

Банк тестовых заданий по дисциплине кариесология

1	1				
1			Перкуссией зуба оценивается состояние:		
	*		Периодонта		
			пульпы		
			десны		
			эмали		
2			При подозрении на озлокачествление хронической трещины губы предпочтительнее провести		
	*		биопсию с гистологическим исследованием		
			полное иссечение с гистологическим исследованием		
			криодеструкцию		
			динамическое наблюдение		
3			Обследование стоматологического больного начинают		
	*		с внешнего осмотра больного		
			с осмотра полости рта		
			с пальпирования лимфатических узлов		
			с рентгенологического обследования		
4			Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают		
	*		с выяснения жалоб		
			с осмотра полости рта		
			с анамнеза жизни		
			с анамнеза болезни		
5			При подозрении на злокачественное образование полости рта проводят дополнительное обследование		
	*		цитологическое		
			сцинтиграфию		

		маммографию		
		ирригоскопию		
6		Предварительный диагноз ставится на основании данных		
	*	осмотра		
		электроодонтометрии		
		анамнеза		
		рентгенографии		
7		К облигатным предраковым заболеваниям относят:		
	*	Абразивный предканцерозный хейлит Манганотти		
		Плоская лейкоплакия		
		Кожный рог		
		Папилломатоз		
8		К облигатным предраковым заболеваниям относят:		
	*	Болезнь Боуэна		
		Эрозивно-язвенная форма красной волчанки		
		Лейкоплакия веррукозная		
		Метеорологический хейлит		
9		К основным методам обследования относится:		
	*	Зондирование		
		Рентгенография		
		ЭОД		
		Трансиллюминация		
10		Какие группы лимфатических узлов при осмотре пациента пальпирует врач-стоматолог?		
	*	Поднижнечелюстные		
		Подмышечные		
		Паховые		

		Надключичные		
1	1			
1		Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние		
	*	пульпы		
		периодонта		
		пародонта		
		эмали		
2		Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации		
	*	эмали		
		при кариесе в стадии белого пятна		
		при эрозии эмали		
		при гипоплазии эмали		
		при флюорозе		
3		Для витального окрашивания эмали зубов используют		
	*	метиленовый синий		
		фуксин		
		эритрозин		
		йодистый калий		
4		Раствор Шиллера-Писарева применяют для определения индекса		
	*	РМА		
		гигиены		
		СРІТN		
		ПИ		
5		Пробой Кулаженко определяют:		
	*	Стойкость капилляров десны		
		Оксигенацию тканей		
		Фагоцитарную активность		

		Чувствительность к гистамину		
6		Для оценки иммиграции лейкоцитов через слизистую оболочку полости рта проводят пробу:		
	*	Ясиновского		
		Кулаженко		
		Волдырную		
		Шиллера-Писарева		
7		Для определения уровня кислорода в тканях десны проводят:		
	*	Полярграфию		
		Реографию		
		Капилляроскопию		
		ОПТГ		
8		Получить трехмерное изображение можно с помощью		
	*	КЛКТ		
		Радиовизиографа		
		ОПТГ		
		Прицельной рентгенограммы		
9		Какие значения ЭОД являются нормой для интактной пульпы		
	*	2-6		
		6-12		
		20-40		
		40-60		
10		Тканевую насыщенность аскорбиновой кислотой определяют:		
	*	Пробой Роттера		
		Пробой Кулаженко		
		Пробой Ясиновского		
		Гистаминовой пробой		

1	1				
1			Какой из перечисленных пунктов не входит в историю болезни		
	*		диагноз по версии больного		
			анамнез настоящего заболевания		
			анамнез жизни больного		
			жалобы больного		
2			Как обозначается кариес в истории болезни		
	*		С		
			К		
			кар		
			к-с		
3			Как обозначается пульпит в истории болезни		
	*		р		
			Pt		
			пульпит		
			п-т		
4			Как обозначается периодонтит в истории болезни		
	*		Pt		
			р		
			периодонтит		
			п-т		
5			Как обозначается отсутствующий зуб в истории болезни		
	*		О		
			У		
			-		
			О/з		

6			История болезни является		
	*		юридическим документом		
			памяткой врача		
			запиской для другого врача-стоматолога		
			необязательной		
7			Медицинская карта стоматологического больного» относится к медицинской документации		
	*		форма № 043/у		
			форма №054/а		
			форма №043/а		
			форма №054/у		
8			В анамнез жизни больного не входит		
	*		дата обращения в клинику		
			место рождения		
			характер питания (регулярное или нет, сколько раз в день, дома или в столовой), характер принимаемой пищи (достаточность, пристрастие к определенным пищевым продуктам)		
			бытовые условия в настоящий момент		
9			Информированное добровольное медицинское согласие пациент подписывает:		
	*		До начала медицинских манипуляций		
			После выполнения медицинской манипуляции		
			По своему усмотрению		
			Во время медицинской манипуляции		
10			В какой графе истории болезни указывают о наличии аллергии на медикаменты у пациента		
	*		Перенесенные и сопутствующие заболевания		

		Местный статус		
		Внешний осмотр		
		Анамнез настоящего заболевания		
1	1			
1		Для витального окрашивания эмали зубов используют		
	*	метиленовый синий		
		Фуксин		
		Эритрозин		
		йодистый калий		
2		Информированное добровольное медицинское согласие пациент подписывает:		
	*	До начала медицинских манипуляций		
		После выполнения медицинской манипуляции		
		По своему усмотрению		
		Во время медицинской манипуляции		
3		Как обозначается кариес в истории болезни		
	*	С		
		К		
		кар		
		к-с		
4		Пробой Кулаженко определяют:		
	*	Стойкость капилляров десны		
		Оксигенацию тканей		
		Фагоцитарную активность		
		Чувствительность к гистамину		
5		Какой из перечисленных пунктов не входит в историю болезни		

	*		диагноз по версии больного		
			анамнез настоящего заболевания		
			анамнез жизни больного		
			жалобы больного		
6			Какие значения ЭОД являются нормой для интактной пульпы		
	*		2-6		
			6-12		
			20-40		
			40-60		
7			При подозрении на озлокачествление хронической трещины губы предпочтительнее провести		
	*		биопсию с гистологическим исследованием		
			полное иссечение с гистологическим исследованием		
			криодеструкцию		
			динамическое наблюдение		
8			Медицинская карта стоматологического больного» относится к медицинской документации		
	*		форма № 043/у		
			форма №054/а		
			форма №043/а		
			форма №054/у		
9			Какие группы лимфатических узлов при осмотре пациента пальпирует врач-стоматолог?		
	*		Поднижнечелюстные		
			Подмышечные		
			Паховые		
			Надключичные		

10			Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние		
	*		пульпы		
			периодонта		
			пародонта		
			эмали		
1	1				
1			Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется		
	*		распространенностью стоматологического заболевания		
			интенсивностью стоматологического заболевания		
			стоматологической заболеваемостью населения		
			коэффициент стоматологической заболеваемости		
2			Интенсивность кариеса зубов пациента выражается		
	*		суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума		
			отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту пациента		
			средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов		
			процентным соотношением пораженных кариесом зубов к здоровым у индивидуума		
3			Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса		
	*		КПУ(з) + кп(з)		
			кпу(з)		
			КПУ(з)		
			ИГР-У		

4			Кутикула зуба представляет собой		
	*		редуцированные клетки эпителия эмалевого органа		
			производное гликопротеидов слюны		
			скопление микроорганизмов и углеводов		
			скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами		
5			Пелликула зуба образована		
	*		гликопротеидами слюны		
			кератином		
			коллагеном		
			редуцированными клетками эпителия эмалевого органа		
6			Среди стрептококков наибольшее значение в возникновении кариеса имеют		
	*		Str. mutans		
			Str. mitis		
			Str. sanguis		
			Str. Salivarius		
7			Какой автор полагал, что ткани зуба являются полупроницаемой мембраной, через которую проходят осмотические токи		
	*		Энтин		
			Шарпенак		
			Миллер		
			Рыбаков		
8			Авторами протеолиз-хеляционной теории являются:		
	*		Шатц и Мартин		
			Лукомский и Блек		
			Энтин и Миллер		

		Шарпенак и Шатц		
9		Согласно рабочей концепции Рыбакова сколько фаз выделяют		
	*	5		
		4		
		3		
		2		
10		Первыми микроорганизмами, при образовании зубной бляшки, являются		
	*	Анаэробы		
		Аэробы		
		Грибы		
		Простейшие		
1	1			
1		Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе		
	*	Фтор		
		Витамины		
		молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций		
		препараты, содержащие декстраназу		
2		Буферные системы слюны обеспечивают		
	*	Поддержание постоянства pH		
		Реминерализацию эмали		
		Деминерализацию эмали		
		Защитную функцию		
3		К буферным системам слюны не относится		
	*	Фосфорная		

		Белковая		
		Бикарбонатная		
		Фосфатная		
4		К функциям слюны не относится		
	*	Трофическая		
		Защитная		
		Реминерализирующая		
		Пищеварительная		
5		Какой фермент в слюне начинает расщеплять углеводы		
	*	амилаза		
		пепсин		
		трипсин		
		щелочная фосфатаза		
6		Вещество, обладающее бактерицидным действием в слюне		
	*	Лизоцим		
		Амилаза		
		Муцин		
		Кислая фосфатаза		
7		Какой иммуноглобулин секретируют слюнные железы		
	*	sIgA		
		IgA		
		IgM		
		IgG		
8		В основе минерализирующей функции слюны лежит ее		
	*	Перенасыщение соединениями кальция и фосфора		
		Недонасыщение соединениями кальция и фосфора		
		Перенасыщение фтором		

		Недонасыщение фтором		
9		Кислая и щелочная фосфатаза слюны расщепляют		
	*	Моноэфиры фосфорной кислоты		
		Стенку бактерий		
		Углеводы		
		Белки		
10		Сколько слюны выделяется у человека за сутки		
	*	0,5-2 л		
		2-3 л		
		0,1-0,5 л		
		1,5-3 л		
1	1			
1		Классификация кариозных полостей по Black включает		
	*	6 классов		
		5 классов		
		4 класса		
		3 класса		
2		Кариозные полости на жевательной поверхности моляров, премоляров, слепых ямках относятся к классу по Black		
	*	I		
		II		
		III		
		IV		
3		Кариозные полости на контактных поверхностях резцов и клыков с повреждением режущего края относятся к классу по Black		
	*	IV		

		II		
		III		
		I		
4		Кариозные полости на контактных поверхностях моляров и премоляров относятся к классу по Black		
	*	II		
		I		
		III		
		IV		
5		Кариозные полости на режущем крае фронтальных и вершинах бугров боковых зубов		
	*	VI		
		II		
		III		
		IV		
6		Кариес эмали в классификации МКБ-10 соответствует		
	*	K02.0		
		K02.1		
		K02.2		
		K02.3		
7		По течению процесса классификации ММСИ не бывает кариеса		
	*	молниеносный		
		медленнотекущий		
		стабилизированный		
		быстротекущий		
8		K02.2 соответствует		
	*	Кариесу цемента		

		Кариесу эмали		
		Кариесу дентина		
		Другому кариесу уточненному		
9		Пришеечные кариозные полости во всех группах зубов относятся к классу по Black		
	*	V		
		II		
		III		
		IV		
10		По глубине процесса, сколько форм кариеса выделяют		
	*	4		
		3		
		5		
		6		
1	1			
1		Методы диагностики кариеса в стадии пятна		
	*	трансиллюминационный метод и окрашивание		
		ЭОД и рентгенография		
		рентгенография и термодиагностика		
		термодиагностика и трансиллюминационный метод		
2		Высушенная поверхность кариозного белого пятна		
	*	теряет блеск		
		меняет цвет		
		остается без изменений		
		становится шероховатой		
3		Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны		

	*	на увеличении проницаемости эмали		
		на уменьшении проницаемости эмали		
		на стабильности эмали		
		на изменении оптических свойств эмали		
4		Для лечения кариеса в стадии пятна применяется:		
	*	Реминерализирующая терапия		
		Препарирование твердых тканей		
		Удаление зуба		
		Покрытие зуба коронкой		
5		Для выявления кариеса в стадии пятна методом витального окрашивания применяют:		
	*	2% раствор метиленового синего		
		Эритрозин		
		Фуксин		
		Раствор Шиллера-Писарева		
6		Очаговая деминерализация происходит в слое эмали:		
	*	Подповерхностном		
		Поверхностном		
		Центральный		
		Глубокий		
7		Раствор Ремодента используют в концентрации		
	*	3%		
		4%		
		5%		
		10%		
8		В состав глубокого фторирования по Кнапвосту входят растворы		
	*	Магний-фтор силикат и гидроокись меди-кальция		

		Глюконат кальция и фторид натрия		
		Ремодент и фторид натрия		
		Фосфорная кислота и гидроокись кальция		
9		Дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна проводят с		
	*	Гипоплазией эмали		
		Глубоким кариесом		
		Хроническим фиброзным пульпитом		
		Пародонтозом		
10		Основная жалоба пациента при кариесе в стадии пятна		
	*	На появление белых пятен в пришеечной области зуба		
		На боли при накусывании		
		На кровоточивость десен		
		На длительные боли по ночам		
1	1			
1		Кариозная полость при поверхностном кариесе располагается в пределах		
	*	Эмали		
		Дентина		
		Пульпы		
		Цементы		
2		Зондирование при поверхностном кариесе		
	*	Безболезненно		
		Болезненно по дну полости		
		Болезненно по эмалево-дентинному соединению		
		Болезненно по всей поверхности кариозной полости		
3		На какую силу тока реагирует пульпа при поверхностном кариесе		

	*		2-6		
			6-12		
			12-20		
			20-40		
4			Дифференциальную диагностику поверхностного кариеса проводят с		
	*		Средним кариесом		
			Острым очаговым пульпитом		
			Патологической стираемостью		
			Хроническим гранулематозным периодонтитом		
5			На какие виды раздражителей возможна реакция при поверхностном кариесе		
	*		На химические		
			На температурные		
			На механические		
			На электрические		
6			Диагноз поверхностный кариес соответствует коду МКБ-10		
	*		K02.0		
			K02.1		
			K02.2		
			K02.3		
7			Тактика лечения поверхностного кариеса:		
	*		Препарирование и пломбирование		
			Реминерализирующая терапия		
			Динамическое наблюдение		
			Удаление зуба		
8			Дифференциальные (отличительные) признаки поверхностного кариеса зубов от среднего		

	*		полная нечувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушение только в эмали		
			высокая чувствительность к химическим раздражителям и значительное разрушение тканей зуба		
			незначительная чувствительность к химическим раздражителям и значительная глубина поражения тканей		
			высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушения только в эмали		
9			При кариесе пациенты жалуются на боль		
	*		только при наличии раздражителя		
			сохраняющуюся после устранения раздражителя		
			самопроизвольную		
			При накусывании		
10			Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса не проводят		
	*		с острым пульпитом		
			с эрозией твердых тканей		
			со средним кариесом		
			с гипоплазией		
1	1				
1			Зона распада и деминерализации (1 зона) при среднем кариесе характеризуется		
	*		Остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов		
			Расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин		
			Слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов		
			Изменениями в пульпе, сходными с острым пульпитом		

2			2 зона изменений твердых тканей при среднем кариесе характеризуется		
	*		Расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин		
			Слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов		
			Изменениями в пульпе, сходными с острым пульпитом		
			Остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов		
3			Средний кариес соответствует коду МКБ-10		
	*		K02.1		
			K02.0		
			K02.4		
			K02.3		
4			Полость при среднем кариесе локализуется в пределах		
	*		Эмали и дентина		
			Только эмали		
			Только дентина		
			Пульпы		
5			При среднем кариесе зондирование полости болезненно		
	*		по эмалеводентиновому соединению		
			по краю эмали		
			по дну кариозной полости		
			безболезненно		
6			3 зона изменений твердых тканей при среднем кариесе характеризуется		
	*		Слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и		

		уменьшением количества одонтобластов		
		Остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов		
		Расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин		
		Изменениями в пульпе, сходными с острым пульпитом		
7		При среднем кариесе в световом микроскопе различается		
	*	Зона прозрачного и интактного дентина		
		Темная зона		
		Тело поражения		
		Подповерхностная деминерализация		
8		Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводят с		
	*	Глубоким кариесом		
		Гипоплазией эмали		
		Кариесом в стадии пятна		
		Флюорозом		
9		Дифференциальный диагноз бессимптомного среднего кариеса проводят с		
	*	Хроническим фиброзным периодонтитом		
		Хроническим гипертрофическим пульпитом		
		Клиновидным дефектом		
		Патологической стираемостью		
10		Клиника среднего кариеса		
	*	непродолжительные боли от температурного или химического раздражителя		
		постоянные спонтанные боли		
		кратковременные спонтанные боли		
		Боли при накусывании		

1	1				
1			Дифференциальные (отличительные) признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита		
	*		отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям		
			высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости		
			высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей		
			высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости		
2			Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса		
	*		боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну		
			боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы		
			боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование		
			боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке		
3			Пульпа при глубоком кариесе реагирует на ток силой		
	*		6-12		
			2-6		
			12-20		
			20-40		
4			Зондирование при глубоком кариесе болезненно		

	*		По всему дну		
			По эмалеводентинному соединению		
			В проекции рога пульпы		
			Безболезненно		
5			Диагноз глубокий кариес соответствует диагнозу по МКБ-10		
	*		Гиперемия пульпы		
			Кариес эмали		
			Кариес дентина		
			Кариес цемента		
6			3 зона изменений твердых тканей при глубоком кариесе характеризуется		
	*		Изменения в пульп, сходные с острым очаговым пульпитом		
			Изменения в пульп, сходные с хроническим пульпитом		
			Слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов		
			Остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов		
7			При глубоком кариесе		
	*		Термометрия положительна, зондирование болезненно		
			Термометрия положительна, зондирование безболезненно		
			Термометрия отрицательна, зондирование болезненно		
			Термометрия отрицательна, зондирование безболезненно		
8			Дифференциальную диагностику глубокого кариеса проводят		
	*		Со средним кариесом		
			С начальным кариесом		
			С поверхностным кариесом		
			С гипоплазией		

9		К осложнениям глубокого кариеса относят		
	*	Пульпит		
		Клиновидный дефект		
		Эрозию		
		Некроз эмали		
10		На рентгенограмме при глубоком кариесе		
	*	Определяется полость в пределах дентина, без вскрытия полости зуба		
		Определяется полость в пределах дентина, со вскрытием полости зуба		
		Ничего не определяется		
		Определяется полость в пределах эмали		
1	1			
1		При лечении глубокого кариеса применяются следующие лечебные прокладки		
	*	Life		
		серебряная паста Гениса		
		паста формалин-резорциновая		
		формальдегидсодержащие пасты без резорцина		
2		В качестве лечебной прокладки используют		
	*	Пасты на основе гидроксида кальция		
		СИЦ		
		Компомеры		
		Ормокеры		
3		Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать		
	*	противовоспалительным и одонтотропным действием		

		быть механически прочным, высоко адгезивным		
		хорошей пластичностью, быстрым твердением		
		не обладать пористостью		
4		При прямом покрытии пульпы лечебная прокладка накладывается		
	*	Непосредственно на пульпу		
		В проекции рога пульпы		
		На все дно кариозной полости		
		На стенки кариозной полости		
5		К цинкоксидэвгенольным лечебным прокладкам относят		
	*	Zinoment		
		Life		
		Dycal		
		Fuji		
6		Основной недостаток цинкоксидэвгенольных паст		
	*	Препятствуют адгезии композитных материалов		
		Токсичны для пульпы		
		Растворяются в ротовой жидкости		
		Дают большую усадку		
7		рН гидрооксида кальция достигает		
	*	12		
		7		
		5		
		3		
8		К кальций-салицилатным цементам относят		
	*	Life		

		Zinoment		
		Admira		
		Vitrebond		
9		В какой форме выпускается материал Dycal		
	*	Паста-паста		
		Порошок-жидкость		
		Жидкость-жидкость		
		Порошок		
10		Какая последовательность лечения при глубоком кариесе в 1 посещение		
	*	Лечебная прокладка - изолирующая прокладка - постоянная пломба		
		Лечебная прокладка - постоянная пломба		
		Изолирующая прокладка - постоянная пломба		
		Лечебная прокладка - изолирующая прокладка - временная пломба		
1	1			
1		Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами		
	*	хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев		
		иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать		
		механической и химической прочностью, устойчивостью цвета		
		выполнять функцию каналозаполняющих материалов		
2		К минеральным цементам относится		
	*	Фосфат-цемент		

		Fuji		
		Life		
		Призма		
3		К минеральным цементам не относится		
	*	СИЦ		
		Цинк-фосфатный цемент		
		Силикатный цемент		
		Силико-фосфатный цемент		
4		Изолирующая прокладка является обязательной при пломбировании		
	*	Силикатным цементом		
		СИЦ		
		Поликарбоксилатным цементом		
		Цинк-фосфатным цементом		
5		Vitrebond – это		
	*	СИЦ двойного отверждения		
		СИЦ тройного отверждения		
		Классический СИЦ		
		Компомер		
6		К временным пломбировочным материалам относят		
	*	Дентин-пасту		
		Силицин		
		Призма		
		Кальцепульп		
7		Время затвердевания искусственного водного дентина		
	*	2-3 минуты		

		5 минут		
		10 минут		
		30 секунд		
8		Показанием для пломбирования кариозных полостей серебряной амальгамой являются полости по Блеку		
	*	I, II		
		III		
		IV		
		VI		
9		Dugest относится к		
	*	Компомерам		
		СИЦ		
		Композитам		
		Ормокерам		
10		Ionoseal относится к		
	*	СИЦ		
		Лечебным прокладкам		
		Временным пломбам		
		Пластмассам		
1	1			
1		Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения		
	*	3-7 дней		
		14 дней		
		12 часов		

		30 дней		
2		Отрицательным свойством силикатных цементов является		
	*	Хрупкость, токсичность		
		Механическая прочность		
		Выделение фтора		
		Высокая теплопроводность		
3		Какой материал способен выделять фтор?		
	*	СИЦ		
		Цинк-фосфатный цемент		
		Компомер		
		Ормокер		
4		Органически модифицированная керамика это		
	*	Ормокер		
		Компомер		
		Композит		
		СИЦ		
5		Admira является представителем		
	*	Ормокеров		
		Компомеров		
		СИЦ		
		Амальгамы		
6		Какой материал сочетает в себе свойства композита и СИЦ		
	*	Dyrect		
		Admira		

		Life		
		Vitrimer		
7		В состав серебряной амальгамы не входит		
	*	Алюминий		
		Олово		
		Серебро		
		Медь		
8		Наиболее неустойчивой является		
	*	Гамма-2 фаза		
		Гамма-фаза		
		Гамма-1 фаза		
		Гамма-3 фаза		
9		Какой металл замедляет процесс затвердения амальгамы и придает ей пластичность		
	*	Sn		
		Ag		
		Cu		
		Hr		
10		Какой металл придает амальгаме большую прочность		
	*	Ag		
		Zn		
		Hr		
		Sn		
1	1			
1		Основой современных композитных материалов является		

	*	бисфенолглицидилметакрилат (Bis-GMA)		
		низкомолекулярная жидкая эпоксидная смола		
		метиловый эфир метакриловой кислоты		
		Кальций-алюмосиликатное стекло		
2		Размер частиц в микронаполненных композитах		
	*	0,04-0,4		
		0,2-0,8		
		0,8-1		
		1-5		
3		Какую функцию в составе композита выполняет силан		
	*	Связывает органический и неорганический наполнитель		
		Является органической матрицей		
		Катализирует процесс отверждения		
		Является неорганическим наполнителем		
4		По величине частиц композиты бывают		
	*	Макронаполненные		
		Жидкие		
		Пакуемы		
		Химического отверждения		
5		К композитам химического отверждения относится		
	*	Consis		
		Filtek Z250		
		Filtek P60		
		Estelite		

6			В каком направлении происходит усадка светоотверждаемых композитов		
	*		По направлению источников света		
			К центру		
			Равномерно по всей площади		
			Диагонально		
7			Какие лампы используют для полимеризации композитов		
	*		Галогенового света		
			Лазерного света		
			Ультрафиолетового света		
			Инфракрасного света		
8			Положительным свойством макронаполненных композитов является		
	*		Прочность		
			Хорошая полируемость		
			Цветостойкость		
			Токсичность		
9			Основной недостаток микрогибридных композитов		
	*		Полимеризационная усадка		
			Прочность		
			Цветостойкость		
			Полируемость		
10			В 60-е годы XX века разработал и внедрил композитные материалы		
	*		Бовен		
			Блек		
			Буш		
			Миллер		

1	1				
1			К бондинговым системам относят		
	*		Адгезив и праймер		
			Плавиковая кислота		
			Ортофосфорная кислота		
			Праймер и кислота		
2			Травление твердых тканей зубов проводят с целью		
	*		для улучшения адгезивных свойств пломбировочного материала		
			реминерализирующего действия на эмаль		
			для диагностики кариеса зубов в стадии пятна		
			улучшения эстетических свойств пломбировочного материала		
3			Концентрация кислоты для протравливания эмали перед пломбированием		
	*		37%		
			10%		
			20%		
			5 %		
4			Термин "тотальное протравливание" означает		
	*		протравливание эмали и дентина		
			протравливание дентина		

		протравливание пульпы		
		протравливание эмали		
5		Связь материала между разнородными поверхностями это		
	*	Адгезия		
		Усадка		
		Краевое прилегание		
		Диффузия		
6		Связь адгезива с эмалью		
	*	Микромеханическая		
		Химическая		
		Механическая		
		Физическая		
7		Гибридный слой состоит из		
	*	Смолы и коллагеновых волокон		
		Бактерий, дентина и смолы		
		Кислоты и коллагеновых волокон		
		Кислоты и смолы		
8		Этапы применения адгезивов 4-го поколения		
	*	Протравливание-праймер-бонд		
		Протравливание-бонд-праймер		
		Бонд-протравливание-праймер		
		Праймер-бонд-протравливание		
9		К адгезивным системам 5-го поколения относят		
	*	Single Bond		
		A.R.T.		
		Solid Bond		

			OptiBond FL		
10			Время протравливания дентина		
	*		5-15 секунд		
			30 секунд		
			45 секунд		
			60 секунд		
1	1				
1			Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал (из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов при декомпенсированной форме кариеса		
	*		композиционные пломбировочные материалы		
			силико-фосфатные пломбировочные материалы		
			фторсодержащие цементы		
			пломбировочные материалы на основе акриловой смолы		
2			Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является		
	*		шлифование и полирование пломбы		
			моделирование пломбы		
			изоляция от слюны		
			травление эмали		
3			Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод устранения дефектов твердых тканей зуба (пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)		

	*		устранение дефекта композиционным материалом		
			устранение дефекта армированной вкладкой, выпиленной из гарнитурного зуба		
			предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории и фиксации ее на фосфат цемент		
4			Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали при восстановлении зуба по IV классу, необходимая для хорошей фиксации пломбы?		
	*		1/2 от ширины пломбы		
			2 мм		
			1 мм		
			прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм		
5			Цвет пломбировочного материала для эстетической реставрации следует выбирать при следующих условиях		
	*		при естественном освещении на влажной поверхности зуба		
			при искусственном освещении после протравливания поверхности зуба кислотой		
			в темноте на высушенной поверхности зуба		
			Под галогеновой лампой		
6			Каким композитом лучше пломбировать фронтальную группу зубов		
	*		Микронаполненным		
			Макронаполненным		
			Химическим		

		Жидкотекучим		
7		Первым этапом препарирования кариозной полости является		
	*	Вскрытие кариозной полости		
		Некрэктомия		
		Формирование полости		
		Вскрытие полости зуба		
8		Дополнительную площадку при препарировании полостей III класса формируют на поверхности		
	*	Оральной		
		Режущем крае		
		Вестибулярной		
		Пришеечной		
9		При некрэктомии кариозной полости фронтальных зубов оставляют дентин		
	*	Твердый и светлый		
		Размягченный и светлый		
		Размягченный и пигментированный		
		Твердый и пигментированный		
10		Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать		
	*	непосредственно сразу		
		через 1 минуту		
		через 2 минуты		
		через 6-10 минут		

1	1				
1			Для восстановления контактного пункта используют		
	*		Матрицы		
			Штрипсы		
			Эмалевый нож		
			Полировочные диски		
2			При тонельном методе препарирования полостей II класса доступ проводят		
	*		Из фиссуры на жевательной поверхности		
			С вестибулярной поверхности		
			С оральной поверхности		
			С контактной поверхности		
3			При пломбировании сэндвич-техниккой используют материалы		
	*		СИЦ и композит		
			Фосфат-цемент и композит		
			СИЦ и амаьгама		
			Лечебную прокладку и композит		
4			При пломбировании полостей методом открытого сэндвича прокладка		
	*		Не перекрывается композитом		
			Перекрывается композитом		

		Накладывается на края		
		Не используется		
5		При пломбировании полостей методом закрытого сэндвича прокладка		
	*	Перекрывается композитом		
		Не перекрывается композитом		
		Накладывается на края		
		Не используется		
6		Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композитными материалами является		
	*	Шлифовка и полировка		
		Полимеризация		
		Травление эмали		
		Нормализация окклюзии		
7		Для выявления суперконтатов используют		
	*	Артикуляционную бумагу		
		Штрипсы		
		Матрицу		
		Лак		
8		Суперадаптивный слой делают из материала		
	*	Жидкотекучий композит		
		Пакуемый композит		
		СИЦ		
		Компомер		
9		Для обработки контактного пункта используют		

	*		Штрипсы		
			Щеточки		
			Экскаватор		
			Штопфер		
10			К видам доступа препарирования кариозных полостей II класса не относится		
	*		Дистальный		
			Тонельный		
			Прямой		
			Вестибулярный		
1	1				
1			Неадекватное прилегание пломбировочного материала к стенкам препарированной кариозной полости является причиной		
	*		вторичного кариеса		
			ксеростомии		
			флюороза		
			стоматита Венсана		
2			Отсутствие охлаждения зуба при препарировании средней или глубокой кариозной полости, непосредственно приводит к		
	*		пульпиту		
			периодонтиту		
			гингивиту		
			рецидивирующему кариесу		
3			Завышение прикуса при пломбировании кариозной полости может привести к:		

	*		периодонтиту		
			пульпиту		
			кариесу		
			гингивиту		
4			Паппилит или воспаление межзубного сосочка возникает из-за:		
	*		наличия нависающего края пломбы или единой пломбы на смежных полостях		
			попадание бондинг системы на слизистую преддверия полости рта		
			перфорации дна кариозной полости		
			Использования лечебной прокладки		
5			Несоответствие цвета пломбы цвету эмали может быть из-за:		
	*		неправильного выбора цвета пломбировочного материала		
			нарушения технологии приготовления пломбировочного материала		
			плохой полировки пломбы (наличии пор)		
			все варианты верны		
6			В месте перфорации дна кариозной полости появляется:		
	*		кровь		
			слюна		
			кариес		
			Лимфа		
7			Болевой симптом при препарировании кариозной полости связан с:		
	*		неадекватной анестезией		
			перфорацией полости зуба		
			перегревом тканей зуба		
			Психо-эмоциональным состоянием пациента		
8			Чрезмерное время протравливания кариозной полости приводит к:		

	*		полости хрупкости тканей полости		
			повышенной пористости тканей		
			наличию смазанного слоя на поверхности тканей полости		
			Наличию гибридного слоя		
9			Выпадение пломбы может произойти из-за:		
	*		все варианты верны		
			неадекватной теплоизоляции		
			наложение единой пломбы в соседних кариозных полостях		
			несоблюдения методики пломбирования		
10			Перфорация полости это		
	*		создание сообщения с полостью зуба		
			закругление кариозной полости		
			изменение цвета зуба после пломбирования		
			нарушение окклюзии		
1	1				
1			С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях		
	*		0,05; 0,1; 0,2%		
			0,02; 0,05; 0,1%		
			0,01; 0,02%		
			0,5; 1,0; 1,5%		
2			Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят		
	*		1 раз в неделю		

		Ежедневно		
		1 раз в 2 недели		
		1 раз в полгода		
3		Фторированное молоко в целях профилактики кариеса наиболее целесообразно употреблять детям в возрасте		
	*	с 6 до 15 лет		
		с 3 до 12 лет		
		с 3 до 9 лет		
		с 7 до 16 лет		
4		Причиной эндемического флюороза является		
	*	повышенное содержание фторида в питьевой воде		
		инфекционное заболевание ребенка		
		недостаток кальция в организме ребенка		
		недостаток фтора в организме ребенка		
5		Системный характер поражения зубов наблюдается		
	*	при флюорозе		
		при местной гипоплазии эмали		
		при кариесе в стадии пятна		
		при среднем кариесе		
6		Содержание фторида натрия в 1 л фторированного молока составляет		

	*		1,5 мг		
			1,0 мг		
			0,5 мг		
			2,5 мг		
7			Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса постоянных зубов наиболее эффективно с возраста		
	*		6 лет		
			5 лет		
			2 года		
			10 лет		
8			Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики кариеса является содержание фторида в питьевой воде		
	*		менее половины оптимального		
			оптимальное		
			субоптимальное		
			больше оптимального		
9			Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят		
	*		1 раз в 2 недели		
			1 раз в неделю		
			ежедневно		

			1 раз в полгода		
10			Количество фторидсодержащего раствора на одну профилактическую процедуру полоскания не должно превышать		
	*		10 мл		
			5 мл		
			20 мл		
			50 мл		
1	1				
1			Среди стрептококков наибольшее значение в возникновении кариеса имеют		
	*		Str. mutans		
			Str. mitis		
			Str. sanguis		
			Str. Salivarius		
2			Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят		
	*		1 раз в 2 недели		
			1 раз в неделю		
			ежедневно		
			1 раз в полгода		
3			Связь адгезива с эмалью		
	*		Микромеханическая		

		Химическая		
		Механическая		
		Физическая		
4		Admira является представителем		
	*	Ормоковеров		
		Компомеров		
		СИЦ		
		Амальгамы		
5		Дифференциальную диагностику поверхностного кариеса проводят с		
	*	Средним кариесом		
		Острым очаговым пульпитом		
		Патологической стираемостью		
		Хроническим гранулематозным периодонтитом		
6		Размер частиц в микронаполненных композитах		
	*	0,04-0,4		
		0,2-0,8		
		0,8-1		
		1-5		
7		Буферные системы слюны обеспечивают		
	*	Поддержание постоянства pH		
		Реминерализацию эмали		
		Деминерализацию эмали		
		Защитную функцию		
8		Клиника среднего кариеса		
	*	непродолжительные боли от температурного или химического раздражителя		
		постоянные спонтанные боли		

		кратковременные спонтанные боли		
		Боли при накусывании		
9		Vitrebond – это		
	*	СИЦ двойного отверждения		
		СИЦ тройного отверждения		
		Классический СИЦ		
		Компомер		
10		Пелликула зуба образована		
	*	гликопротеидами слюны		
		кератином		
		коллагеном		
		редуцированными клетками эпителия эмалевого органа		
1	1			
1		Тканевую насыщенность аскорбиновой кислотой определяют:		
	*	Пробой Роттера		
		Пробой Кулаженко		
		Пробой Ясиновского		
		Гистаминовой пробой		
2		Диагноз глубокий кариес соответствует диагнозу по МКБ-10		
	*	Гиперемия пульпы		
		Кариес эмали		
		Кариес дентина		
		Кариес цемента		
3		Пришеечные кариозные полости во всех группах зубов относятся к классу по Black		
	*	V		

		II		
		III		
		IV		
4		Пробой Кулаженко определяют:		
	*	Стойкость капилляров десны		
		Оксигенацию тканей		
		Фагоцитарную активность		
		Чувствительность к гистамину		
5		Обследование стоматологического больного начинают		
	*	с внешнего осмотра больного		
		с осмотра полости рта		
		с пальпирования лимфатических узлов		
		с рентгенологического обследования		
6		Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является		
	*	шлифование и полирование пломбы		
		моделирование пломбы		
		изоляция от слюны		
		травление эмали		
7		Фторированное молоко в целях профилактики кариеса наиболее целесообразно употреблять детям в возрасте		
	*	с 6 до 15 лет		
		с 3 до 12 лет		
		с 3 до 9 лет		

			с 7 до 16 лет		
8			Какие лампы используют для полимеризации композитов		
	*		Галогенового света		
			Лазерного света		
			Ультрафиолетового света		
			Инфракрасного света		
9			К осложнениям глубокого кариеса относят		
	*		Пульпит		
			Клиновидный дефект		
			Эрозию		
			Некроз эмали		
10			В состав глубокого фторирования по Кнапвосту входят растворы		
	*		Магний-фтор силикат и гидроокись меди-кальция		
			Глюконат кальция и фторид натрия		
			Ремодент и фторид натрия		
			Фосфорная кислота и гидроокись кальция		
1	1				
1			Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов в период их развития возникает		
	*		гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз		
			эрозии зубов		
			кислотный некроз		
			клиновидный дефект		
2			Эмалеобразующими клетками являются		
	*		энамелобласты		

		одонтобласты		
		фибробласты		
		цементоциты		
3		К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:		
	*	клиновидный дефект		
		системная гипоплазия		
		флюороз		
		местная гипоплазия		
4		Системный характер поражения зубов наблюдается при		
	*	флюорозе		
		клиновидном дефекте		
		местной гипоплазии эмали		
		эрозии эмали		
5		Основной источник поступления фторида в организм человека - это:		
	*	питьевая вода		
		пищевые продукты		
		воздух		
		лекарства		
6		Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали:		
	*	проницаемость		
		микротвердость		
		плотность		
		растворимость		
7		Аномалия развития зуба - это:		
	*	сращение, слияние и раздвоение зубов		

		эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде		
		порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей		
		прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии		
8		Избыток фтора в воде приводит к:		
	*	нарушению минерализации		
		недостаточному образованию эмали		
		дефектам в образовании кристаллов апатита		
		отложению эндогенного материала		
9		Эрозия зубов по классификации МКБ-10 соответствует коду		
	*	K03.2		
		K03.1		
		K02.1		
		K05.1		
10		Клиновидные дефекты по классификации МКБ-10 соответствуют коду		
	*	K03.1		
		K03.2		
		K03.3		
		K03.4		
1	1			
1		Дифференциальный диагноз системной гипоплазии проводят		
	*	с кариесом в стадии пятна		
		с флюорозом		
		с истиранием		

		с эрозией		
2		Зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье являются разновидностью		
	*	системной гипоплазии		
		местной гипоплазии		
		эндемического флюороза		
		клиновидного дефекта		
3		Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются		
	*	заболевания ребенка после рождения		
		заболевания матери во время беременности		
		генетические факторы		
		низкое содержание фтора в питьевой воде		
4		Причиной местной гипоплазии эмали являются		
	*	травматическое повреждение зачатка зуба		
		болезни ребенка после рождения		
		низкое содержание фтора в питьевой воде		
		болезни матери во время беременности		
5		Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является		
	*	нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста		
		несовершенный остеогенез		
		содержание фтора в питьевой воде		
		инфицирование фолликула при травме		
6		Характерными жалобами при гипоплазии являются		
	*	изменение цвета и формы зубов		
		повышенная чувствительность		
		стертость эмали		
		жалобы отсутствуют		

7		Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является		
	*	вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров		
		вестибулярная поверхность всех групп зубов		
		фиссуры		
		шейка фронтальных зубов		
8		Гипоплазия твердых тканей зубов - это:		
	*	порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей		
		эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде		
		сращение, слияние и раздвоение зубов		
		нарушение эмалиобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов		
9		Более тяжелая форма гипоплазии:		
	*	аплазия эмали		
		изменение цвета		
		недоразвитие эмали		
		стирание твердых тканей		
10		Гипопластические изменения коронки в виде поперечной борозды		
	*	бороздчатая форма		
		волнистая форма		
		точечная форма		
		лестничная форма		
1	1			
1		Флюороз - это:		
	*	эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором		

		при избыточном содержании его в питьевой воде		
		порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей		
		сращение, слияние и раздвоение зубов		
		нарушение эмалиобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов		
2		Классификация флюороза, включающая 5 форм, предложена:		
	*	Патрикеевым В.К.		
		Бобович Р.Д.		
		Новиком И.О.		
		Овруцким Г.Д.		
3		Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является		
	*	содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л		
		неясная причина		
		нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста		
		несовершенный остеогенез		
4		Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является		
	*	вестибулярная поверхность резцов, клыков		
		фиссуры, естественные углубления		
		шейка зуба		
		вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров		
5		Профилактика флюороза включает		
	*	замену водопровода		
		прием морепродуктов		
		контроль гигиены полости рта		

		покрытие зубов герметиками		
6		Жалобы больных при флюорозе		
	*	на косметический дефект		
		на ночные боли в зубах		
		на боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва		
		на боли от холодного и горячего		
7		Пятнистая форма флюороза характеризуется:		
	*	наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок		
		появлением небольших меловидных полосок-штрихов		
		хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали		
		на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием		
8		Меловидно-крапчатая форма флюороза:		
	*	хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали		
		наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок		
		появлением небольших меловидных полосок-штрихов		
		на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием		
9		Деструктивная форма флюороза:		
	*	изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания		
		наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок		
		появлением небольших меловидных полосок-штрихов		
		хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали		
10		Для дифференциальной диагностики флюороза дополнительно проводят		

	*		витальное окрашивание		
			эод зуба		
			рентгенологическое исследование		
			пробу Кулаженко		
1	1				
1			При несовершенном амелогенезе поражены только		
	*		все молочные и постоянные зубы		
			молочные резцы		
			молочные моляры		
			постоянные резцы		
2			«Гипсовые» зубы являются одним из проявлений		
	*		несовершенного амелогенеза		
			гипоплазии эмали		
			флюороза		
			несовершенного дентиногенеза		
3			При несовершенном одонтогенезе (дисплазия Капдепона) поражены		
	*		все молочные и постоянные зубы		
			все молочные зубы		
			молочные моляры		
			постоянные резцы		
4			Заболевание, являющееся наследственным		
	*		дисплазия Капдепона		
			системная гипоплазия		
			флюороз		
			местная гипоплазия		

5		При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении		
	*	только эмали		
		только дентина		
		эмали и дентина		
		нарушение пульпы		
6		План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:		
	*	генеалогического метода (метода родословных)		
		осмотра полости рта		
		клинического анализа крови		
		рентгенологического метода		
7		Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для:		
	*	аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза		
		аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза		
8		Гипопластический дефект эмали в виде горизонтального ряда ямок, линейных впадин, характерен для:		
	*	аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза		
		аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза		

9			Поверхность зубов грубая, гранулообразная, напоминающая притертое стекло, с участками отсутствия эмали, характерна для:		
	*		аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза		
			аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)		
			х-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза		
			аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза		
10			Изменения эмали, различные у мужчин и женщин, характерны для:		
	*		х-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза		
			аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза		
			аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)		
			аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза		
1	1				
1			Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:		
	*		несовершенном амело- и дентиногенезе		
			флюорозе		
			гипоплазии		
			истирании (клиновидный дефект)		
2			При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтона-Кандепона) поражены:		
	*		все молочные и постоянные зубы		

		все молочные зубы		
		молочные и постоянные премоляры		
		молочные и постоянные моляры		
3		Клинический признак, характерный для синдрома Стейнтона-Кандепона:		
	*	стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы		
		наличие ночных болей		
		кариозные полости		
		«рифленные» зубы		
4		Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:		
	*	ортопедические методы		
		пломбирование кариозных полостей		
		депульпирование зуба		
		удаление зуба		
5		2 тип несовершенного дентиногенеза называется		
	*	синдромом Сентона-Капдепона		
		болезнь Фролика		
		болезнь Лобштейна		
		мраморная болезнь		
6		1 тип несовершенного дентиногенеза		
	*	Болезнь Фролика		
		Синдром Сентона-Капдепона		
		Мраморная болезнь		
		Флюороз		
7		Этиологическим фактором наследственных нарушений развития твердых тканей зуба		
	*	генная мутация		

		нарушение формирования матрицы		
		нарушение созревания эмали		
		Превышенное содержание фтора в воде		
8		При нарушении развития дентина происходит облитерация полости зуба и корневых каналов:		
	*	да		
		нет		
		только в резцах		
		только в молярах		
9		При корневой дисплазии дентина полости молочных зубов имеют вид полумесяца :		
	*	да		
		нет		
		только в резцах		
		только в молярах		
10		План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:		
	*	генеалогического метода (метода родословных)		
		осмотра полости рта		
		клинического анализа крови		
		рентгенологического метода		
1	1			
1		Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается		
	*	травма, эрозия зубов, клиновидный дефект		
		гипоплазия		
		флюороз зубов		

		гиперплазия		
2		Клиническая картина клиновидного дефекта:		
	*	дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях		
		дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками		
		овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки		
		потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта		
3		Клиническая картина эрозии зуба - это:		
	*	овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки		
		дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками		
		дефект в' форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях		
		потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта		
4		Выпадение зуба из его лунки - это:		
	*	полный вывих		
		вколоченный вывих		
		неполный вывих		
		перелом корня		
5		К травме зуба не относится		
	*	Перелом нижней челюсти		
		Перелом корня		
		Вколоченный вывих		

		Перелом коронки зуба в пределах эмали		
6		К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:		
	*	клиновидный дефект		
		системная гипоплазия		
		флюороз		
		клиновидный дефект		
7		Некроз эмали не бывает		
	*	Галогеновый		
		Компьютерный		
		Радиационный		
		Кислотный		
8		Лечение дисколоритов зубов		
	*	Отбеливание		
		Реминерализирующая терапия		
		Фотодинамическая терапия		
		Съемное протезирование		
9		Эрозия зубов по классификации МКБ-10 соответствует коду		
	*	K03.2		
		K03.1		
		K02.1		
		K05.1		
10		Клиновидные дефекты по классификации МКБ-10 соответствуют коду		
	*	K03.1		
		K03.2		
		K03.3		

			К03.4		
1	1				
1			Наиболее полно механизм развития чувствительности дентина объясняет гипотеза:		
	*		рецепторов одонтобластов		
			непосредственной стимуляции нервных окончаний		
			гидродинамическая		
			химико-паразитарная		
2			Чувствительностью дентина страдают чаще:		
	*		лица пожилого возраста		
			женщины		
			дети		
			мужчины		
3			Клинически наиболее часто чувствительность дентина определяют в области:		
	*		шейки зуба		
			коронки зуба		
			корня зуба		
			бугров зуба		
4			К факторам, предрасполагающим к возникновению чувствительности дентина, относят:		
	*		отбеливание зубов		
			курение		
			хронический стресс		
			подростковый возраст		

5		Первоначальными мероприятиями по устранению чувствительности дентина являются:		
	*	применение препаратов кальция местно и внутрь		
		мероприятия первичной профилактики и специальная методика чистки зубов		
		аппликации фтористым лаком и другие лечебные вмешательства (по показаниям)		
		проведение физиотерапевтических процедур		
6		При раздражении обнаженного дентина слабым раствором лимонной кислоты дентинная жидкость:		
	*	перемещается внутрь		
		движется наружу		
		может перемещаться как внутрь, так и наружу		
		не перемещается		
7		Реминерализация эмали зуба определяется ее		
	*	проницаемостью		
		микротвердостью		
		растворимостью		
		прозрачностью		
8		Раствор «Ремодента» проницаемость эмали		
	*	понижает		
		повышает		
		не изменяет		
		сначала повышает, потом понижает		
9		Ортофосфорная кислота проницаемость эмали		
	*	повышает		
		понижает		
		не изменяет		

			сначала понижает, потом повышает		
10			Наиболее эффективным методом лечения больных с чувствительностью дентина является		
	*		вакуум-дарсонвализации, десенситайзеров и препаратов кальция		
			фтор-лака		
			вакуум-дарсонвализации и десенситайзеров		
			дентинной адгезивной системы		
1	1				
1			Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:		
	*		несовершенном амело- и дентиногенезе		
			истирании (клиновидный дефект)		
			эрозии		
			флюорозе		
2			Выраженное склерозирование дентина, уменьшение полости зуба, атрофия пульпы зуба характеризуют:		
	*		III степень стирания		
			II степень стирания		
			I степень стирания		
			IV степень стирания		
3			Характерные жалобы, предъявляемые больными при патологической стертости зубов		
	*		все вышеперечисленное		
			боль в височно-нижнечелюстных суставах		
			эстетический дефект		
			гиперестезия		

4			Интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах		
	*		патологическое стирание		
			гипоплазия		
			гипопластический неполноценный амелогенез		
			клиновидный дефект		
5			Третьей степени стирания зубов (по Бракко) соответствует		
	*		уменьшение высоты коронки с исчезновением средней трети коронки		
			стирание коронки до шейки зуба		
			стирание эмали режущих краев и бугров		
			полное стирание бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки		
6			При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется		
	*		углубление носогубных складок, старческое выражение лица		
			асимметрия лица		
			"птичье" лицо		
			изменений нет		
7			Повышенному истиранию зубов способствуют		
	*		бруксизм		
			употребление большого количества углеводов		
			неполноценное развитие эмали и дентина		
			повышенное содержание фтора в питьевой воде		
8			Возраст, при котором физиологическое стирание ограничено пределами эмали:		
	*		до 35 лет		
			до 30 лет		
			до 25 лет		

		до 40 лет		
9	*	По направлению патологическая стираемость не бывает		
		Диагональной		
		Вертикальной		
		Горизонтальной		
		Смешанной		
10	*	При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зуба		
		уменьшается		
		увеличивается		
		не изменяется		
		сначала уменьшается, потом увеличивается		
1	1			
1	*	Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является		
		дефект на шейке зуба в виде клина		
		изменение формы зуба		
		дефект режущего края и бугров в виде площадки		
		дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала		
2	*	Дифференциальные признаки отличия клиновидных дефектов от эрозии эмали зубов		
		дефекты располагаются в области шеек зубов, имеют специфическую форму, гладкие, блестящие, крипетируют при зондировании		
		дефекты располагаются на различных поверхностях зубов, матовые, с размягченным дентином		
		дефекты различной формы, располагаются несколько ниже экватора зуба, с плотным дном, наличие гиперестезии дентина		
3		Клиновидные дефекты наиболее выражены на:		

	*	клыках и премолярах верхней и нижней челюсти		
		резцах нижней челюсти		
		молярах верхней челюсти		
		резцах верхней челюсти		
4		Причиной возникновения клиновидного дефекта является:		
	*	ежедневное применение высокоабразивных зубных паст		
		наследственная предрасположенность		
		повышенное содержание фторида в питьевой воде		
		неудовлетворительная гигиена полости рта		
5		Пациентам с клиновидными дефектами твердых тканей зубов рекомендуется использовать зубную щетку:		
	*	мягкую		
		средней жесткости		
		жесткую		
		очень жесткую		
6		На какой поверхности зуба локализуется клиновидный дефект:		
	*	вестибулярной		
		на язычной		
		апроксимальной		
		окклюзионной		
7		Какие осложнения могут развиваться при глубоком клиновидном дефекте		
	*	хронический пульпит и отлом коронки зуба		
		пародонтоз		
		гингивит		
		гиперестезия		
8		К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания		

		зубов, относятся:		
	*	клиновидный дефект		
		флюороз		
		несовершенный амело- и дентиногенез		
		системная гипоплазия		
9		Профилактика клиновидного дефекта включает		
	*	применение мягкой зубной щетки		
		полоскание полости рта щелочными растворами		
		ограничение в пищевом рационе плодов цитрусовых		
		применение фторсодержащих таблеток		
10		Длительное использование жесткой зубной щетки и высокоабразивной зубной пасты может привести к возникновению:		
	*	клиновидного дефекта твердых тканей зубов		
		флюороза		
		гипоплазии эмали		
		очагов деминерализации эмали		
1	1			
1		Факторы, способствующие развитию эрозии зубов		
	*	все вышеперечисленное		
		воздействие химических веществ:		
		воздействие кислот на промышленном предприятии		
		эндокринные заболевания		
2		Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов		
	*	формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных		
		наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов		

		более глубокое поражение тканей зубов симметричность		
		атипичное расположение эрозий эмали на зубах		
3		План лечения эрозий эмали зубов		
	*	обследование у смежного специалиста с последующей реминерализующей общей и местной терапией и пломбированием зубов		
		направление в ортопедический кабинет для зубного протезирования		
		пломбирование дефектов зубов композитными материалами		
		пломбирование зубов цементами		
4		Эрозии твердых тканей локализуются		
	*	только на вестибулярных поверхностях		
		только на жевательных поверхностях зубов		
		на всех поверхностях		
		на вестибулярной и язычной		
5		Для эрозии характерна деминерализация		
	*	поверхностная		
		подповерхностная		
		частичная подповерхностная		
		центральная		
6		Важная роль в патогенезе эрозии твердых тканей зубов отводится гиперфункции:		
	*	щитовидной железы		
		половых желез		
		надпочечников		
		слюнных желез		
7		Клиническая картина эрозии зуба - это:		
	*	овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части		

		вестибулярной поверхности коронки		
		дефект в' форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях		
		дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками		
		потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта		
8		I степень эрозии зубов:		
	*	поражение только поверхностных слоев эмали		
		поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения		
		поражение поверхностных слоев дентина		
		убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности		
9		II степень эрозии зубов:		
	*	поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения		
		поражение только поверхностных слоев эмали		
		поражение поверхностных слоев дентина		
		убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности		
10		Активная стадия эрозии зубов:		
	*	убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности		
		поражение только поверхностных слоев эмали		
		поражение поверхностных слоев дентина		
		поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения		
1	1			
1		Дифференциальные диагностические признаки отличия начальной		

		степени кислотного некроза эмали от синдрома Стентона - Капдепона		
	*	сглаживание формы зубов, наличие гиперестезии, матовая поверхность эмали, чувство "слипания" зубов		
		частичное или полное отсутствие эмали зубов, пигментированный дентин		
		значительные участки зубов без эмали, острые края эмали,		
		окраска зубов от перламутровой до коричневой, наличие гиперестезии, поражены все зубы		
2		Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:		
	*	«слипание зубов»		
		чувство «оскомины»		
		боль от химических раздражителей		
		боль от температурных раздражителей		
3		Радиационный некроз твердых тканей характеризуется:		
	*	отсутствием боли		
		болью от химических раздражителей		
		болью от механических раздражителей		
		болью от температурных раздражителей		
4		При кислотном некрозе наиболее тяжело поражаются:		
	*	резцы и клыки		
		моляры нижней челюсти		
		моляры верхней челюсти		
		премоляры нижней челюсти		
5		На какой поверхности коронки зуба локализуются очаги некроза:		
	*	вестибулярной		
		апроксимальной		
		жевательной		
		язычной		

6			Вторая степень кислотного некроза характеризуется		
	*		потерей эмали и дентина		
			потерей только эмали		
			потерей эмали и дентина с образованием вторичного дентина;		
			изменениями в пульпе		
7			Причиной пришеечного некроза тканей зуба могут быть:		
	*		заболевания эндокринной системы		
			недостаток витамина d		
			недостаток витамина b		
			недостаток витамина a		
8			Дифференциальная диагностика кислотного некроза проводится		
	*		все верно		
			с поверхностным и средним кариесом		
			с гипоплазией,		
			эрозивной и деструктивной формами флюороза		
9			Какими растворами рекомендуется полоскать ротовую полость для профилактики кислотного некроза		
	*		Щелочными		
			Кислыми		
			Нейтральными		
			Слабо-кислыми		
10			К видам некроза не относится		
	*		Эрозивный		
			Радиационный		
			Пришеечный		
			Кислотный		

1	1				
1			Сульфид железа (очень темный пигмент) окрашивает зуб в случае:		
	*		повреждения пульпы и кровоизлияния в полость зуба		
			пломбирования канала зуба пастами, окрашивающими зуб (резорцин-формалиновая, энедометазоновая пасты)		
			плохой гигиены полости рта		
			нерационально подобранного материала для постоянной пломбы		
2			Лекарственные вещества, которые вызывают окраску зубов		
	*		тетрациклин		
			анальгин		
			димедрол		
			хлорид кальция		
3			Тетрациклин вызывает окрашивание молочных зубов при лечении		
	*		беременной женщины		
			ребенка старше 3 лет		
			ребенка старше 10 лет		
			ребенка старше 5 лет		
4			Интенсивность окрашивания «тетрациклиновых зубов» зависит от:		
	*		вида тетрациклина и его количества		
			количества билирубина при гемолитической болезни новорожденных		
			наследственных нарушений развития эмали		
			избытка фтора в питьевой воде		
5			Для выявления зубного налета используется метод:		
	*		окрашивания		
			зондирования		
			пальпации		
			электроодонтодиагностики		

6			Удаление зубных отложений в стоматологической практике осуществляется для профилактики:		
	*		воспалительных заболеваний пародонта		
			флюороза		
			местной гипоплазии		
			зубочелюстных аномалий		
7			Какое заболевание может привести к окрашиванию зубов в красный цвет		
	*		Порфирия		
			Гипертиреоз		
			Системная красная волчанка		
			Панкреатит		
8			При лечении зуба резорцин-формалиновой пастой ткани зуба окрашиваются в цвет		
	*		Розовый		
			Синий		
			Зеленый		
			Серый		
9			При гематогенной желтухе зубы могут окраситься в цвет		
	*		Желтый		
			Розовый		
			Красный		
			Оранжевый		
10			У курильщиков на зубах определяется налет цвет		
	*		Коричневого		
			Зеленого		
			Белого		

		Красного		
1	1			
1		Местные противопоказания к проведению отбеливания:		
	*	большая пульпарная полость		
		гипоплазия		
		флюороз		
		возрастные изменения цвета зуба		
2		Для домашнего отбеливания применяют перекись карбамида в концентрации:		
	*	10-12%		
		5-7%		
		25-35%		
		35-40%		
3		Общие противопоказания к отбеливанию зубов:		
	*	аллергические реакции на перекись водорода, беременность, кормление грудью		
		обширные реставрации		
		большая пульпарная полость		
		выраженные воспалительные явления в пародонте		
4		Устранить дисколорит витальных зубов (легкая степень), развившийся в результате применения тетрациклина в детстве, можно методом:		
	*	внешнего отбеливания		
		внутреннего отбеливания		
		микроабразии		
		резекцией дентина		

5			Местные противопоказания к отбеливанию зубов:		
	*		убыль эмали, обнажение корней зубов		
			загрязнение поверхности зубов		
			беременность и кормление грудью		
			наличие аллергических реакций на перекись водорода		
6			Разрушает пигмент в зубах при отбеливании		
	*		Атомарный кислород		
			Водород		
			Мочевина		
			Аммиак		
7			Отбеливание в капках относится к виду отбеливания		
	*		Домашнему		
			Кабинетному		
			Внутреннему		
			Лазерному		
8			В системе Zoom! Используются лампы		
	*		LED-лампы		
			Лазерные		
			Ультрафиолетовые		
			Инфракрасные		
9			Десенсебилизирующим действием обладает		
	*		Нитрат калия		
			Сульфат бария		
			Хлорид натрия		
			Нитрит кальция		
10			Для снижения болевого синдрома при процедуре отбеливания		

		рекомендуется		
	*	Перед процедурой выпить таблетку обезболивающего		
		Сделать местную анестезию		
		Сделать общую анестезию		
		Выпить таблетку обезболивающего после процедуры		
1	1			
1		Клинические признаки ушиба зуба		
	*	подвижность зуба I степени или подвижность зуба клинически не определяется		
		подвижность зуба II степени		
		подвижность зуба III степени		
		подвижность зуба IV степени		
2		Чувствительность пульпы по данным ЭОД при ушибе зуба		
	*	снижена		
		повышена		
		нормальная		
		не определяется		
3		Рентгенологические признаки ушиба зуба		
	*	на рентгенограмме изменений нет		
		«исчезновение» периодонтальной щели в каких-либо участках (у верхушки зуба, на боковых стенках корня зуба)		
		периодонтальная щель расширена у верхушки зуба		
		периодонтальная щель равномерно расширена		
4		Тактика врача при ушибе зуба		
	*	вывести зуб из окклюзии, динамическое наблюдение		
		шинирование на 2-4 недели, динамическое наблюдение		

		эндодонтическая терапия		
		удаление зуба		
5		Жалобы при ушибе временных и постоянных зубов в первые 2-3 дня после травмы:		
	*	боли от температурных раздражителей		
		жалоб нет		
		интенсивные приступообразные ночные боли		
		чувство «выросшего зуба», отказ от твердой пищи		
6		При лечении ушиба однокоренного постоянного зуба необходимо:		
	*	разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета		
		удаление травмированного зуба		
		шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели		
		эндодонтическое лечение		
7		Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2-3 дня чаще происходит в зубах:		
	*	сформированных однокорневых		
		несформированных однокорневых		
		сформированных многокорневых		
		несформированных многокорневых		
8		Клинические признаки при ушибе постоянного или временного зуба в первые 2-3 дня после травмы:		
	*	болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует		
		зуб короче симметричного, погружен в лунку		
		смещение коронки в различном направлении		
		зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия		

9		При лечении ушиба однокоренного временного зуба необходимо:		
	*	сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета		
		удаление травмированного зуба		
		разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтических аппаратов		
		эндодонтическое лечение		
10		При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель:		
	*	не изменена		
		сужена		
		расширена		
		отсутствует		
1	1			
1		Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха зуба		
	*	подвижности зуба нет, укорочение видимой части коронки зуба		
		увеличение видимой части коронки зуба		
		подвижность зуба II-III степени		
		видимая часть коронки зуба не изменена		
2		Рентгенологические признаки вколоченного вывиха		
	*	у верхушки зуба периодонтальная щель «исчезает»		
		изменений на рентгенограмме нет		
		периодонтальная щель равномерно расширена		
		периодонтальная щель резко расширена у верхушки		
3		Тактика врача при вколоченном вывихе молочного сформированного зуба		
	*	удаление зуба		
		хирургическая репозиция и шинирование сроком на 2-4 недели		
		щадящий режим питания, противовоспалительная терапия,		

		наблюдение		
		вытяжение зуба с помощью аппарата, при гибели пульпы эндодонтическое лечение		
4		Тактика врача при вколоченном вывихе постоянного зуба		
	*	вытяжение зуба с помощью аппарата, при гибели пульпы эндодонтическое лечение		
		щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, наблюдение		
		удаление зуба		
		хирургическая репозиция и шинирование сроком на 2-4 недели		
5		Рентгенологические признаки бокового вывиха		
	*	расширение периодонтальной щели на одной боковой поверхности и «исчезновение» на другой при смещении в сторону соседнего зуба		
		расширение периодонтальной щели у верхушки зуба		
		равномерное расширение периодонтальной щели		
		изменений в периодонте нет		
6		Выпадение зуба из его лунки - это:		
	*	полный вывих		
		вколоченный вывих		
		неполный вывих		
		перелом корня		
7		Частичное смещение корня зуба из альвеолы - это:		
	*	неполный вывих		
		полный вывих		
		вколоченный вывих		
		перелом корня		
8		При вколоченном вывихе молочного зуба проводят		

	*		удаление зуба		
			реплантацию		
			контроль эод		
			шинирование		
9			Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:		
	*		временном		
			постоянном		
			ортогнатическом		
			прогеническом		
10			Вывих зуба сопровождается:		
	*		полным или частичным разрывом волокон периодонта и изменением положения зуба в альвеоле		
			изменением положения зуба в альвеоле без повреждения периодонта		
			нарушением целостности стенок альвеолы		
			нарушением целостности твердых тканей зуба		
1	1				
1			При переломе коронки постоянного несформированного зуба с обнажением пульпы в первые 6-12 часов		
	*		биологический метод лечения пульпита		
			закрытие линии перелома фтор-цементом		
			витальная ампутация пульпы		
			высокая ампутация		
2			При переломе коронки с обнажением пульпы несформированного зуба в течение первых 48 часов		
	*		провести витальную ампутацию пульпы зуба		
			провести биологический метод лечения		
			провести экстирпацию пульпы зуба		

		удалить зуб		
3		При переломе корня в средней части при сохранении жизнеспособной пульпы показано		
	*	шинирование, динамическое наблюдение		
		удаление верхней части корня		
		стягивание отломков с помощью штифтов		
		удаление зуба		
4		Наиболее благоприятный для сохранения зуба перелом корня:		
	*	поперечный (в области верхней трети корня)		
		косой		
		оскольчатый		
		продольный		
5		Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка шести лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:		
	*	удалить		
		сохранить, проведя эндодонтическое лечение		
		оставить под наблюдением		
		сохранить, используя культевую штифтовую вкладку		
6		Перелом в средней части корня зуба сопровождается:		
	*	болью при накусывании, при перкуссии и подвижностью зуба		
		болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба		
		изменением цвета коронки зуба		
		самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей		
7		Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:		
	*	перелом коронки или корня удаляемого зуба		
		периостит		
		альвеолит		

		остеомиелит		
8		При продольном переломе корня зуба проводят:		
	*	удаление зуба		
		пломбирование канала фосфат цемента со штифтом		
		реплантация зуба		
		резекция		
9		Депульпирование зуба при травме показано при значениях эод:		
	*	200мкА		
		30 мкА		
		10 мкА		
		2 мкА		
10		При переломе коронки в пределах эмали требуется		
	*	сошлифовать острые края дефекта		
		покрытие зуба защитной ортодонтической коронкой		
		восстановление дефекта композиционным материалом		
		удаление зуба		
1	1			
1		Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:		
	*	замена водопровода		
		предупреждение заболеваний матери в период беременности		
		гигиена полости рта		
		герметизация фиссур		
2		Эндогенное использование препаратов фтора относится к методам профилактики		
	*	первичной		
		вторичной		

		третичной		
		четвертичной		
3		Основным направлением третичной профилактики стоматологических заболеваний является комплекс мер, направленных		
	*	на восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы		
		на предупреждение их возникновения		
		на предупреждение осложнений возникшего заболевания		
		на предупреждение их появления		
4		Основным направлением вторичной профилактики стоматологических заболеваний является комплекс мер, направленных		
	*	на предупреждение осложнений возникшего заболевания		
		на предупреждение их возникновения		
		на восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы		
		на восстановление зубного ряда		
5		Основным направлением первичной профилактики стоматологических заболеваний является комплекс мер, направленных на		
	*	на предупреждение их возникновения		
		на предупреждение осложнений возникшего заболевания		
		на восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы		
		на восстановление зубного ряда		
6		Для профилактики эрозий необходимо		
	*	Исключить из рациона кислые продукты		
		Исключить из рациона молочные продукты		

		Исключить из рациона мясо		
		Исключить из рациона овощи		
7		Для профилактики возникновения клиновидных дефектов рекомендуется использовать зубную щетку		
	*	Мягкую		
		Среднюю		
		Жесткую		
		Очень жесткую		
8		Для профилактики местной гипоплазии рекомендуется		
	*	Своевременное лечение молочных зубов		
		Умеренное потребление сладкого		
		Исключить кислые продукты		
		Применение таблеток фторида натрия		
9		Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л)		
	*	Более 10		
		7		
		5		
		3		
10		Предельно допустимая концентрация фтора в воде (мг/л)		
	*	1.5		
		1.0		
		2.0		
		0.5		
1	1			
1		Гипоплазия твердых тканей зубов - это:		

	*	порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей		
		эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде		
		сращение, слияние и раздвоение зубов		
		нарушение эмалиобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов		
2		При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель:		
	*	не изменена		
		сужена		
		расширена		
		отсутствует		
3		Для домашнего отбеливания применяют перекись карбамида в концентрации:		
	*	10-12%		
		5-7%		
		25-35%		
		35-40%		
4		Лекарственные вещества, которые вызывают окраску зубов		
	*	тетрациклин		
		анальгин		
		димедрол		
		хлорид кальция		
5		Важная роль в патогенезе эрозии твердых тканей зубов отводится гиперфункции:		
	*	щитовидной железы		
		половых желез		
		надпочечников		

		слюнных желез		
6		При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтона-Кандепона) поражены:		
	*	все молочные и постоянные зубы		
		все молочные зубы		
		молочные и постоянные премоляры		
		молочные и постоянные моляры		
7		Классификация флюороза, включающая 5 форм, предложена:		
	*	Патрикеевым В.К.		
		Бобович Р.Д.		
		Новиком И.О.		
		Овруцким Г.Д.		
8		Пятнистая форма флюороза характеризуется:		
	*	наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок		
		появлением небольших меловидных полосок-штрихов		
		хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали		
		на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием		
9		Клиновидные дефекты наиболее выражены на:		
	*	клыках и премолярах верхней и нижней челюсти		
		резцах нижней челюсти		
		молярах верхней челюсти		
		резцах верхней челюсти		
10		Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для:		
	*	аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза		
		аутосомно-доминантного местного гипопластического		

		неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза		
		аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза		

Банк ситуационных задач по дисциплине кариесология

Задача № 1.1.

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

Объективно: на жевательной поверхности зуба 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 №1.2.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности зуба 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 №1.3.

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности зуба 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

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 №1.4.

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую 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 № 1.5.

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 № 1.6.

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 №1.7.

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 №1.8.

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 №1.9.

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 №1.10.

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 №1.11.

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 №1.12.

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 №1.13.

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 №1.14.

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?

Задача № 2.1.

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 № 2.2.

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 № 2.3.

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 № 2.4.

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 № 2.5.

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 № 2.6.

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 № 2.7.

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 № 2.8.

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 № 2.9.

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 № 2.10.

Больная, 31 год, обратилась с жалобами на резкую боль от холодного воздуха, чувство оскороины 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 № 2.11.

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 № 2.12.

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.