткань;
- 3) специфическая ткань внутренней среды организма.

Неороговевающим эпителием в полости рта выстланы:

- 1) альвеолярная десна, слизистая щёк, переходная складка;
- 2) мягкое нёбо, слизистая щёк, переходная складка, дно полости рта и нижняя поверхность языка;
- 3) альвеолярная десна, твёрдое и мягкое нёбо, нижняя поверхность языка.

Основное преимущество стоматологических цементов на основе полиакриловой кислоты:

- 1) образование химического (истинного) соединения с твердыми тканями зуба;
- 2) соответствие цвету тканей зуба;
- 3) отсутствие постпломбирочных болей
- 4) высокое сопротивление жевательной нагрузке.

Хорошо шлифуются, полируются композиты:

- 1) микронаполненные;
- 2) макронаполненные;
- 3) компомеры.

Клинический эффект лечебных подкладок на основе гидроксида кальция обусловлен:

- 1) нейтральным pH;
- 2)  $\text{pH} = 2-4$ ;
- 3)  $\text{pH} = 11-14$
- 4) хорошим изолирующим эффектом.

Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:

- 1) микроретенции;
- 2) химического взаимодействия;
- 3) адгезии.

Время протравливания эмали перед пломбированием композиционными материалами у лиц молодого возраста:

- 1) 15 сек;
- 2) 60 сек;
- 3) 2 мин.
- 4)

Проницаемость эмали под действием раствора глюконата кальция:

- 1) Повышается;
- 2) Понижается;
- 3) не изменяется.

Какой зубной щетке следует отдавать предпочтение:

- 1) с синтетической щетиной;
- 2) с натуральной щетиной;
- 3) с комбинированной щетиной;
- 4) не имеет значения.

У каких современных местных анестетиков меньше выражено сосудорасширяющее действие:

- 1) лидокаин;
- 2) артикаин;
- 3) тримекаин;
- 4) мепивакаин.

Противопоказаниями для инъекционного обезболивания является:

- 1) сердечная декомпенсация;
- 2) обширный очаг воспаления в месте инъекции;
- 3) аллергия;
- 4) всё вышеперечисленное.

Какое минимальное количество зубов поражается при местной гипоплазии:

- 1) 1 зуб;
- 2) 2 зуба;
- 3) 3 зуба;
- 4) 4 зуба.

Основные клинические признаки флюороза зубов:

- 1) хаотичность расположения пятен, эрозий, крапинок и их пигментации;
- 2) симметричность поражений на одноименных зубах;
- 3) отсутствие пигментации на зубах;
- 4) наличие кариеса зубов и некариозных дефектов в большом количестве.

Комплексное лечение флюороза зубов (пятнистая и меловидно-крапчатая формы) начинать предпочтительно:

- 1) с отбеливания зубов специальными препаратами;

- 2) с отбеливания зубов специальными препаратами и комплексной реминерализующей терапии;
- 3) с пломбирования зубов композитами;
- 4) с косметического протезирования.

Назовите решающий признак для дифференциальной диагностики хронического и быстро прогрессирующего кариеса:

- 1) КПУ пациента на момент обследования;
- 2) клинические признаки процесса;
- 3) жалобы пациента;
- 4) данные анамнеза.

Частые жалобы пациентов при поверхностном кариесе:

- 1) при перкуссии;
- 2) болезненность на термические раздражители;
- 3) болезненность на химические раздражители и косметические недостатки;
- 4) жалоб нет.

При препарировании кариозных полостей II класса производится вывод полости на жевательную поверхность:

- 1) всегда без исключения;
- 2) не производится;
- 3) при лечении верхних маляров;
- 4) всегда, кроме медиальных полостей при отсутствии впередистоящего зуба.

Как должна накладываться изолирующая подкладка из цементов при реставрации зубов композитами светового отверждения:

- 1) в форме ступеньки;
- 2) на дно кариозной полости
- 3) до эмалево-дентинного соединения;
- 4) не накладывается.

Схема лечения быстро прогрессирующего кариеса:

- 1) местная реминерализующая терапия, прием препаратов кальция, фосфора, пломбирование кариозных полостей и консультация у врача-интерниста;
- 2) реминерализующая терапия с последующим пломбированием кариозных полостей;
- 3) пломбирование с последующей реминерализующей терапией;
- 4) пломбирование с последующей аппликацией фторлаком.

При остром серозно-гнойном (очаговом) пульпите перкуссия зуба:

- 1) болезненна;
- 2) безболезненна.
- 3)

Полость зуба всегда вскрыта при пульпите:

- 1) остром серозно-гнойном;
- 2) хроническом фиброзном;
- 3) хроническом гипертрофическом.

Боль ночная, самопроизвольная, приступообразная, кратковременная (до 2 суток) характерна для пульпита:

- 1) острого серозно-гнойного;
- 2) строго гнойно-некротического;

3) обострения хронического пульпита.

Метод сохранения жизнеспособности пульпы в корневых каналах - это:

- 1) экстирпация пульпы под анестезией;
- 2) витальная ампутация;
- 3) девитальная экстирпация;
- 4) девитальная ампутация.

Последовательность механической обработки корневого канала:

- 1) прохождение, расширение, создание конусовидной формы;
- 2) экстирпация, создание конусовидной формы;
- 3) расширение, экстирпация, прохождение.

Жалобы пациентов при хроническом гранулирующем периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на постоянную пульсирующую боль;
- 3) на кратковременную пульсирующую боль;
- 4) на неприятные ощущения в зубе и боль ноющего характера.

Рентгенологическая картина при хроническом гранулематозном периодонтите:

- 1) деформация периодонтальной щели в области верхушки в виде неравномерного утолщения;
- 2) в области верхушки корня участок разряжения костной ткани правильной округлой формы диаметром до 0,5 см;
- 3) разрежение костной ткани неправильной формы с нечеткими контурами;
- 4) контуры периодонтальной щели не изменены.

Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала:

- 1) лидокаиновой блокадой по переходной складке;
- 2) выведением из прикуса и назначением ФТЛ;
- 3) инъекцией антибиотиков в переходную складку;
- 4) сделать разрез.

Лечение мышьяковистого периодонтита включает следующие мероприятия:

- 1) инъекции унитиола в переходную складку;
- 2) электрофорез унитиола;
- 3) снять повязку, удалить мышьяковистую пасту, применить антитоты для обработки канала, зуб закрыть повязкой;
- 4) удалить повязку, промыть кариозную полость унитиолом, зуб оставить открытым.

Осложнения, чаще всего возникающие сразу после лечения хронического верхушечного периодонтита:

- 1) приступообразные боли с длинными светлыми промежутками;
- 2) приступообразные боли с короткими светлыми промежутками;
- 3) боли, усиливающиеся под действием температурных раздражителей;
- 4) боли при накусывании на зуб.

Лекарственный препарат, наиболее эффективный для разрушения и нейтрализации некротических масс при лечении хронического периодонтита:

- 1) перекись водорода;
- 2) антибиотик широкого спектра действия;
- 3) йодсодержащие;

4) гипохлорит натрия.

Глубина карманов при отёчной форме хронического гипертрофического гингивита:

- 1) достигает 2-3 мм, карманы истинные;
- 2) достигает 6-8 мм, карманы истинные;
- 3) карманы ложные различной глубины.

Проба Шиллера-Писарева проводится с целью:

- 1) определения гигиенического состояния зубов;
- 2) выявления изъязвлений пародонтальных карманов;
- 3) оценки степени воспалительных изменений десны.

Клинические признаки пародонтоза:

- 1) отсутствие воспалительных явлений и пародонтальных карманов;
- 2) гиперемия десны и гноетечение из пародонтальных карманов;
- 3) обнажение и гиперестезия шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспаления, зуд, жжение в дёснах.

Одним из диагностических признаков, отличающим хронический генерализованный катаральный гингивит от хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени тяжести, является:

- 1) распространение отёка и гиперемии на альвеолярную десну;
- 2) образование над- и поддесневых твёрдых зубных отложений;
- 3) вовлечение в воспалительный процесс костной ткани альвеолы.

Основные клинические проявления хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени:

- 1) отёк, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, пародонтальный карман глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;
- 2) отёк, гиперемия десневых сосочков, кровоточивость при дотрагивании, отсутствие пародонтальных карманов, подвижности зубов нет.

Узелок относят к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.

При стоматалгии жжение во время приема пищи:

- 1) уменьшается;
- 2) усиливается;
- 3) исчезает.

Поражение красной каймы от линии Клейна до середины губы характерно для хейлита:

- 1) актинического;
- 2) эксфолиативного;
- 3) экзематозного.

Лечение язвенно-некротического стоматита Венсана преимущественно:

- 1) общее;
- 2) комплексное;
- 3) местное.

Физиологическая верхушка корня отстоит от анатомической на:

- 1) 5 мм;
- 2) 3-4 мм;
- 3) 0-1 мм.

У первых премоляров нижней челюсти чаще бывает:

- 1) 1 корень и 1 хорошо проходимый корневым канал;
- 2) 2 корня и 2 корневых канала;
- 3) 1 корень и 2 корневых канала (щёчный и язычный).

Пелликула зуба – это:

- 1) бесструктурная белковая оболочка, покрывающая зуб и обладающая высокой адгезией;
- 2) производное слюны, состоящее из аминокислот и сахаров;
- 3) комплекс липидов на поверхности зуба.

Укажите особенность препарирования кариозной полости для использования современных адгезивных систем:

- 1) создание полости ящикообразной формы;
- 2) формирование полости с закругленными углами между стенками и дном;
- 3) край полости формируют обратноконический для улучшения ретенции;
- 4) формирование полости проводят по Блэку.

С целью предотвращения постпломбировочных болей при работе со стеклоиономерными цементами необходимо:

- 1) увлажнение кариозной полости;
- 2) нанесение адгезив на стенки кариозной полости;
- 3) тщательная изоляция поверхности пломбы от ротовой жидкости;
- 4) покрытие поверхности пломбы изолирующим лаком.

Полимеризация светоотверждаемых материалов происходит под действием:

- 1) инфракрасного излучения;
- 2) ультрафиолетового излучения;
- 3) видимого света в диапазоне от 400 до 525 нм;
- 4) видимого света в диапазоне волн 1000 нм.
- 5)

Укажите лекарственный препарат, который предпочтительнее вводить в состав лечебных подкладок при глубоком кариесе:

- 1) тимол;
- 2) эвгенол;
- 3) серебро;
- 4) гидрооксид кальция.

На адгезию композита к дентину положительно влияет:

- 1) влажная поверхность дентина;
- 2) хорошая антисептическая обработка;
- 3) тщательное просушивание дентина;
- 4) создание ретенционных пунктов.

Какие вещества препятствуют образованию зубного налета и способствуют его растворению:

- 1) протеиназа;
- 2) катепсин Д;
- 3) хемопсин;
- 4) коллагеназа.

Комплекс общих мер, направленных на укрепление здоровья человека в соответствии с возрастом, общим состоянием, учетом его наклонностей - это профилактика:

- 1) первичная;
- 2) вторичная;
- 3) третичная.

Какие местные анестетики необходимо выбрать больному с заболеванием сердечно-сосудистой системы:

- 1) мепивакаин;
- 2) артикаин;
- 3) лидокаин.

Какова оптимальная скорость введения анестетика при инъекции 1,8 мл (карпула):

- 1) 10 сек;
- 2) 20 сек;
- 3) 30 сек;
- 4) 60 сек.

Какое наименьшее количество постоянных зубов поражается при системной гипоплазии:

- 1) 2 зуба;
- 2) 4 зуба;
- 3) 1 зуб;
- 4) 6 зубов.

Основные клинические признаки нарушения эмали зубов при гипервитаминозе D:

- 1) поражение группы прорезавшихся постоянных передних зубов на верхней или нижней челюсти в виде горизонтальной бороздки;
- 2) эрозия эмали на отдельных зубах;
- 3) стираемость эмали зубов по горизонтальной плоскости;
- 4) участки некроза на отдельных зубах.

Комплексное лечение флюороза зубов (пятнистая и меловидно-крапчатая формы):

- 1) отбеливание зубов специальными препаратами;
- 2) комплексная реминерализующая терапия с предварительным отбеливанием;
- 3) пломбирование зубов композитами;
- 4) косметическое протезирование.

Жалобы пациента при хроническом кариесе контактных поверхностей зубов:

- 1) на боль ноющего характера;
- 2) на боль самопроизвольного характера;
- 3) на боль при накусывании на зуб;
- 4) на застревание пищи между зубами после еды.

Отметьте заболевания, при которых чаще может возникнуть быстро прогрессирующий кариес:

- 1) патология сердечно-сосудистой системы;
- 2) патология ЖКТ;
- 3) психические;
- 4) эндокринные.

При формировании кариозной полости дополнительная площадка располагается:

- 1) только в эмали;
- 2) по эмалево-дентинному соединению;
- 3) в средней толщине дентина;
- 4) не имеет значение, так как важен объем.

При препарировании кариозной полости V класса ее дно должно быть:

- 1) плоским;
- 2) выпуклым;
- 3) вогнутым;
- 4) форма не имеет значение.

Выберите стоматологические цементы, имеющие лучшую адгезию к композитам:

- 1) цинк-фосфатные;
- 2) СИЦ;
- 3) цинк-оксид-эвгенольные;
- 4) все вышеперечисленные не имеют адгезии к композитам.

Зондирование дна кариозной полости при остром серозно-гнойном пульпите резко болезненно:

- 1) в одной точке;
- 2) по всему дну;
- 3) по стенкам и дну кариозной полости;
- 4) по эмалево-дентинному соединению.

Боль ночная, приступообразная, острая, иррадирующая по ветвям тройничного нерва, самопроизвольная характерна для:

- 1) острого серозно-гнойного пульпита;
- 2) острого гнойно-некротического пульпита;
- 3) невралгии тройничного нерва.

Определяющий признак при дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита:

- 1) характер болей;
- 2) термометрия;
- 3) зондирование;
- 4) перкуссия.

Обратимые формы пульпита:

- 1) острый серозно-гнойный, острый гнойно-некротический, хронический фиброзный;
- 2) острый серозно-гнойный, хронический фиброзный, травматический (механическая травма);
- 3) острый серозно-гнойный, хронический гипертрофический, хронический фиброзный.

Импрегнующим действием обладает паста:

- 1) цинкэвгенольная;
- 2) резорцин-формалиновая;

### 3) ортофеновая.

Отметьте состояние региональных лимфатических узлов при остром гнойном периодонтите:

- 1) лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны;
- 2) лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны;
- 3) лимфатические узлы увеличены, болезненны, неподвижны;
- 4) лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные.

Ведущим критерием оценки результатов лечения верхушечного периодонтита является:

- 1) отсутствие жалоб;
- 2) рубцевание свищевого хода;
- 3) качественное пломбирование корневого канала;
- 4) отсутствие очага разряжения в области верхушки корня на рентгенограмме.

При выборе метода лечения деструктивных форм хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:

- 1) принимают;
- 2) не принимают.

Рентгенологическая картина при хроническом фиброзном периодонтите:

- 1) равномерное расширение периодонтальной щели в области верхушки корня;
- 2) в области верхушки отчетливо контурируется тень правильной формы;
- 3) разрежение костной ткани неправильной формы с нечеткими контурами;
- 4) контуры периодонтальной щели не изменены.

Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью:

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

Если произошла поломка инструмента при обработке корневого канала, в первую очередь необходимо сделать:

- 1) рентгенографию зуба;
- 2) измерить оставшуюся в руках часть инструмента;
- 3) немедленно попытаться извлечь инструмент;
- 4) во всех случаях удалить зуб.

При ложных карманах в тканях пародонта целостность зубодесневого прикрепления:

- 1) нарушается;
- 2) не нарушается.

Рентгенологическими особенностями костной ткани челюстей при пародонтозе являются:

- 1) мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное снижение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальной пластинки;
- 2) атрофические процессы в костной ткани;
- 3) изменение высоты межзубных перегородок.

Кюретаж пародонтальных карманов обеспечивает удаление:

- 1) над- и поддесневого камня;
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций;
- 3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия.

Решающим при диагностике пародонтита является:

- 1) отсутствие воспалительных изменений слизистой десны, отсутствие пародонтальных карманов, сохранение кортикальной пластинки на всём её протяжении;
- 2) подвижность и смещение зубов;
- 3) отсутствие гнойного отделяемого из пародонтальных карманов.

Антибиотик, проникающий в костную ткань:

- 1) вибромицин;
- 2) ампицилин;
- 3) рифамицин;
- 4) линкомицин.

Пузырь относят к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.

При остром герпетическом стоматите пузырьки располагаются:

- 1) группами;
- 2) линейно;
- 3) беспорядочно.

В соскобе с эрозии при МЭЭ обнаруживают:

- 1) атипичные клетки;
- 2) акантолитические клетки;
- 3) картину неспецифического воспаления с преобладанием полибластов.

Сроки консервативного лечения при эрозивно-язвенной форме лейкоплакии:

- 1) до выздоровления;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2 недели.

Строение костной ткани альвеолы:

- 1) кость альвеолы состоит из компактного вещества;
- 2) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани;
- 3) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой;
- 4) кость альвеолы состоит из компактного вещества, образующего кортикальную пластинку и губчатой костной ткани.

Дентин состоит:

- 1) преимущественно из неорганического вещества;
- 2) из неорганического и органического вещества;
- 3) из органического, неорганического вещества и воды.

Глубина зубодесневой борозды составляет:

- 1) 0,5 мм;
- 2) 1,4-2,2 мм;
- 3) 3,2-4,5 мм.

Лучший метод для изоляции от слюны при работе с композиционными материалами:

- 1) использование ватных тампонов;

- 2) работа с ассистентом;
- 3) использование слюноотсоса;
- 4) использование коффердама, слюноотсоса, пылесоса и работа в 4 руки.

Пломбировочные материалы, вступающие в химическую связь с твердыми тканями зуба:

- 1) композиты химического отверждения;
- 2) амальгамы серебряные;
- 3) светополимерные композиты;
- 4) стеклоиономерные цементы.

Изготовление виниров прямым способом из светоотверждаемых композитов не используют:

- 1) при заболеваниях пародонта;
- 2) при глаукоме;
- 3) при заболеваниях ЖКТ;
- 4) при прямом прикусе, сниженной высоте прикуса.

Для непрямого покрытия пульпы используют лечебные кальцийсодержащие подкладки в следующем случае:

- 1) при глубоком кариесе;
- 2) при среднем кариесе;
- 3) при сохранении дентина над пульпой толщиной 1-2мм;
- 4) всегда при работе с композитами.

Адгезивную систему наносят:

- 1) кисточкой или аппликатором;
- 2) туго скрученным ватным шариком;
- 3) гладилкой;
- 4) зондом.
- 5)

Комплекс мер, направленных на предотвращение и появление рецидивов болезни после ее лечения - это профилактика:

- 1) первичная;
- 2) вторичная;
- 3) третичная.

1 Оптимальный срок службы зубной щетки:

- 1) 1 мес.;
- 2) 2 мес.;
- 3) 6 мес.;
- 4) 1 год.

Какие из перечисленных местных анестетиков вы выберете больному бронхиальной астмой:

- 1) мепивакаин;
- 3) тримекаин;
- 4) лидокаин.

Порог болевой чувствительности зубов:

- 1) выше у мужчин;
- 2) выше у женщин;
- 3) выше у детей;
- 4) у всех приблизительно одинаковый.

Как называются зубы отверткообразной формы с полулунной вырезкой на режущем крае:

- 1) тетрациклиновые зубы;
- 2) зубы Гетчинсона;
- 3) триада Пфлюгера;
- 4) дисплазия Капдепона.

Основные клинические признаки системной гипоплазии зубов:

- 1) системная симметричность поражения и расположения пятен, эрозий и бороздок на одноименных зубах, связанная со сроками развития;
- 2) асимметричность поражения и расположения пятен, эрозий и бороздок;
- 3) не имеет какой-либо системы поражений;
- 4) пятна и эрозии чередуются на отдельных зубах.

Комплексное лечение флюороза зубов (эрозивная форма):

- 1) комплексная реминерализующая терапия и последующее пломбирование композитами;
- 2) отбеливание зубов специальными гелями;
- 3) изготовление вкладок;
- 4) пломбирование эрозий цементами.

Зондирование кариозной полости при поверхностном кариесе:

- 1) болезненно по дну кариозной полости;
- 2) безболезненно по дну кариозной полости.

Для выявления кариозных пятен методом окрашивания чаще применяют:

- 1) р-р Шиллера-Писарева ;
- 2) р-р йодистого калия;
- 3) р-р фуксина;
- 4) 2% р-р метиленового синего.

Скашивание краев эмали при работе с СИЦ производят:

- 1) для улучшения фиксации;
- 2) для улучшения эстетики;
- 3) для предупреждения рецидива кариеса;
- 4) не проводят.

Для реставрации дефектов I и II классов лучше использовать:

- 1) компомеры;
- 2) микронаполненные композиты;
- 3) СИЦ;
- 4) микрогибридные композиты.

При препарировании кариозной полости I класса этап профилактического расширения проводят:

- 1) только у детей до 14 лет;
- 2) только при острых формах кариеса;
- 3) зависит от клинической ситуации, КПУ;
- 4) всегда.

Зондирование дна кариозной полости при остром гнойно-некротическом пульпите резко болезненно:

- 1) по дну кариозной полости;
- 2) в одной точке;
- 3) по стенкам и дну кариозной полости.

Какие данные электроодонтометрии характерны для острого гнойно-некротического пульпита:

- 1) 20-30 мкА;
- 2) 30-50 мкА;
- 3) 60-90 мкА.

Как долго сохраняется реакция на холод при хроническом фиброзном пульпите:

- 1) проходит сразу же после устранения раздражителя;
- 2) проходит спустя некоторое время;
- 3) через 2 часа.

Для пломбирования корневого канала используют силеры:

- 1) АН +;
- 2) поликарбоксилатный цемент;
- 3) фосфат-цемент;
- 4) силикатный цемент.

К биологическим методам лечения пульпита относятся:

- 1) экстирпация пульпы под анестезией;
- 2) витальная экстирпация;
- 3) девитальная экстирпация.

Наиболее точным методом при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является:

- 1) зондирование;
- 2) пальпация и перкуссия;
- 3) термометрия;
- 4) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия.

Реакция зуба на перкуссию при хроническом периодонтите:

- 1) боль отсутствует;
- 2) резкая боль при вертикальной перкуссии;
- 3) резкая боль при горизонтальной перкуссии;
- 4) любой вид перкуссии усиливает болезненные явления.

Реакция на холод при хронических формах периодонтита:

- 1) резкая боль;
- 2) слабая боль;
- 3) нет боли.

Отметьте основные требования, предъявляемые к материалам для obturации корневых каналов при лечении периодонтита:

- 1) бактерицидность, пластичность;
- 2) биологическая совместимость, полная герметизация канала, постоянство физико-механических свойств, рентгеноконтрастность;
- 3) легкая выводимость из канала, термоизоляция.

Наиболее частая причина перфорации стенки корневого канала при механической обработке:

- 1) несоответствие размера инструмента диаметру корневого канала;
- 2) беспокойное поведение пациента;
- 3) искривленный корень;
- 4) использование острого машинного дрельбора.

Консервативные лечебные мероприятия при обострении верхушечного периодонтита после пломбирования корневых каналов:

- 1) кислородные ванночки полости рта;
- 2) полоскание отваром цветков ромашки;
- 3) спиртовые компрессы;
- 4) тепловые гидропроцедуры, при необходимости антибиотикотерапия.

При образовании истинного пародонтального кармана в тканях пародонта целостность зубодесневого прикрепления:

- 1) нарушается;
- 2) не нарушается.

Патоморфологическая картина пародонтоза:

- 1) склеротичные изменения в соединительной ткани;
- 2) отсутствие воспалительных явлений, остеосклероз, клиновидные дефекты;
- 3) склеротические явления в маргинальной части десны.

Клиническим признаком хронического катарального гингивита является:

- 1) кровоточивость десны;
- 2) наличие зубного налёта, кровоточивость десны;
- 3) отёк и гиперемия десневого края и сосочков, кровоточивость дёсен, отсутствие пародонтальных карманов.

С какой поверхности зубов снятие твёрдых зубных отложений представляет наибольшие трудности:

- 1) вестибулярной;
- 2) язычной (нёбной);
- 3) контактной.

Основное действие антиоксидантов:

- 1) препятствие образованию зубной бляшки;
- 2) вяжущее;
- 3) противогипоксическое, усиливающее регенерацию;
- 4) бактерицидное.

Эрозия относится к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.
- 4)

Причины острой механической травмы СОПР:

- 1) случайное прикусывание;
- 2) длительное раздражение острыми краями зубов;
- 3) некачественное протезирование;
- 4) привычное накусывание щек и губ.

Симптом Никольского при МЭЭ:

- 1) положительный;
- 2) отрицательный.

Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) противовирусные препараты;
- 2) эпителизирующие средства;
- 3) антигистаминные препараты;
- 4) комплексное.

Отличие коронковой от корневой пульпы заключается:

- 1) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах;
- 2) в особенностях васкуляризации;
- 3) в особенностях межзубочного вещества;
- 4) в особенностях строения соединительной ткани, её кровоснабжении и иннервации.

Какие зубы имеют самые узкие и тонкие корневые каналы:

- 1) боковые резцы верхней челюсти;
- 2) центральные резцы нижней челюсти;
- 3) боковые резцы нижней челюсти.

Кутикула – это:

- 1) оболочка, которой покрыт зуб во время прорезывания, впоследствии истирающаяся;
- 2) оболочка, приходящая на смену пелликуле и обладающая высокой адгезией;
- 3) оболочка из гликопротеидов и микроорганизмов, покрывающих зуб.

При лечении быстро прогрессирующего кариеса в качестве подкладочного материала следует применять:

- 1) фосфат-цемент;
- 2) искусственный дентин;
- 3) пасты с гидроокисью кальция и стеклоиономерные цементы.

Как должна накладываться изолирующая подкладка из цементов при реставрации зубов композитами светового отверждения при лечении среднего кариеса:

- 1) накладывается до эмалево-дентинного соединения;
- 2) в форме ступеньки;
- 3) накладывается на дно кариозной полости;
- 4) можно не накладывать.

Отметьте совместимость композитов с влагой:

- 1) гидрофильны;
- 2) гидрофобны.

Практически не растворимы после затвердения цементы:

- 1) все группы стоматологических цементов растворимы;
- 2) все группы стоматологических цементов не растворимы;
- 3) СИЦ;
- 4) цинк-оксид-эвгенольные.

Высокая адгезия композитов к эмали обусловлена:

- 1) химической адгезией композитов;
- 2) правильным формированием эмалевого края;

- 3) тщательным, предварительным очищением поверхности эмали специальными средствами,
- 4) применением протравливающего кислотного агента и адгезива.

Комплекс мер, направленных на предотвращение потери функции, восстановления ее после перенесенных заболеваний и травм - это профилактика:

- 1) первичная;
- 2) вторичная;
- 3) третичная.

Гигиеническое обучение и воспитание необходимо начинать:

- 1) с начала прорезывания первых постоянных моляров (5-6 лет);
- 1) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет);
- 2) в возрасте 3-4 лет;
- 3) с 2 лет;
- 4) в возрасте прорезывания первых временных зубов.

Какой местный анестетик вы выберете для лечения пульпита больному гломерулонефритом:

- 1) артикаин;
- 2) мепивакаин;
- 3) новокаин;
- 4) лидокаин.

Показания для аппликационной анестезии:

- 1) подавление рвотного рефлекса;
- 2) удаление зубных отложений;
- 3) при обработке эрозий слизистой оболочки полости рта;
- 4) всё вышеперечисленное.

Как называются зубы отверткообразной формы без полулунной вырезки на режущем крае:

- 1) зубы Гетчинсона;
- 2) зубы Фурнье;
- 3) дисплазия Капдепона;
- 4) тетрациклиновые зубы.

Основные клинические формы гиперплазии зубов:

- 1) пришеечная, корневая, внутридентальная;
- 2) бугристая, гладкая;
- 3) некротическая, минерализованная;
- 4) стабилизированная, острая.

Комплексное лечение клиновидных дефектов зубов:

- 1) комплексная реминерализующая терапия с последующим пломбированием СИЦ и композитом;
- 2) изготовление фарфоровых вкладок;
- 3) косметическое протезирование;
- 4) реставрационное пломбирование композитами.

Зондирование кариозной полости при хроническом среднем кариесе:

- 1) болезненно по дну кариозной полости;
- 2) безболезненно по дну кариозной полости;
- 3) болезненно по эмалево-дентинному соединению.

Наиболее целесообразное лечение цветущего кариеса:

- 1) местная реминерализующая терапия, прием препаратов кальция, фосфора, пломбирование кариозных полостей, консультация у врача-интерниста;
- 2) реминерализующая терапия с последующим пломбированием кариозных полостей;
- 3) пломбирование с последующей реминерализующей терапией;
- 4) пломбирование с последующей аппликацией фторлаком.
- 5)

При хроническом кариесе пульпа образует для защиты:

- 1) зону склерозированного дентина;
- 2) зону заместительного дентина;
- 3) зону склерозированного и заместительного дентина;
- 4) не успевает образовывать защитные зоны.

При препарировании полости V класса этап профилактического расширения проводят:

- 1) у детей;
- 2) при остром кариесе;
- 3) зависит от клинической ситуации, КПУ;
- 4) всегда.

При работе с амальгамой в полости V класса скос эмали производится:

- 1) всегда;
- 2) не проводится;
- 3) только в молярах;
- 4) только в неглубоких полостях.

Электровозбудимость пульпы при пульпите:

- 1) возрастает;
- 2) снижается;
- 3) не изменяется.
- 4)

Изменения в периапикальных тканях при хроническом пульпите:

- 1) возможны;
- 2) не возможны.
- 3)

Жалобы больного при остром гнойно-некротическом пульпите:

- 1) резкая приступообразная боль по ходу тройничного нерва;
- 2) острая, приступообразная боль, усиливающаяся от раздражителей, локализованная в пределах одного зуба;
- 3) острая, приступообразная боль, иррадиирующая по ходу тройничного нерва.

При хроническом язвенно-некротическом пульпите предпочтительно использовать метод лечения:

- 1) девитальный;
- 2) под анестезией;
- 3) любой.

Количество рентгеновских снимков, необходимых для качественного эндодонтического лечения:

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 4;
- 4) 5 и более.

Реакция зуба на перкуссию при обострении хронического периодонтита:

- 1) отсутствует;
- 2) слабая боль при перкуссии в любом направлении;
- 3) резкая боль при горизонтальной перкуссии;
- 4) резкая боль при вертикальной перкуссии.

О хроническом воспалении в периодонте свидетельствует:

- 1) наличие свищевого хода;
- 2) отечность и пастозность слизистой оболочки полости рта;
- 3) наличие грануляционной ткани в полости зуба;
- 4) рентгенологическая картина.

Оптимальная тактика лечения после безуспешных попыток извлечения обломка инструмента из канала:

- 1) удалить зуб;
- 2) провести депофорез;
- 3) запломбировать корневой канал до обломка инструмента.

Успех консервативного лечения хронического периодонтита обусловлен применением:

- 1) общеукрепляющей и иммуностимулирующей терапии, инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов;
- 2) медикаментозной обработки корневых каналов;
- 3) инструментальной обработкой корневых каналов;
- 4) физиотерапевтических методов лечения.

Наиболее частое осложнение, наблюдаемое при лечении хронических верхушечных периодонтитов:

- 1) выпадение пломбы;
- 2) рассасывание пломбировочного материала в корневом канале;
- 3) обострение околоверхушечного воспаления;
- 4) развитие диффузного воспаления.

Распад пульпы из корневого канала удаляют:

- 1) одномоментно;
- 2) поэтапно.

Глубина пародонтальных карманов при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени:

- 1) 3-4 мм;
- 2) более 10 мм;
- 3) более 6 мм;
- 4) до 2,5 мм.

Проба Кулаженко проводится с целью:

- 1) выявления барьерных возможностей пародонта;
- 2) определения стойкости стенок сосудов пародонта;
- 3) определения воспалительных изменений десны.

Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:

- 1) десневые сосочки увеличены синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании;
- 2) десневые сосочки увеличены, бледные, плотные на ощупь, определяются ложные пародонтальные карманы;

3) гипертрофия десны различной степени, выражена синюшность тканей и повышенная их кровоточивость.

Клиническими признаками хронического генерализованного катарального гингивита являются:

- 1) кровоточивость десны;
- 2) наличие зубного налёта, кровоточивость десны;
- 3) отёк, гиперемия, кровоточивость десны, отсутствие пародонтальных карманов.

При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани:

- 1) поддесневой зубной камень, размягчённый цемент корня;
- 2) поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий;
- 3) поддесневой зубной камень, размягчённый цемент корня, грануляционная и эпителиальная ткань.

Чешуйка относится к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.

При опоясывающем лишае поражается:

- 1) только кожа;
- 2) слизистая оболочка полости рта;
- 3) кожа и слизистая оболочка полости рта.
- 4)

К вирусным заболеваниям относят:

- 1) кандидоз;
- 2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- 3) ящур;
- 4) язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

Лечение эксфолиативного хейлита включает в себя:

- 1) электрокоагуляцию, антибиотики;
- 2) седативные, ФТЛ, индифферентные мази;
- 3) антигистаминные препараты, кортикостероиды, ГНЛ.

У первых моляров нижней челюсти:

- 1) 2 корня (медиальный и дистальный) и 2 хорошо проходимых корневых канала;
- 2) 3 корня (дистальный, щёчный и язычный) и 3 хорошо проходимых корневых канала;
- 3) 2 корня (дистальный и медиальный) и 3 корневых канала: дистальный, медиально-щёчный и медиально-язычный.

В какой части пульпы находятся окончания нервных волокон:

- 1) в корневой части;
- 2) в области рогов;
- 3) в области бифуркаций;
- 4) в центральной части.

У моляров верхней челюсти чаще встречается:

- 1) два корневых канала;
- 2) четыре корневых канала;
- 3) три корневых канала.

Выберите временный пломбировочный материал:

- 1) амальгама;
- 2) клип;
- 3) геркулайт;
- 4) силицин.

Выберите группу цемента, которые длительное время выделяют фтор в твердые ткани зубов:

- 1) лечебные подкладки с содержанием гидроокиси кальция;
- 2) силикатные;
- 3) стеклоиномерные.

Светоотверждаемые композиционные материалы не используют:

- 1) при заболеваниях пародонта;
- 2) при глаукоме;
- 3) при заболеваниях ЖКТ;
- 4) при наличии аллергии к компонентам адгезивной системы у пациента.

Лечебные подкладки для прямого покрытия пульпы:

- 1) цинк-эвгенольная паста;
- 2) паста с гидроксидом кальция;
- 3) паста с антибиотиками и сульфаниламидами;
- 4) дентин-паста.

Укажите этап пломбирования, который нельзя использовать при работе с однокомпонентными адгезивными системами 5 поколения:

- 1) протравливание эмали;
- 2) полимеризация адгезивной системы;
- 3) удаление протравливающих гелей водой;
- 4) обработка полости этиловым спиртом.

Способствует развитию кариеса в большей степени:

- 1) известь;
- 2) сахар;
- 3) ксилит;
- 4) нитраты.

Зубная бляшка удаляется наиболее эффективно:

- 1) струей воды;
- 2) с помощью зубной щетки и зубной пасты;
- 3) только насильственно, с помощью крючков Закса;
- 4) с помощью профессиональной гигиены.

В состав какого из местных анестетиков не входит вазоконстриктор:

- 1) убистезин;
- 2) ультракаин ДС;
- 3) септонест;
- 4) скандонест.

Методом проводниковой анестезии на нижней челюсти является:

- 1) туберальная анестезия;
- 2) торусальная анестезия;
- 3) резцовая анестезия.

Как называются зубы, жевательная поверхность которых уже пришеечной области:

- 1) зубы Гетчинсона;
- 2) зубы Фурнье;
- 3) зубы Пфлюгера;
- 4) тетрациклиновые зубы.

Комплексное лечение флюороза зубов (пятнистая и меловидно-крапчатая формы):

- 1) отбеливание зубов специальными препаратами;
- 2) отбеливание зубов специальными препаратами и комплексная реминерализующая терапия;
- 3) пломбирование зубов композитами;
- 4) косметическое протезирование.

Комплексное лечение пришеечной гиперплазии зубов:

- 1) пришеечное образование снимают алмазным бором, полируют, проводят реминерализующую терапию;
- 2) косметическое протезирование;
- 3) не нуждается в лечении;
- 4) снимают пришеечное образование бором и пломбируют цементом.

Зондирование кариозной полости при глубоком кариесе:

- 1) безболезненно по дну кариозной полости;
- 2) болезненно в одной точке;
- 3) болезненно по дну кариозной полости.

Заместительный дентин отличается от нормального:

- 1) хаотичным расположением дентинных трубочек;
- 2) дентинные трубочки не содержат отростки одонтобластов;
- 3) дентинные трубочки хаотично расположены и не содержат отростки одонтобластов;
- 4) заместительный дентин обладает повышенной минерализацией.

При обработке глубоких полостей выравнивание дна кариозной полости производится;

- 1) в процессе препарирования;
- 2) не производится;
- 3) с помощью изолирующих прокладок.

При пломбировании кариозных полостей средней глубины светоотверждаемыми композитами изолирующую подкладку:

- 1) накладывают на дно;
- 2) накладывают до эмалево-дентинного соединения;
- 3) можно не накладывать.

При препарировании кариозных полостей V класса этап раскрытия:

- 1) выражен;
- 2) не выражен.

Температурная проба при острых формах пульпита:

- 1) умеренно болезненна;

- 2) резко болезненна;
- 3) безболезненна.

При хроническом язвенно-некротическом пульпите боль появляется от:

- 1) горячего;
- 2) сладкого;
- 3) теплого.

Диагноз «Обострение хронического пульпита» ставят на основании:

- 1) клинических данных;
- 2) ЭОМ;
- 3) рентгенодиагностики;
- 4) всего вышеперечисленного.

При лечении хронического гипертрофического пульпита используют метод лечения:

- 1) девитальный;
- 2) под анестезией;
- 3) любой.

Пломбирование каналов при пульпите проводится до верхушки:

- 1) физиологической;
- 2) рентгенологической;
- 3) не имеет значения.

Кровоточивость из канала при зондировании наблюдается при хроническом периодонтите:

- 1) фиброзном;
- 2) гранулематозном;
- 3) обострившемся;
- 4) гранулирующем.

Отметьте состояние лимфатических узлов при остром гнойном периодонтите:

- 1) лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижны;
- 2) лимфатические узлы увеличены, болезненные, подвижны;
- 3) лимфатические узлы увеличены, болезненные, неподвижны;
- 4) лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные.

Чтобы снизить риск перфорации искривлённого канала необходимо:

- 1) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал;
- 2) выбрать инструмент соответственно толщине канала;
- 3) воспользоваться химическими средствами расширения канала;
- 4) использовать всё вышеперечисленное.

Принятая рабочая длина корневого канала:

- 1) точно соответствует анатомической длине зуба;
- 2) короче анатомической длины зуба на 1 мм.;
- 3) длиннее рентгенологической длины зуба на 1 мм.;
- 4) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям).

Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью:

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

Ведущим дифференциально-диагностическим признаком хронического гранулирующего периодонтита является:

- 1) жалобы на периодически возникающие боли в области зуба;
- 2) конвергенция коронок зубов;
- 3) рентгенологический очаг разрежения околоверхушечных тканей с нечёткими границами;
- 4) наличие свищевого хода.

Подвижность зубов при хроническом генерализованном пародонтите тяжёлой степени:

- 1) 1-2 степень;
- 2) 2-3 степень;
- 3) подвижность только при значительной нагрузке.

К гигиеническим индексам относятся:

- 1) ПИ, ПМА, СРITN;
- 2) Шиллера-Писарева;
- 3) Фёдорова-Володкиной, Грина-Вермильона.

Основным диагностическим признаком, отличающим хронический генерализованный катаральный гингивит от хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени тяжести является:

- 1) распространение отёка и гиперемии на альвеолярную десну;
- 2) образование над- и поддесневых твёрдых зубных отложений;
- 3) вовлечение в воспалительный процесс костной ткани альвеолы.

Удаление поддесневого зубного камня проводят:

- 1) до кюретажа пародонтальных карманов;
- 2) в процессе кюретажа;
- 3) после кюретажа.

Показанием для проведения постоянного шинирования является:

- 1) дистопия зубов;
- 2) подвижность зубов при переломе корня;
- 3) пародонтоз средней и тяжёлой степени.

Афту относят к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.

Для плоской формы лейкоплакии характерны:

- 1) бляшки неправильной формы, напоминающие «булыжную мостовую», не возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки полости рта;
- 2) бляшки, приподнимающиеся над окружающей слизистой оболочкой;
- 3) эрозии и язвы;
- 4) веррукозные разрастания.

Для экзематозного хейлита характерны поражения губ:

- 1) от линии Клейна до середины губы;
- 2) вся поверхность красной каймы губы;
- 3) от линии Клейна резкая гиперемия переходит на кожу в виде языков пламени;
- 4) вся поверхность гиперемирована, отечна, вовлекается кожа и углы рта.

Дрожжевую заеду лечат:

- 1) мазью левориновой 2%;
- 2) мазью эритромициновой 2%;
- 3) раствором йода спиртовым 2%;
- 4) эмульсией синтомициновой 2%.

Нитевидные сосочки располагаются:

- 1) в области тела и корня языка;
- 2) на боковых поверхностях языка;
- 3) на всей поверхности языка;
- 4) на дорзальной поверхности тела языка.

Имеют ли артерии пульпы анастомозы:

- 1) да;
- 2) нет.

У верхних первых премоляров чаще встречаются:

- 1) 1 корень и 1 хорошо проходимый канал;
- 2) 2 корня и 2 канала (нёбный и щёчный);
- 3) 1 канал в одном корне может раздваиваться к верхушке.

Отметьте пломбировочные материалы, которые содержат полиакриловую кислоту (ПАК):

- 1) композиты химического отверждения;
- 2) композиты светополимерные;
- 3) силикофосфатные цементы;
- 4) стеклоиономеры.

Отметьте основные требования, предъявляемые к лечебным подкладкам:

- 1) должны стимулировать репаративную деятельность пульпы, обладать антисептическими и десенсибилизирующими свойствами;
- 2) должны импрегнировать ткани дна кариозной полости, обладать антисептическими свойствами;
- 3) обладать выраженным обезболивающим и антисептическим действием.

Наиболее важно при приготовлении цементов:

- 1) быстрое замешивание;
- 2) теплое стекло;
- 3) цвет цемента;
- 4) оптимальное соотношение двух компонентов (порошка и жидкости).

Основу композитных материалов составляет органический компонент:

- 1) полиакриловая кислота;
- 2) бис-ГМА;
- 3) ортофосфорная кислота;
- 4) эпоксидная смола.

Светоотверждаемые стеклоиономерные цементы, такие как Ionoseal, Time line, Vitrebond, используются:

- 1) как подкладочные материалы;
- 2) для сэндвич-техники;
- 3) для пломбирования полостей 3 класса;
- 4) для пломбирования полостей 5 класса.

Diaplack, Diaplack Rendell, PD, Mouth wash tablets, раствор Шиллера-Писарева используются для:

- 1) очищения зубов;
- 2) определения индекса гигиены;
- 3) определения степени воспаления десны;
- 4) определения зубного налета.

10. Механизм действия местной реминерализующей терапии основан:

- 1) на проницаемости эмали и ионном обмене тканей зуба;
- 2) на хорошей очистке зубов;
- 3) на образовании на поверхности зуба защитного слоя;
- 4) на изменении pH среды.

В какой концентрации используется в клинике терапевтической стоматологии адреналин:

- 1) 1: 100000;
- 2) 1: 200000;
- 3) 1: 2500;
- 4) 1: 100000 и 1: 200000.

При терапевтических стоматологических вмешательствах на зубах верхней челюсти с целью обезболивания целесообразно использовать:

- 1) туберальную анестезию;
- 2) торусальную анестезию;
- 3) инфильтрационную анестезию.

Наиболее характерные клинические признаки химического некроза зубов в начальной стадии:

- 1) жалобы на "слипание" зубов при сжатии челюстей, зубы округлой формы, блеск частично утерян;
- 2) стертость всех зубов, гиперестезия;
- 3) частичная потеря зубов, прикус снижен на 3-4 мм.;
- 4) характерных признаков не имеется.

Какую патологию твердых тканей зуба предусматривает название «эмалевая капля»:

- 1) гипоплазия;
- 2) гиперплазия;
- 3) флюороз;
- 4) дисплазия Капдепона.

Комплексное лечение эрозии эмали зубов:

- 1) комплексная реминерализующая терапия с последующим пломбированием СИЦ и композитом;
- 2) изготовление вкладок;
- 3) изготовление виниров;
- 4) косметическое протезирование.

. Заместительный дентин образуется:

- 1) в поверхностных слоях дентина;
- 2) в эмалево-дентинном соединении;
- 3) в пульпе зуба по всей полости зуба;
- 4) в пульпе зуба в месте проекции кариозного дефекта.

Для реставрации дефектов I и II классов лучше использовать:

- 1) компомеры;

- 2) микронаполненные композиты;
- 3) СИЦ;
- 4) микрогибридные композиты.

Выберите стоматологические цементы, имеющие лучшую адгезию к композитам:

- 1) цинк-фосфатные;
- 2) СИЦ;
- 3) кальцийсодержащие;
- 4) все вышеперечисленные не имеют адгезии к композитам.

При пломбировании глубокого кариеса лечебная подкладка накладывается:

- 1) на всё дно кариозной полости;
- 2) точно, на участок, ближе всего расположенный к пульпе;
- 3) при использовании СИЦ может не накладываться.

При препарировании кариозной полости II класса этап раскрытия:

- 1) выражен;
- 2) не выражен.

Температурная проба при хронических формах пульпита:

- 1) умеренно болезненна;
- 2) резко болезненна;
- 3) безболезненна.

Жалобы больного при остром гнойно-некротическом пульпите:

- 1) резкая приступообразная боль, усиливающаяся при накусывании на зуб;
- 2) острая, приступообразная боль, усиливающаяся от раздражителей, локализованная в пределах одного зуба;
- 3) острая, приступообразная боль, иррадиирующая по ходу тройничного нерва.

Хронический гипертрофический пульпит возникает у лиц:

- 1) молодых;
- 2) среднего возраста;
- 3) пожилых.

Метод витальной экстирпации подразумевает:

- 1) сохранение всей корневой пульпы;
- 2) сохранение  $\frac{1}{2}$  корневой пульпы;
- 3) сохранение 3-4 мл пульпы в области верхушки корня;
- 4) удаление всей корневой пульпы.

Удаление пульпы при витальной ампутации проводится:

- 1) стерильным бором;
- 2) стерильным экскаватором;
- 3) не имеет значения.

Гидроксид кальция вводится в состав паст для заполнения корневых каналов с целью:

- 1) рентгеноконтрастности;
- 2) стимуляции дентино- и цементогенеза;
- 3) адекватной биосовместимости материалов.

Химические средства для обработки корневых каналов применяются в следующих случаях:

- 1) для расширения устья канала;

- 2) для обнаружения труднопроходимых каналов;
- 3) во всех случаях инструментальной обработки каналов;
- 4) для раскрытия верхушечного отверстия.

Рентгенологическая картина при хроническом гранулирующем периодонтите:

- 1) деформация периодонтальной щели в области верхушки корня в виде неравномерного утолщения;
- 2) в области верхушки корня отчетливо контурируется тень правильной формы;
- 3) разрежение костной ткани неправильной формы с нечеткими контурами;
- 4) контуры периодонтальной щели в области верхушки не изменены.

Укажите метод создания оттока экссудата при консервативном лечении верхушечного периодонтита:

---

- 1) резекция верхушки корня;
  - 2) рассечение слизистой оболочки и надкостницы альвеолярной кости;
  - 3) прохождение корневого канала, вскрытие верхушечного отверстия.
- 

Жалобы пациента при остром гнойном периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на самопроизвольную, приступообразную боль, усиливающуюся ночью;
- 3) на постоянную пульсирующую боль, усиливающуюся при прикосновении к зубу;
- 4) на сильные самопроизвольные боли локализованного характера, боль при накусывании.

Лечение мышьяковистого периодонтита:

- 1) удалить повязку, оставить зуб открытым;
- 2) раскрыть полость зуба, наложить тампон с антидотом;
- 3) провести ампутацию и экстирпацию пульпы, оставить зуб открытым;
- 4) обработать кариозную полость, провести экстирпацию пульпы, в каналах оставить антидот и закрыть временной пломбой.

Индекс ПМА используется с целью:

- 1) определения воспалительных изменений различных зон десны;
- 2) определения кровоточивости десны;
- 3) оценки гигиенического состояния полости рта.

Каковы данные рентгенологического обследования при хроническом генерализованном пародонтите лёгкой степени:

- 1) резорбция компактной пластинки и верхушек межзубных перегородок;
- 2) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости;
- 3) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов.

Решающим при диагностике пародонтита является:

- 1) отсутствие воспалительных изменений слизистой десны, отсутствие пародонтальных карманов, сохранение кортикальной пластинки на всём её протяжении;
- 2) подвижность и смещение зубов;
- 3) отсутствие гнойного отделяемого из пародонтальных карманов.

Удаление наддесневого зубного камня проводят:

- 1) до кюретажа пародонтальных карманов;
- 2) в процессе кюретажа;
- 3) после кюретажа.

Медикаментозные средства воздействующие на микрофлору пародонтальных карманов:

- 1) метилурацил;
- 2) галаскорбин;
- 3) бутадион;
- 4) хлоргексидина биглюконат.

Серьезное воспаление десневого края с изъязвлением верхушек десневого сосочка характерно для:

- 1) хронического генерализованного катарального гингивита;
- 2) Сифилиса;
- 3) гингивостоматита Венсана;
- 4) туберкулеза.

К первичным бесполостным морфологическим элементам относятся:

- 1) узелок, бугорок, волдырь;
- 2) чешуйка, бугорок, гнойничок;
- 3) эрозия, узелок, волдырь, бляшка;
- 4) бугорок, волдырь, афта, язва.

Тяжелая форма МЭЭ:

- 1) синдром Бехчета;
- 2) синдром Стивенса-Джонсона;
- 3) синдром Гриншпана.

Основным в лечении злокачественной пузырчатки является:

- 1) назначение антибиотиков;
- 2) назначение цитостатиков;
- 3) применение кортикостероидов.

Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:

- 1) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены;
- 2) вены и артериолы;
- 3) прекапилляры, капилляры, посткапилляры.

Полость зуба нижних моляров имеет:

- 1) кубическую форму;
- 2) щелевидную форму;
- 3) ромбовидную форму.

Направление эмалевых призм в области бугров:

- 1) горизонтальное;
- 2) вертикальное.

Укажите особенность формирования кариозной полости для использования современных адгезивных систем:

- 1) ящикообразная форма;
- 2) формирование полости с закруглённым дном;
- 3) край формируют обратноконический для улучшения ретенции.

С целью предотвращения постпломбировочных болей при работе со стеклоиономерными цементами необходимо:

- 1) увлажнение кариозной полости;
- 2) нанесение адгезива перед пломбированием;

- 3) тщательная изоляция поверхности пломбы от ротовой жидкости;
- 4) покрытие поверхности пломбы изолирующим лаком.

Полимеризация светоотверждаемых материалов происходит под действием:

- 1) инфракрасного излучения;
- 2) ультрафиолетового излучения;
- 3) видимого света в диапазоне от 400 до 525 нм.;
- 4) видимого света в диапазоне волн 1000 нм.

Укажите лекарственный препарат, который предпочтительнее вводить в состав лечебных подкладок при глубоком кариесе:

- 1) тимол;
- 2) эвгенол;
- 3) серебро;
- 4) гидроокись кальция.

На адгезию композита к дентину положительно влияет:

- 1) влажная поверхность дентина;
- 2) хорошая антисептическая обработка;
- 3) тщательное просушивание дентина;
- 4) создание ретенционных пунктов.

Для полноценного очищения всех поверхностей зубов необходимо затратить движений:

- 1) до 100;
- 2) 100-200;
- 3) 200-300;
- 4) 300-400.

Оптимальная (физиологическая) концентрация фтора в воде:

- 1) 1.0.5-1.0 мг/л.;
- 2) 1.5-2.0 мг/л.;
- 3) 0.2-0.3 мг/л.;
- 4) 0.1-0.2 мг/л.
- 5)

Какое вещество используется с местным анестетиком:

- 1) спазмолитик;
- 2) миорелаксант;
- 3) вазоконстриктор;
- 4) вазодилататор.

Какое вещество дополнительно используется в составе местноанестезирующих препаратов:

- 1) норадреналин;
- 2) атропин;
- 3) фелипресин.

Гипоплазия относится к заболеваниям, возникающим:

- 1) до прорезывания зубов;
- 2) после прорезывания зубов.

Для профилактики кариеса используют:

- 1) полоскания полости рта раствором фтористого натрия 0,2%;
- 2) полоскания полости рта раствором хлористого натрия;

- 3) проведение электрофореза препаратами калия;
- 4) полоскания полости рта 0,5% раствором хлорида кальция.

Комплексное лечение клиновидных дефектов зубов:

- 1) комплексная реминерализующая терапия с последующим пломбированием СИЦ и композитом;
- 2) изготовление фарфоровых вкладок;
- 3) косметическое протезирование;
- 4) пломбирование амальгамой.

Зондирование кариозной полости при поверхностном кариесе:

- 2) болезненно по дну кариозной полости;
- 3) безболезненно по дну кариозной полости.

Склерозированный дентин при остром кариесе образуется:

- 1) всегда;
- 2) не образуется;
- 3) образуется при использовании антибиотиков;
- 4) образуется при длительно текущем процессе.

Для очистки поверхности зуба перед началом работы с композитами можно применять пасту:

- 1) любую;
- 2) очищение проводить не обязательно;
- 3) специальную, не содержащую ароматизаторов и фторидов;
- 4) зубную пасту гигиеническую.

При восстановлении дефектов III класса композитными материалами скашивание эмали производят:

- 1) равномерно со всех сторон полости;
- 2) не производят;
- 3) только небной поверхности;
- 4) с небной поверхности и с вестибулярной поверхности при выходе на нее.

При хроническом кариесе контактных поверхностей фронтальных зубов пациенты чаще предъявляют жалобы:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на застревание пищи;
- 3) на эстетические недостатки.

Температурная проба при острых формах пульпита:

- 1) умеренно болезненна;
- 2) резко болезненна;
- 3) безболезненна.
- 4)

При хроническом язвенно-некротическом пульпите коронка зуба:

- 1) не изменена в цвете;
- 2) имеет тусклый серый цвет.

Боль ночная, самопроизвольная, приступообразная, кратковременная (до 2 суток) характерна для пульпита:

- 1) острого серозно-гнойного;

- 2) строго гнойно-некротического;
- 3) обострения хронического пульпита.

При хроническом язвенно-некротическом пульпите предпочтительно использовать метод лечения:

- 1) девитальный;
- 2) под анестезией;
- 3) любой.

Пасту для девитализации пульпы изолируют:

- 1) водным дентином;
- 2) дентин-пастой;
- 3) не имеет значения.

Определяющим фактором при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является:

- 1) зондирование;
- 2) пальпация и перкуссия;
- 3) термометрия;
- 4) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия.

Реакция зуба на перкуссию при хроническом периодонтите:

- 1) боль отсутствует;
- 2) резкая боль при вертикальной перкуссии;
- 3) резкая боль при горизонтальной перкуссии;
- 4) любой вид перкуссии усиливает болезненные явления.

Холодовая проба при хронических формах периодонтита:

- 1) резко болезненна;
- 2) болезненна;
- 3) безболезненна.

Отметьте основные требования, предъявляемые к материалам для obturации корневых каналов при лечении периодонтита:

- 1) бактерицидность, пластичность;
- 2) биологическая совместимость, полная герметизация канала, постоянство физико-механических свойств, рентгеноконтрастность;
- 3) легкая выводимость из канала, термоизоляция.

Наиболее частая причина перфорации стенки корневого канала при механической обработке:

- 1) несоответствие размера инструмента диаметру корневого канала;
- 2) беспокойное поведение пациента;
- 3) искривленный корень;
- 4) использование острого машинного дрельбора.

Консервативные лечебные мероприятия при обострении верхушечного периодонтита после пломбирования корневых каналов:

- 1) кислородные ванночки полости рта;
- 2) полоскания отварами трав;
- 3) спиртовые компрессы;
- 4) тепловые гидропроцедуры, при необходимости антибиотикотерапия.

С возникновением гиперплазии десны связаны такие факторы, как:

- 1) беременность;
- 2) лейкемия;
- 3) приём противосудорожных препаратов;
- 4) всё перечисленное.

Каковы данные рентгенологического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:

- 1) резорбция межзубных перегородок на 1/3-1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
- 2) резорбция межзубных перегородок на 1/2-2/3 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
- 3) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка.

Решающим признаком при диагностике хронического генерализованного катарального гингивита является:

- 1) чувствительность шеек зубов;
- 2) выраженные воспалительные изменения десневого края;
- 3) отсутствие пародонтального кармана, сохранение круговой связки.

При заболеваниях пародонта целью избирательного шлифования зубов является:

- 1) нормализация прикуса;
- 2) устранение воспалительного процесса;
- 3) устранение преждевременных окклюзионных контактов;
- 4) эстетические показания.

Методы лечения пародонтоза:

- 1) хирургические методы;
- 2) методы, улучшающие кровообращение в тканях пародонта;
- 3) криохирургические методы.

Акантолитические клетки находят в цитологическом препарате при:

- 1) многоформной экссудативной эритеме;
- 2) красном плоском лишае;
- 3) вульгарной пузырчатке;
- 4) остром герпесе.

При лечении кандидоза назначают:

- 1) противомикробные препараты;
- 2) эпителизирующие средства;
- 3) ферментные препараты;
- 4) полиеновые антибиотики.

Поражение красной каймы от Линии Клейна до середины губы характерно для хейлита:

- 1) актинического;
- 2) эксфолиативного;
- 3) экзематозного.

В соскобе с эрозии при МЭЭ обнаруживают:

- 1) атипичные клетки;
- 2) акантолитические клетки;

3) картину неспецифического воспаления с преобладанием полибластов.

Строение неороговевающего эпителия слизистой оболочки полости рта:

- 1) базальный и роговой слой;
- 2) базальный и шиповидный слой;
- 3) шиповидный и зернистый слой.

Направление волокон периодонта:

- 1) горизонтальное;
- 2) вертикальное;
- 3) тангенциальное;
- 4) тангенциальное и круговое в области маргинальной десны.

Клыки верхней челюсти имеют:

- 1) 1 корень и два хорошо проходимых канала;
- 2) 2 корня и 2 канала;
- 3) 1 корень и хорошо проходимый канал.

При лечении быстро прогрессирующего кариеса в качестве подкладочного материала следует применять:

- 1) фосфат-цемент;
- 2) искусственный дентин;
- 3) пасты с гидроксидом кальция и стеклоиономерные цементы.
- 4)

Как должна накладываться изолирующая подкладка из цемента при реставрации зубов композитами светового отверждения при среднем кариесе:

- 1) до эмалево-дентинного соединения;
- 2) в форме ступеньки;
- 3) на дно кариозной полости;
- 4) не накладывается.

Отметьте совместимость композитов с влагой:

- 1) композиты – гидрофильны;
- 2) композиты гидрофобны;
- 3) с влагой совместимы, но она не должна содержать примеси масла;
- 4) совместимы светополимерные композиты.

Практически не растворимы после затверждения цементы:

- 1) все группы стоматологических цемента растворимы;
- 2) все группы стоматологических цемента нерастворимы;
- 3) СИЦ;
- 4) цинк-фосфатные.

Высокая адгезия композитов к эмали обусловлена:

- 1) правильным формированием эмалевого края;
- 2) хорошим формированием кариозной полости;
- 3) тщательным, предварительным очищением поверхности эмали специальными средствами;
- 4) применением протравливающего кислотного агента.

Срок службы зубной щетки:

- 1) 1 мес.;
- 2) 2 мес.;

- 3) 6 мес.;
- 4) 1 год.

Укажите витамины, которые следует использовать в комплексной профилактике кариеса зубов:

- 1) витамин А и С;
- 2) витамин Е и К;
- 3) витамин Р и Е;
- 4) витамины В1 и Д.

Какой из перечисленных местных анестетиков относится к группе эфирных:

- 1) новокаин;
- 2) лидокаин;
- 3) артикаин;
- 4) мепивакаин.

Местный анестетик, используемый для инъекционного обезболивания:

- 1) дикаин;
- 2) лидокаин;
- 3) анестезин.

Эрозия эмали относится к заболеваниям, возникающим:

- 1) до прорезывания;
- 2) после прорезывания.

Основные клинические формы гипоплазии зубов:

- 1) пятнистая, эрозивная, бороздчатая;
- 2) деструктивная;
- 3) генерализованная;
- 4) очень разнообразные по своему проявлению.

Комплексное лечение радиационного некроза зубов:

- 1) реминерализующая и антиоксидантная терапия с последующим пломбированием СИЦ;
- 2) реставрационное пломбирование зубов;
- 3) нет эффективного лечения;
- 4) пломбирование зубов композитами.

Зондирование кариозной полости при среднем кариесе:

- 1) болезненно по дну кариозной полости;
- 2) безболезненно по дну кариозной полости;
- 3) болезненно по эмалево-дентинному соединению.

Вид склерозированного дентина при визуальном осмотре:

- 1) прозрачный;
- 2) светло-желтый;
- 3) пигментированный;
- 4) зависит от клинической ситуации.

К воспалению пульпы могут привести:

- 1) препарирование кариозной полости без охлаждения;
- 2) полимеризация композита больше положенного времени;
- 3) применение обезболивания;
- 4) длительная просушка воздухом.

При работе с амальгамой в полости V класса скос эмали производится:

- 1) всегда;
- 2) не проводится;
- 3) только в молярах;
- 4) только в неглубоких полостях.

Оптимальный метод лечения кариеса зубов в стадии пятна:

- 1) пломбирование композитным материалом;
- 2) пломбирование стеклоиономерными цементами;
- 3) микрошлифование;
- 4) реминерализующая терапия.

. При хроническом язвенно-некротическом пульпите предпочтительно использовать метод лечения:

- 1) под анестезией;
- 2) девитальный;
- 3) любой.

Боль ночная, приступообразная, самопроизвольная, иррадиирующая по ветвям тройничного нерва, характерна для:

- 1) острого серозно-гнойного пульпита;
- 2) острого гнойно-некротического пульпита;
- 3) невралгии тройничного нерва.

Определяющий признак при диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита:

- 1) характер болей, перкуссия;
- 2) температурная проба;
- 3) характер болей, зондирование, термометрия, ЭОД;
- 4) ЭОД, перкуссия.

Расширение полости зуба при эндодонтическом лечении проводят с целью:

- 1) улучшения фиксации пломбы;
- 2) улучшения доступа к корневым каналам;
- 3) удаления коронковой пульпы.

. Метод витальной экстирпации подразумевает:

- 1) сохранение всей корневой пульпы;
- 2) сохранение  $\frac{1}{2}$  корневой пульпы;
- 3) сохранение 3-4 мм пульпы в области апекса;
- 4) удаление всей корневой пульпы.

Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах хронического периодонтита:

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

. Возможная тактика при полном вывихе постоянного зуба:

- 1) реплантация;
- 2) протезирование;
- 3) эндодонтическая обработка зуба, реплантация, шинирование;
- 4) реплантация, шинирование.

При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:

- 1) до физиологического верхушечного отверстия;
- 2) за анатомическое верхушечное отверстие.

Отметьте реакцию зуба на зондирование и холод при обострившемся верхушечном периодонтите:

- 1) полость зуба вскрыта, зондирование болезненное в одной точке, холод вызывает приступ боли;
- 2) полость зуба вскрыта, зондирование болезненное, реакции на холод нет;
- 3) полость зуба широко вскрыта, слабая болезненность в корневых каналах, боль стихает под действием холода;
- 4) полость зуба вскрыта, зондирование безболезненное, на холод не реагирует.

Жалобы пациента при хроническом фиброзном периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на постоянную пульсирующую боль;
- 3) при этом виде периодонтита как правило пациенты жалоб не предъявляют;
- 4) на кратковременные, самопроизвольные боли.

Жалобы пациентов при хроническом гранулирующем периодонтите:

- 1) на боль от температурных раздражителей;
- 2) на постоянную пульсирующую боль;
- 3) на кратковременную пульсирующую боль;
- 4) на неприятные ощущения в зубе и боль ноющего характера.

Индекс ПИ используется с целью:

- 1) определения глубины пародонтальных карманов;
- 2) определения степени воспалительно-деструктивных изменений пародонта;
- 3) выявления зубной бляшки.

Основными факторами, приводящими к возникновению окклюзионной травмы, являются:

- 1) частичная вторичная адентия;
- 2) патология прикуса;
- 3) ошибки протезирования;
- 4) всё вышеперечисленное.

Основные клинические проявления хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени:

- 1) отёк, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, пародонтальный карман глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;
- 2) отёк, гиперемия десневых сосочков, кровоточивость при дотрагивании, отсутствие пародонтальных карманов, подвижности зубов нет.

При пародонтозе назначают:

- 1) антимикробные препараты;
- 2) поливитамины;
- 3) противовоспалительные препараты.

Показаниями к лоскутной операции являются:

- 1) обострение воспалительного процесса в тканях пародонта;
- 2) гипертрофия десневых сосочков;

3) множественные пародонтальные карманы, резорбция костной ткани.

Диагноз «Язвенно-некротической стоматит Венсана» подтверждает метод исследования:

- 1) цитологический;
- 2) серологический;
- 3) бактериологический;
- 4) иммунологический.

Узелок относят к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.

Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

- 1) противовирусные препараты;
- 2) эпителизирующие средства;
- 3) антигистаминные препараты;
- 4) комплексное.

Для простой формы лейкоплакии характерны:

- 1) бляшки неправильной формы, напоминающие «булыжную мостовую», не возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочкой полости рта;
- 2) бляшки, приподнимающиеся над окружающей слизистой оболочкой;
- 3) эрозии и язвы;
- 4) веррукозные разрастания.

Отростки одонтобластов направлены:

- 1) к периферии пульпы;
- 2) к центру пульпы;
- 3) в дентинные канальцы.

Какие из верхушек корня зуба могут совпадать при отсутствии его кривизны:

- 1) рентгенологическая и анатомическая;
- 2) физиологическая и рентгенологическая;
- 3) анатомическая и физиологическая.

Основные функции периодонта:

- 1) трофическая, рефлекторная;
- 2) защитная, амортизирующая;
- 3) трофическая, барьерная, амортизирующая.

Хорошо шлифуются, полируются композиты:

- 1) микронаполненные;
- 2) макронаполненные;
- 3) гибридные светового отверждения;
- 4) компомеры.

Клинический эффект лечебных подкладок на основе гидроксида кальция обусловлен:

- 1) противовоспалительным действием;
- 2) иммуностимулирующим действием;
- 3) нейтральным рН;
- 4) хорошим изолирующим эффектом.

Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:

- 1) адгезии;
- 2) химического взаимодействия;
- 3) микроретенции.

Время протравливания эмали перед пломбированием композиционными материалами у лиц молодого возраста:

- 1) 15 сек;
- 2) 60 сек;
- 3) 2 мин.

Основное преимущество стоматологических цементов на основе полиакриловой кислоты:

- 1) образование химического (истинного) соединения с твердыми тканями зуба;
- 2) соответствие цвету тканей зуба;
- 3) не вызывают постпломбировочных болей;
- 4) выдерживают любую жевательную нагрузку.

Рекомендуемые сроки замены зубной щетки:

- 1) каждые полгода;
- 2) один раз в год;
- 3) через 3-4 месяца;
- 4) не реже, чем через 2-2.5 месяца.

Наиболее эффективные профилактические лаки:

- 1) лаки, содержащие фторид натрия и фторид кальция;
- 2) лаки, содержащие фторид натрия;
- 3) лаки, не содержащие фторидов;
- 4) лаки, содержащие антисептики.

Какой местный анестетик является действующим началом карпульных препаратов Ультракаин ДС, Септонест, Убистезин:

- 1) лидокаин;
- 2) бупивакаин;
- 3) мепивакаин;
- 4) артикаин.

Интралигаментарную анестезию нельзя использовать при:

- 1) кариесе;
- 2) пульпите;
- 3) пародонтите.

Причиной местной гипоплазией является:

- 1) травма зачатка постоянного зуба;
- 2) инфекционные заболевания в детском возрасте.

Основные клинические признаки нарушения эмали зубов при гипервитаминозе D:

- 1) поражение группы прорезавшихся постоянных передних зубов на верхней или нижнем челюсти в виде горизонтальной бороздки;
- 2) эрозия эмали на отдельных зубах;
- 3) стираемость эмали зубов по горизонтальной плоскости;
- 4) клиновидные дефекты в области передних зубов.

Лечение флюороза зубов (эрозивная форма) включает:

- 1) комплексная реминерализующая терапия и последующее пломбирование СИЦ и композитами;
- 2) косметическое протезирование;
- 3) отбеливание зубов специальными гелями;
- 4) пломбирование эрозий цементами.

Изменения в пульпе начинаются при:

- 1) поверхностном кариесе;
- 2) среднем кариесе;
- 3) глубоком кариесе.

Для реставрации дефектов I и II классов лучше использовать:

- 1) компомеры;
- 2) микронаполненные композиты;
- 3) СИЦ;
- 4) микрогибридные композиты.

Для очистки поверхности зуба перед началом работы с композитами можно применять:

- 1) любую зубную пасту;
- 2) очищение проводить не обязательно;
- 3) специальную пасту, не содержащую ароматизаторов и фторидов;
- 4) зубную пасту для отбеливания зубов.

При пломбировании глубокого кариеса лечебная подкладка накладывается:

- 1) на всё дно кариозной полости;
- 2) на участок, ближе всего расположенный к пульпе точечно;
- 3) может не накладываться.

При пломбировании кариозной полости композитами светового отверждения препарирование ведётся:

- 1) с соблюдением принципов Блэка;
- 2) с учётом принципов биологической целесообразности.

Зондирование при хроническом язвенно-некротическом пульпите:

- 1) болезненно в точке, сообщающейся с пульпой;
- 2) безболезненно;
- 3) болезненно в корневом канале.

Какие данные электроодонтометрии характерны для острого серозно-гнояного пульпита:

- 1) 20-30 мкА;
- 2) 30-50 мкА;
- 3) 60-90 мкА.

При хроническом язвенно-некротическом пульпите коронка зуба:

- 1) не изменена в цвете;
- 2) имеет тусклый серый цвет.

Последовательность механической обработки корневого канала:

- 1) прохождение, экстирпация, расширение, создание конусовидной формы;
- 2) экстирпация, создание конусовидной формы;
- 3) расширение, экстирпация, прохождение.

Наиболее универсальный способ лечения необратимых форм пульпита:

- 1) экстирпация под анестезией;
- 2) девитальная экстирпация;
- 3) девитальная ампутация.

В одно посещение возможно лечение следующих форм периодонтита:

- 1) кисто-гранулемы;
- 2) грануломатозного;
- 3) гранулирующего;
- 4) фиброзного.

Отметьте состояние лимфатических узлов при остром гнойном периодонтите:

- 1) лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижны;
- 2) лимфатические узлы увеличены, болезненные, подвижны;
- 3) лимфатические узлы увеличены, болезненные, неподвижны;
- 4) лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные.

Чтобы снизить риск перфорации искривлённого канала необходимо:

- 1) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал;
- 2) выбрать инструмент соответственно толщине канала;
- 3) работать на искривлённых участках корневого канала про-файлами;
- 4) использовать всё вышеперечисленное.

Принятая рабочая длина корневого канала:

- 1) точно соответствует анатомической длине зуба;
- 2) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;
- 3) длиннее на 1мм, чем рентгенологическая длина зуб;
- 4) иногда равна длине глубиномера ( по субъективным ощущениям).

Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью:

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

. Ведущим дифференциально-диагностическим признаком хронического гранулирующего периодонтита является:

- 1) жалобы на периодически возникающие боли в области зуба;
- 2) конвергенция коронок зубов;
- 3) рентгенологический очаг разрежения околоверхушечных тканей с нечёткими границами при рентгенологическом обследовании;
- 4) наличие свищевого хода.

. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии для исследования микроциркуляции:

- 1) реопародонтография, доплерография, биомикроскопия;
- 2) остеометрия;
- 3) полярография.

Укажите основные признаки развития локализованного катарального гингивита:

- 1) дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей;
- 2) поддесневой зубной камень;
- 3) плохой уход за полостью рта;
- 4) наддесневые зубные отложения, наличие зубного налёта, низкоприкрепленные уздечки языка и губ, дефекты пломбирования и протезирования.

Клинические признаки пародонтоза:

- 1) отсутствие воспалительных явлений и пародонтальных карманов;
- 2) гиперемия десны и гноеотечение из пародонтальных карманов;
- 3) обнажение и гиперестезия шеек зубов, рецессия десны, отсутствие воспаления, зуд, жжение в дёснах.

Показаниями к кюретажу пародонтальных карманов являются:

- 1) одиночные пародонтальные карманы до 4 мм;
- 2) наличие множественных пародонтальных карманов до 6 мм;
- 3) гипертрофия тканей десны.

Цель временного шинирования зубов при воспалительных заболеваниях пародонта:

- 1) снизить избыточную механическую нагрузку на ткани пародонта после лоскутной операции;
- 2) устранить пародонтальные карманы;
- 3) снизить уровень воспаления в тканях пародонта.

Чешуйка относится к элементам поражения:

- 1) первичным инфильтративным;
- 2) первичным экссудативным;
- 3) вторичным.
- 4)

К вирусным заболеваниям относят:

- 1) кандидоз;
- 2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- 3) ящур;
- 4) язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.
- 5)

. Дрожжевую заеду лечат:

- 1) мазью левориновой 2%;
- 2) мазью эритромициновой 2%;
- 3) раствором йода спиртовым 2%;
- 4) эмульсией синтомициновой 2%.
- 5)

. Тяжелая форма МЭЭ:

- 1) Синдром Бехчета;
- 2) Синдром Стивенса-Джонсона;
- 3) Синдром Гриншпана.