

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Патогенез кариозных поражений зубов»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	<u>Знать:</u> методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования; необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза; этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных стоматологических заболеваний	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - тест;
	<u>Уметь:</u> собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологических заболеваний	Блок В, D – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	<u>Владеть:</u> способностью критически оценивать результаты лабораторных, патологоанатомических исследований в целях распознавания состояния или установление факта наличия, или отсутствия стоматологического заболевания, соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами.	Блок С, D – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-6: Способен к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями.	<u>Знать:</u> этиологию, патогенез, клинику стоматологических заболеваний; основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами; основные направления и проблематику в ведении больных с различными стоматологическими заболеваниями	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - тест;
	<u>Уметь:</u> раскрыть смысл определения тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями; провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения стоматологических заболеваний; отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами.	Блок В, D – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	<u>Владеть:</u> навыками изложения и анализировать этиологию, патогенез различных клинических стоматологических заболеваний для постановки диагноза; приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами; навыками определения тактики ведения больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.	Блок С, D – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - ситуационные задачи

Технологическая карта дисциплины
«Патогенез кариозных поражений зубов»
Курс 3, семестр 6, Количество ЗЕ – 2, Отчетность – ЗАЧЕТ

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 Кариес в стадии пятна.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями.	10	15	6неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	10	15	
Модуль 2					
Раздел 2 Поверхностны й, средний и глубокий кариес.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями.	10	20	9неделя
	Рубежный	Устный опрос, тесты	10	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

ТЕСТЫ

1. Гипоплазия твердых тканей зубов - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

2. Флюороз - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде . 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 2) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 3) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных^х зубов
- 4) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

3. Эрозия зубов - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 4) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
- 5) сращение, слияние и раздвоение зубов

4. Несовершенный амелогенез - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

5. Аномалия развития зуба - это:

- 1) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- 2) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- 3) сращение, слияние и раздвоение зубов
- 4) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
- 5) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

6. Возраст, при котором физиологическое стирание ограничено пределами эмали:

- 1) до 25 лет
- 2) до 30 лет
- 3) до 35 лет
- 4) до 40 лет
- 5) до 50 лет

7. Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:

- 1) флюорозе
- 2) гипоплазии
- 3) несовершенном амело- и дентиногенезе
- 4) истирании (клиновидный дефект)
- 5) эрозии

8. Недостаточное насыщение ротовой жидкости гидроксиапатитом и фтора-патитом характерно для:

- 1) гипоплазии
- 2) эрозии эмали
- 3) кариеса
- 4) флюороза
- 5) гиперплазии

9. Клиническая картина эрозии зуба - это:

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 2) дефект в' форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
- 5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

10. I степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

11. II степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

12. III степень эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

13. Активная стадия эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина
- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

14. Стабилизированная стадия эрозии зубов:

- 1) поражение всей эмали до дентиноэмалевого соединения
- 2) поражение только поверхностных слоев эмали
- 3) поражение поверхностных слоев дентина

- 4) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием начета на пораженной поверхности
- 5) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налета и гиперестезии

15. Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов требует:

- 1) более длительного протравливания поверхности эрозии, чем при кариесе
- 2) препарирования только твердосплавными борами
- 3) использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания
- 4) реминерализующей терапии
- 5) пломбирования только стеклоиономерными цементами

16. Действующее вещество отбеливающих систем:

- 1) гипохлорит натрия
- 2) перекись водорода
- 3) хлорамин
- 4) соляная кислота
- 5) хлоргексидин

17. Системность поражения зубов всегда характерна для:

- 1) пульпита
- 2) кариеса
- 3) гипоплазии
- 4) эрозии зубов
- 5) гингивита

18. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются:

- 1) заболевания матери в период беременности
- 2) заболевания ребенка в первый год после рождения
- 3) генетические факторы
- 4) высокое содержание фтора в питьевой воде
- 5) низкое содержание фтора в воде

19. Причина местной гипоплазии эмали:

- 1) заболевания ребенка после рождения
- 2) генетические факторы
- 3) периодонтит молочного зуба
- 4) низкое содержание фтора в питьевой воде,
- 5) высокое содержание фтора в воде

20. Патологические изменения при флюорозе возникают в результате нарушения функций:

- 1) амелобластов
- 2) одонтобластов
- 3) остеобластов
- 4) цементобластов
- 5) цементацитов

21. Штриховая форма флюороза характеризуется:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

22. Пятнистая форма флюороза характеризуется:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

23. Меловидно-крапчатая форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов

- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

24. Эрозивная форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

25. Деструктивная форма флюороза:

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

26. «Муаровая» эмаль характерна для:

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

27. Муаровый рисунок эмали при флюорозе обусловлен:

- 1) уменьшением межпризмных пространств, зонами гипоминерализации
- 2) увеличением межпризмных пространств, зонами гиперминерализации
- 3) увеличением межпризмных пространств, зонами гипо- и гиперминерализации
- 4) поверхностной деминерализацией
- 5) подповерхностной деминерализацией

28. Концентрация фтора в питьевой воде, при которой выявляются легкие формы флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0
- 5) 2,5

29. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- 1) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- 2) замена водопроводника
- 3) гигиена полости рта
- 4) герметизация фиссур
- 5) фторирование молока

30. Клиническая картина клиновидного дефекта:

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 2) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
- 5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

31. Назначение антибиотиков тетрациклинового ряда может привести к развитию «тетрациклиновых» зубов у детей в возрасте:

- 1) от 1 года до 6 лет
- 2) от 6 мес. до 6 лет
- 3) от 1 мес. до 6 лет
- 4) от 6 мес. до 12 лет 5) от 6 лет до 12 лет

32. Устранить дисколорит витальных зубов (легкая степень), развившийся в результате применения тетрациклина в детстве, можно методом:

- 1) микроабразии
- 2) внутреннего отбеливания
- 3) внешнего отбеливания
- 4) резекцией дентина
- 5) изготовлением виниров

33. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:

- 1) чувство «оскомины»
- 2) «слипание зубов»
- 3) боль от химических раздражителей
- 4) боль от температурных раздражителей
- 5) боль от механических раздражителей

34. Клиническая форма системной гипоплазии:

- 1) очаговая деминерализация
- 2) недоразвитие эмали
- 3) истирание (клиновидный дефект)
- 4) стирание твердых тканей
- 5) эрозия эмали

35. Более тяжелая форма гипоплазии:

- 1) изменение цвета
- 2) недоразвитие эмали
- 3) отсутствие эмали
- 4) стирание твердых тканей
- 5) эрозия эмали

36. Гипопластические изменения коронки в виде поперечной борозды:

- 1) волнистая форма
- 2) точечная форма
- 3) бороздчатая форма
- 4) лестничная форма
- 5) аплазия

37. Форма системной гипоплазии в виде точечных углублений:

- 1) волнистая форма
- 2) точечная форма
- 3) бороздчатая форма
- 4) лестничная форма
- 5) аплазия

38. Распространенность флюороза при концентрации фтора в воде 1,0-1,5

- 1) 10-12%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-45%
- 5) более 50%

39. Изменение цвета эмали при флюорозе связано с:

- 1) увеличением плотности наружного слоя эмали
- 2) уменьшение плотности наружного слоя эмали
- 3) стабильностью плотности наружного слоя эмали
- 4) уменьшение плотности подповерхностного слоя эмали
- 5) деминерализацией эмали

40. Причина задержки прорезывания зубов:

- 1) скарлатина
- 2) ветряная оспа
- 3) корь
- 4) рахит
- 5) ОРВИ

41. Наиболее часто встречающийся тип неполноценного амелогенеза:

- 1) гипопластический
- 2) гипомотурационный
- 3) гипокальцификационный
- 4) комбинационный
- 5) точного определения нет

42. УФ-лучи вызывают люминисценцию измененных в цвете зубов вследствие:

- 1) гемолитической болезни новорожденных
- 2) приема тетрациклина
- 3) стирания
- 4) эндодонтического лечения
- 5) травмы зуба

43. Избыток фтора в воде приводит к:

- 1) недостаточному образованию эмали
- 2) нарушению минерализации
- 3) дефектам в образовании кристаллов апатита
- 4) отложению эндогенного материала
- 5) изменению структуры органической матрицы

44. Классификация флюороза, включающая 5 форм, предложена:

- 1) Бобович Р.Д.
- 2) Новиком И.О.
- 3) Патрикеевым В.К.
- 4) Овруцким Г.Д.
- 5) Николишиным А.К.

45. Интенсивность окрашивания «тетрациклиновых зубов» зависит от:

- 1) количества билирубина при гемолитической болезни новорожденных
- 2) вида тетрациклина и его количества
- 3) наследственных нарушений развития эмали
- 4) избытка фтора в питьевой воде
- 5) нарушений минерализации эмали

46. Выраженное склерозирование дентина, уменьшение полости зуба, атрофия пульпы зуба характеризуют:

- 1) I степень стирания
- 2) II степень стирания
- 3) III степень стирания
- 4) IV степень стирания
- 5) возрастные изменения

47. При кислотном некрозе наиболее тяжело поражаются:

- 1) моляры верхней челюсти
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) резцы и клыки
- 4) премоляры нижней челюсти
- 5) премоляры верхней челюсти

48. Выпадение зуба из его лунки - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

49. Частичное смещение корня зуба из альвеолы - это:

- 1) вколоченный вывих
- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

50. Частичное или полное смещение зуба из лунки в сторону тела челюсти —это

- 1) вколоченный вывих

- 2) полный вывих
- 3) неполный вывих
- 4) перелом корня
- 5) перелом коронки

51. Устойчивость к отбеливанию сохраняют:

- 1) зубы с каналами, запломбированными эндометазоновой пастой
- 2) «тетрациклиновые зубы»
- 3) зубы с гипопластическими изменениями
- 4) зубы, измененные под воздействием избытка фтора
- 5) зубы, измененные в цвете в результате травмы

52. Местные противопоказания к проведению отбеливания:

- 1) флюороз
- 2) гипоплазия
- 3) большая пульпарная полость
- 4) возрастные изменения цвета зуба
- 5) большие пломбы

53. Для домашнего отбеливания применяют перекись карбамида в концентрации:

- 1) 5-7%
- 2) 10-12%
- 3) 25-35%
- 4) 35-40%
- 5) 40-45%

54. Концентрация перекиси карбимида для клинического («офисного») отбеливания:

- 1) 5-7%
- 2) 10-12%
- 3) 25-35%
- 4) 35-40%
- 5) 40-45%

55. План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:

- 1) осмотра полости рта
- 2) клинического анализа крови
- 3) Генеалогического метода (метода родословных)
- 4) рентгенологического метода
- 5) биохимического анализа крови

56. Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

57. Гипопластический дефект эмали в виде горизонтального ряда ямок, линейных впадин, характерен для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

58. Тонкая (1/4-1/3 нормальной толщины) твердая эмаль характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

59. Тонкая (1/4-1/8 нормальной толщины) твердая эмаль с грубой гранулооб-разной поверхностью характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза

- 2) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
- 3) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза

60. Поверхность зубов грубая, гранулообразная, напоминающая притертое стекло, с участками отсутствия эмали, характерна для:

- 1) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 2) аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)
- 3) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза

61. Изменения эмали, различные у мужчин и женщин, характерны для:

- 1) аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 2) аутосомно-рецессивного неполноценного амелогенеза (неполное развитие)
- 3) X-сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
- 4) аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
- 5) аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза

62. Эмаль нормальной толщины, но мягче, чем нормальная, с тенденцией к откалыванию от дентина:

- 1) гипопластический неполноценный амелогенез
- 2) гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
- 3) гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
- 4) комбинационный неполноценный амелогенез
- 5) аутосомно-доминантный местный гипопластический неполноценный амелогенез

63. Аплазия эмали на губной поверхности коронки зуба с гиперестезией открытых участков дентина характеризует:

- 1) гипопластический неполноценный амелогенез
- 2) гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
- 3) гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
- 4) комбинационный неполноценный амелогенез
- 5) аутосомно-доминантный местный гипопластический неполноценный амелогенез

64. Внешние факторы, изменяющие цвет зуба:

- 1) длительный прием антибиотиков тетрациклинового ряда
- 2) гибель пульпы
- 3) пищевые продукты и лекарственные вещества для полоскания полости рта
- 4) кровоизлияния в пульпу
- 5) эндодонтическое лечение

65. Внешние факторы развития стирания зубов:

- 1) нарушения прикуса
- 2) перегрузка вследствие утраты зубов
- 3) неправильная конструкция протезов
- 4) воздействие бытовых и профессиональных вредностей
- 5) наследственные нарушения

66. Клиновидные дефекты наиболее выражены на:

- 1) резцах верхней челюсти
- 2) резцах нижней челюсти
- 3) молярах верхней челюсти
- 4) клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
- 5) молярах нижней челюсти

67. Важная роль в патогенезе эрозии твердых тканей зубов отводится гиперфункции:

- 1) надпочечников
- 2) половых желез
- 3) щитовидной железы
- 4) слюнных желез
- 5) гипофиза

68. Эрозия твердых тканей обычно не развивается на:

- 1) поверхностях центральных, боковых резцов верхней челюсти
- 2) поверхностях клыков и премоляров нижней челюсти
- 3) поверхностях клыков и премоляров верхней челюсти
- 4) резцах и молярах нижней челюсти
- 5) одинаково поражаются все группы зубов

69. Радиационный некроз твердых тканей характеризуется:

- 1) болью от температурных раздражителей
- 2) болью от химических раздражителей
- 3) болью от механических раздражителей
- 4) отсутствием боли
- 5) иррадиацией боли

70. Наиболее благоприятный для сохранения зуба перелом корня:

- 1) продольный
- 2) косой
- 3) оскольчатый
- 4) поперечный (в области верхней трети корня)
- 5) поперечный (в области середины корня)

71. Местные противопоказания к отбеливанию зубов:

- 1) загрязнение поверхности зубов
- 2) убыль эмали, обнажение корней зубов
- 3) беременность и кормление грудью
- 4) наличие аллергических реакций на перекись водорода
- 5) возраст (до 18 лет)

72. Общие противопоказания к отбеливанию зубов:

- 1) большая пульпарная полость
- 2) обширные реставрации
- 3) аллергические реакции на перекись водорода, беременность, кормление грудью
- 4) выраженные воспалительные явления в пародонте
- 5) перфорация в пришеечной области

73. Повысить эффективность отбеливания можно с помощью:

- 1) предварительного депульпирования зуба
- 2) удаления поверхностного слоя эмали
- 3) повышения температуры зуба на 10°C, применения лазерной технологии
- 4) уменьшения экспозиции отбеливателя
- 5) увеличения экспозиции отбеливателя

74. Сульфид железа (очень темный пигмент) окрашивает зуб в случае:

- 1) пломбирования канала зуба пастами, окрашивающими зуб (резорцин-формалиновая, энедодетазоновая пасты)
- 2) повреждения пульпы и кровоизлияния в полость зуба
- 3) плохой гигиены полости рта
- 4) нерационально подобранного материала для постоянной пломбы
- 5) курения

75. Зубы Гетчинсона - это проявление:

- 1) системной гипоплазии
- 2) местной гипоплазии
- 3) флюороза
- 4) стирания
- 5) кариеса

76. Гипоплазия твердых тканей зубов возникает в результате:

- 1) избытка фтора в воде
- 2) наследственных нарушений
- 3) нарушения минерального и белкового обмена в организме плода или ребенка
- 4) инфекционных факторов
- 5) воздействия зубной бляшки

77. Гипоплазия эмали сопровождается:

- 1) выраженной гиперестезией
- 2) нарушениями строения дентина и пульпы зуба
- 3) изменениями в периодонте
- 4) изменениями окклюзии
- 5) изменениями слизистой оболочки рта

78. Гипоплазия постоянных зубов у детей развивается в период:

- 1) закладки зубов
- 2) формирования и минерализации зубов
- 3) прорезывания зубов
- 4) дифференцировки зубных зачатков
- 5) после прорезывания зубов

79. Гипопластические дефекты постоянных зубов возникают в:

- 1) первый месяц жизни
- 2) первые полгода жизни
- 3) первые 9 месяцев жизни
- 4) первый год жизни ребенка
- 5) период внутриутробного развития

80. Заболевания ребенка в первые месяцы жизни дают развитие гипоплазии в области:

- 1) режущего края центральных резцов и бугров первых моляров
- 2) режущего края вторых резцов и клыков
- 3) жевательной поверхности первых премоляров
- 4) жевательной поверхности вторых премоляров
- 5) жевательной поверхности вторых моляров

81. При введении небольших доз тетрациклина меняется:

- 1) цвет эмали зубов
- 2) блеск эмали зубов
- 3) форма зуба
- 4) структура (недоразвитие эмали)
- 5) доза тетрациклина не влияет на состояние зубов

82. При введении больших доз тетрациклина меняется:

- 1) цвет эмали зубов
- 2) блеск эмали зубов
- 3) форма зуба
- 4) структура (недоразвитие эмали)
- 5) доза тетрациклина не влияет на состояние зубов

83. Кроме зубов, при флюорозе развивается поражение:

- 1) мышц
- 2) сосудов
- 3) кожи
- 4) костного скелета
- 5) нервной системы

84. Выраженность (тяжесть) флюороза может зависеть от:

- 1) наличия наследственных заболеваний
- 2) диеты
- 3) климата (жаркий, холодный)
- 4) состояния здоровья
- 5) времени года

85. Системные гипопластические изменения чаще встречаются в:

- 1) премолярах верхней челюсти
- 2) постоянных резцах, первых молярах
- 3) молочных молярах
- 4) премолярах нижней челюсти
- 5) третьих молярах

86. Предельно-допустимая концентрация фтора в воде (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0
- 5) 2,5

87. Концентрация фтора в питьевой воде, при которой выявляются легкие формы флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1,0
- 3) 1,5
- 4) 2,0
- 5) 2,5

88. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):

- 1) 1
- 2) 2-3
- 3) 4-6
- 4) 7-8
- 5) более 10

89. Жалобы больных при пятнистой форме флюороза:

- 1) иррадиирующие боли по ходу ветвей тройничного нерва
- 2) ночные боли в зубах
- 3) косметический дефект
- 4) боли от температурных раздражителей
- 5) боли при накусывании на зуб

90. «Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:

- 1) кариеса в стадии пятна
- 2) гипоплазии эмали
- 3) флюороза
- 4) несовершенного амелогенеза
- 5) несовершенного дентиногенеза

91. При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтона-Кандепона) поражены:

- 1) все молочные зубы
- 2) молочные и постоянные премоляры
- 3) молочные и постоянные моляры
- 4) молочные и постоянные резцы
- 5) все молочные и постоянные зубы

92. Клинический признак, характерный для синдрома Стейнтона-Кандепона:

- 1) наличие ночных болей
- 2) кариозные полости
- 3) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 4) «рифленные» зубы
- 5) «гипсовые» зубы

93. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- 1) пломбирование кариозных полостей
- 2) депульпирование зуба
- 3) удаление зуба
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- 5) ортопедические методы

94. К неблагоприятным факторам развития флюороза относится:

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) заболевания женщины в период беременности

95. К факторам развития местной гипоплазии эмали относятся:

- 1) травма зубного зачатка постоянного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) заболевания женщины в период беременности

96. Причина системной гипоплазии постоянных зубов:

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

97. Причина местной гипоплазии эмали:

- 1) заболевания ребенка после рождения
- 2) заболевания матери в период беременности
- 3) генетические факторы
- 4) периодонтит молочного зуба
- 5) низкое содержание фтора в питьевой воде

98. Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:

- 1) флюорозе
- 2) гипоплазии
- 3) несовершенном амело- и дентиногенезе
- 4) истирании
- 5) кислотном некрозе

Кариес

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после их прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:

- 1) гипоплазия
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) кариес
- 5) флюороз

2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот
- 2) щелочей
- 3) кариесогенных факторов
- 4) абразивного фактора
- 5) температурных факторов

3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

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

4. Причины возникновения кариеса:

- 1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

5. Пелликула зуба образована:

- 1) коллагеном

- 2) кератином
- 3) скоплением микроорганизмов и углеводов
- 4) гликопротеидами слюны
- 5) полиненасыщенными жирными кислотами

6. Иммунные зоны зуба:

- 1) фиссуры и углубления на зубах
- 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
- 3) жевательные поверхности зубов
- 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- 5) небные и язычные поверхности зубов

7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:

- 1) Str. Salivaris
- 2) Str. Mutans
- 3) лактобациллы
- 4) Str. sanguis
- 5) Str. Aureus

8. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот
- 2) щелочей
- 3) кариесогенных факторов
- 4) абразивного фактора
- 5) температурных факторов

9. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) климатические условия
- 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 3) диета и Питьевая вода
- 4) белковые пищевые остатки в полости рта
- 5) наследственные и соматические заболевания

10. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

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

11. Соотношение Са/Р в дентине:

- 1) 1,55
- 2) 1,60
- 3) 1,67
- 4) 1,75
- 5) 2,0

12. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении Са/Р:

- 1) 1,67
- 2) 1,57 3) 4,53
- 3) 1,33
- 5) 1,25

13. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:

- 1) стабильности эмали
- 2) уменьшении проницаемости эмали
- 3) увеличении проницаемости эмали
- 4) изменении органической составляющей свойств эмали
- 5) изменении неорганической составляющей эмали

14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:

- 1) гиперплазией
- 2) эрозией твердых тканей
- 3) глубоким кариесом

- 4) острым пульпитом
- 5) хроническим фиброзным пульпитом

15. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:

- 1) прозрачная зона
- 2) темная зона
- 3) зона прозрачного и интактного дентина
- 4) подповерхностной деминерализации
- 5) тело поражения

16. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:

- 1) формирование отвесных стенок
- 2) формирование плоского дна
- 3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
- 4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
- 5) финирирование краев эмали

17. Размеры очага пигментации эмали, требующего динамического наблюдения и реминерализации:

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

18. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:

- 1) 3 класса
- 2) 4 класса
- 3) 5 классов
- 4) 6 классов
- 5) 7 классов

19. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:

- 1) фтор
- 2) молибден
- 3) стронций
- 4) кальций
- 5) магний

20. Дополнительные методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:

- 1) расспрос
- 2) зондирование
- 3) рентгенография
- 4) пальпация
- 5) перкуссия

21. Детектор кариеса используется для выявления:

- 1) наружного слоя кариозного дентина
- 2) вторичного дентина
- 3) внутреннего слоя кариозного дентина
- 4) третичного дентина.
- 5) иррегулярного дентина

22. Протравливание (кондиционирование) дентина проводится для:

- 1) усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) усиления краевого прилегания
- 3) удаления смазанного слоя
- 4) формирования гибридного слоя
- 5) реминерализации эмали

23. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) гипоплазией
- 3) глубоким кариесом

- 4) острым диффузным пульпитом ,
- 5) острым периодонтитом

24. Элемент кариозной полости:

- 1) контактная поверхность
- 2) дентин
- 3) стенка
- 4) пришеечная область
- 5) эмаль

25. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:

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

26. Дифференциальный диагноз бессимптомного течения среднего кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным периодонтитом
- 5) местной гипоплазией

27. Гиперминерализация дентинных канальцев при среднем кариесе определяется в зоне:

- 1) распада и деминерализации
- 2) тела поражения
- 3) прозрачного и интактного дентина
- 4) темной зоне
- 5) заместительного дентина и изменений в пульпе

28. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) эмали
- 3) клеточного цемента
- 4) первичного и вторичного дентина
- 5) иррегулярного дентина

29. Вторичный кариес - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

30. Рецидив кариеса - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

31. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

- 1) острым диффузным пульпитом
- 2) эрозией эмали
- 3) острым очаговым пульпитом
- 4) флюорозом и гипоплазией
- 5) глубоким кариесом

32. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным пульпитом
- 5) гипоплазией

33. Заполненные бактериями, расширенные дентинные трубочки при среднем кариесе определяются в зоне:

- 1) распада и деминерализации
- 2) тела поражения
- 3) прозрачного и интактного дентина
- 4) темной зоне
- 5) теле поражения

34. Элемент кариозной полости, обращенный к пульпе:

- 1) дно
- 2) дентин
- 3) стенка
- 4) край
- 5) цемент

35. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:

- 1) слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
- 2) пелликула
- 3) бикарбонатный буфер в слюне
- 4) повышение вязкости ротовой жидкости
- 5) снижение вязкости ротовой жидкости

36. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) зубная бляшка
- 2) диета и питьевая вода
- 3) углеводистые пищевые остатки в полости рта
- 4) полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
- 5) белковые пищевые остатки в полости рта

37. Поляризационная микроскопия выделяет при кариесе в стадии пятна очаг в виде:

- 1) овала
- 2) круга
- 3) трапеции
- 4) треугольника
- 5) прямоугольника

38. Кариес в стадии пятна характеризуется:

- 1) некрозом эмали
- 2) нарушением формирования эмали
- 3) поверхностной деминерализацией
- 4) подповерхностной деминерализацией
- 5) гиперминерализацией

39. Основой современной теории кариеса является:

- 1) физико-химическая теория
- 2) биологическая теория
- 3) химико-паразитарная теория
- 4) трофоневротическая теория
- 5) биохимическая

40. Для реализации кариесогенных факторов необходим:

- 1) фактор неожиданности взаимодействия
- 2) фактор длительности взаимодействия .
- 3) фактор внезапности взаимодействия
- 4) фактор кратковременности взаимодействия
- 5) фактор последовательности взаимодействия

41. Зубная бляшка начинает накапливаться после чистки зубов через:

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 3 часа
- 4) 4 часа
- 5) 5 часов

42. Покрытие зубной бляшки мукоидным слоем защищает ее от:

- 1) удаления зубной щеткой
- 2) смывания водой
- 3) минерализации
- 4) удаления пищевым комком
- 5) механического удаления

43. Начальные повреждения эмали возникают при pH:

- 1) 3,5-4,5
- 2) 4,5-5,5
- 3) 5,5-6,5
- 4) 6,5-7,5
- 5) 7,5-8,0

44. Кариозный процесс развивается при:

- 1) равновесии ре-и деминерализации
- 2) преобладании деминерализации
- 3) отсутствии реминерализации
- 4) дисминерализации
- 5) реминерализации

45. Химия процесса деминерализации для эмали, дентина и цемента корня:

- 1) одинакова
- 2) не одинакова

46. Потеря кальция в очаге кариозного пятна достигает:

- 1) 10-20%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) 40-50%
- 5) 50-60%

47. Реминерализирующая терапия - это:

- 1) методика пломбирования
- 2) методика реставрации
- 3) методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
- 4) методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами
- 5) методика устранения смазанного слоя

48. Снижение pH ротовой жидкости как основная причина возникновения кариеса, представлена теорией:

- 1) Энтина Д.Э.
- 2) Миллера В.
- 3) Лукомского И.Г.
- 4) Шарпенака А.Э.
- 5) Шатца А., Мартина Д.

49. Длительное взаимодействие кариесогенной флоры, легкоусвояемых углеводов при низкой резистентности твердых тканей зубов приводит к развитию:

- 1) некариозных поражений
- 2) кариеса
- 3) заболеваний пародонта
- 4) заболеваний слизистой рта
- 5) дисбактериоза

50. Поддержание гомеостаза эмали происходит за счет:

- 1) кровеносных сосудов
- 2) нервов

- 3) гетероионного обмена с ротовой жидкостью
- 4) лимфатических сосудов
- 5) фторирования воды

51. Диагноз кариеса в стадии пятна ставят на основании:

- 1) зондирования поверхности пятна
- 2) ЭОД
- 3) рентгенодиагностики
- 4) высушивания и окрашивания пятна
- 5) реодентографии

52. Поверхностный кариес характеризуется наличием:

- 1) белого пятна
- 2) полости в пределах эмали
- 3) полости средних размеров
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) пигментированного пятна

53. Средний кариес (caries media) характеризуется наличием:

- 1) пигментированного пятна
- 2) кариозной полости в пределах эмали
- 3) кариозной полости средних размеров в эмали и дентине
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) белого пятна

54. Диагноз «глубокий кариес» соответствует диагнозу по МКБ-10:

- 1) кариес эмали
- 2) кариес дентина
- 3) кариес цемента
- 4) гиперемия пульпы
- 5) рецидивирующий кариес

55. Препарирование кариозной полости II класса без выведения на жевательную поверхность проводится в случае расположения кариозной полости:

- 1) ниже экватора зуба при хорошем доступе
- 2) выше экватора при отсутствии доступа
- 3) ниже экватора при отсутствии доступа
- 4) выше экватора при хорошем доступе
- 5) выше и ниже экватора при хорошем доступе

56. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет:

- 1) формировать контактный пункт
- 2) сохранить существующий естественный контактный пункт
- 3) сохранить жевательную поверхность
- 4) сохранить биологию пульпы
- 5) сохранить контактную поверхность соседнего зуба

57. Лечение глубокого кариеса включает этап:

- 1) препарирования кариозной полости
- 2) медикаментозной обработки
- 3) наложения лечебной прокладки
- 4) наложения постоянной пломбы
- 5) кондиционирования дентина

58. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:

- 1) натрий, магний
- 2) йод, бром
- 3) кальций, фтор
- 4) железо, стронций
- 5) серебро, золото

59. Автор реминерализующей терапии кариеса в стадии пятна методом глубокого фторирования:

- 1) Боровский Е.В.

- 2) Леус П.А.
- 3) Альбрехт Н.
- 4) Кнаппвост А.
- 5) Лукомский И.Г.

60. Эффективность реминерализующей терапии зависит от:

- 1) пола пациента /
- 2) гигиены полости рта
- 3) режима работы пациента
- 4) времени проведения процедур терапии (утро, день, вечер)
- 5) температурного режима

61. Переход дна кариозной полости к боковой стенке должен быть под углом в:

- 1) 40°
- 2) 60°
- 3) 90°
- 4) 110°
- 5) 120°

62. Форма препарирования кариозной полости I класса определяется:

- 1) материалом для постоянной пломбы
- 2) особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
- 3) медикаментозной обработкой
- 3) формой бора для препарирования
- 4) эмоциональным состоянием пациента

63. Скос эмали под 45° создается для:

- 1) увеличения адгезии и линии маскировки
- 2) обезболивания
- 3) уменьшения токсичности материала
- 4) устранения смазанного слоя
- 5) увеличения гидрофобности эмали

64. Наиболее грубые боры маркируются цветом:

- 1) красным
- 2) синим
- 3) зеленым
- 4) черным
- 5) белым

65. Для отделки пломб используют боры, маркированные цветом:

- 1) зеленым
- 2) красным
- 3) синим
- 4) белым
- 5) черным

66. Повязки и временные пломбы накладывают на срок:

- 1) 1—14 суток
- 2) 1 месяц
- 3) 2 месяца
- 4) полгода
- 5) год

67. Преимуществом искусственного дентина как временной пломбы является:

- 1) короткое рабочее время
- 2) простота использования
- 3) цветостойкость
- 4) недостаточная прочность к механическому воздействию
- 5) длительное рабочее время

68. Безболезненность при среднем кариесе объясняется:

- 1) некрозом пульпы
- 2) отсутствием чувствительной иннервации в дентине

- 3) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)
- 4) воспалением пульпы
- 5) воспалением периодонта

69. ЭОД при глубоком кариесе (мкА):

- 1) 2-6
- 2) 10-12
- 3) 15-20
- 4) 20-25
- 5) 25-30

70. Зона распада и деминерализации (I зона) при среднем кариесе характеризуется;

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

71. II зона изменений твердых тканей зуба при среднем кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

72. III зона изменений твердых тканей зуба при среднем кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым очаговым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

73. III зона изменений твердых тканей зуба при глубоком кариесе характеризуется:

- 1) остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов
- 2) расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин
- 3) слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов
- 4) изменениями в пульпе зуба, сходными с острым очаговым пульпитом
- 5) изменениями в пульпе зуба, сходными с хроническим пульпитом

74. Препарирование кариозной полости I класса предполагает:

- 1) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
- 2) частичное раскрытие фиссуры
- 3) полное раскрытие фиссуры
- 4) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
- 5) иссечение бугров

75. Отделка пломбы из амальгамы проводится:

- 1) непосредственно после пломбирования
- 2) через 24 часа
- 3) через 48 часов
- 4) через 72 часа
- 5) через 1 неделю

76. Для правильного подбора цвета реставрационного материала проводится:

- 1) предварительное протравливание

- 2) избирательное шлифование
- 3) удаление налета с поверхности зуба
- 4) обезболивание
- 5) освещение ярким светом

77. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:

- 1) свете галогенового светильника стоматологической установки
- 2) искусственном освещении в вечернее время
- 3) идеально высушенной поверхности зуба
- 4) нейтральном дневном освещении
- 5) ярком солнечном свете

78. Прокладку из стеклоиономерного цемента можно подвергать кислотному травлению после наложения через:

- 1) 1 мин
- 2) 2 мин
- 3) 3 мин
- 4) 4 мин
- 5) 10 мин

79. Расстояние между излучателем света и пломбировочным материалом не более:

- 1) 5 мм
- 2) 10 мм
- 3) 15 мм
- 4) 20 мм
- 5) 25 мм

80. Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок

- 1) к случайному вскрытию полости зуба
- 2) облому стенки кариозной полости
- 3) рецидивирующему кариесу
- 4) некрозу пульпы
- 5) воспалению периодонта

81. Препарирование кариозной полости включает:

- 1) обезболивание, некрэктомию, финирирование
- 2) обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
- 3) расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование
- 4) раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирирование
- 5) обезболивание, некрэктомию

82. Пломбирование кариозных полостей возможно:

- 1) туннельным методом
- 2) сэндвич-технологией
- 3) step back
- 4) crown down
- 5) реминерализацией

83. Для реставрации фронтальных зубов используют:

- 1) амальгаму
- 2) силикофосфатный цемент
- 3) силикатный цемент
- 4) композиты химического и светового отверждения
- 5) поликарбоксилатный цемент

84. Проницаемость эмали повышается под действием:

- 1) ультрафиолетового света
- 2) глюконата кальция
- 3) ремодента
- 4) зубного налета
- 5) возрастных изменений

85. Показания к применению стеклоиономерного цемента:

- 1) пломбирование кариозных полостей I класса
- 2) пломбирование кариозных полостей IV класса
- 3) пломбирование полостей II класса
- 4) пломбирование кариозных полостей III.V классов, эрозий и клиновидных дефектов
- 5) восстановление коронки зуба

86. Время удаления (смывания водой) кислотного геля:

- 1) 10 с
- 2) 20 с
- 3) 30 с
- 4) 40 с
- 5) соответствует времени протравливания

87. Необходимый инструмент набора для пломбирования кариозных полостей II класса:

- 1) гладилка
- 2) штопфер
- 3) зонд
- 4) матрицедержатель
- 5) зеркало

88. Удаление размягченного дентина кариозной полости производят:

- 1) алмазным бором со скоростью 400000 об/мин
- 2) экскаватором
- 3) шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
- 4) алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 100000 об/мин
- 5) обратноконусовидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин

89. Удаление плотного кариозного дентина производят:

- 1) алмазным бором со скоростью 400000 об/мин
- 2) экскаватором
- 3) шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
- 4) алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 4500 об/мин
- 5) обратноконусовидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин

90. Проницаемость эмали снижается под действием:

- 1) электрофореза
- 2) зубного налета
- 3) ультразвука
- 4) углеводистой пищи
- 5) возрастных изменений

91. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) гипоплазией
- 3) глубоким кариесом
- 4) острым диффузным пульпитом
- 5) острым периодонтитом

92. Основные методы обследования стоматологического больного:

- 1) рентгенография
- 2) лабораторный анализ
- 3) перкуссия и зондирование
- 4) реодентография
- 5) ЭОД

93. Распространенность кариеса - это:

- 1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями
- 2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы
- 3) количество новых кариозных поражений за год
- 4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов
- 5) среднее число запломбированных зубов

94. Интенсивность кариеса - это:

- 1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями
- 2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы
- 3) количество новых кариозных поражений за год
- 4) наличие зубного налета на аппроксимальных поверхностях зубов
- 5) среднее число запломбированных зубов

95. Прирост кариеса - это:

- 1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями
- 2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы
- 3) количество новых кариозных поражений за год
- 4) наличие зубного налета на аппроксимальных поверхностях зубов
- 5) среднее число запломбированных зубов

96. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

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

97. Осмотр зубов - это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
- 3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определение отклонения зуба от оси
- 5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

98. Пальпация - это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 3) оценка внешнего вида, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определение отклонения зуба от оси
- 5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

99. Перкуссия зуба - это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определение отклонения зуба от оси
- 5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

100. Подвижность зуба - это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определение отклонения зуба от оси
- 5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

101. Температурная проба - это:

- 1) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 2) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 3) определение отклонения зуба по оси
- 4) определение реакции зуба на тепловые раздражители
- 5) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

102. Метод люминисцентной диагностики основан на:

- 1) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- 2) способности тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием

ультрафиолетовых лучей

- 3) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

- 4) способности пульпы реагировать на температурные раздражители по-разному в зависимости от состояния

- 5) постукивании по зубу для определения состояния пародонта

103. Перкуссией оценивается состояние:

- 1) пульпы
- 2) периодонта
- 3) эмали
- 4) дентина
- 5) слизистой рта

104. Эвгенол в составе временной пломбы или лечебной прокладки нарушает:

- 1) процессы адгезии цинк-фосфатного цемента
- 2) процессы твердения силикатного цемента
- 3) процессы полимеризации и адгезии композитных материалов
- 4) адгезию силико-фосфатных цемента
- 5) цвет реставрации

105. Длительное одонтоотропное и антисептическое действие в составе лечебной прокладки обеспечивается:

- 1) гидроксиапатитом
- 2) фторапатитом
- 3) глюконатом кальция
- 4) гидроокисью кальция
- 5) хлористым кальцием

106. Базовая прокладка - это слой подкладочного материала толщиной более:

- 1) 0,4 мм
- 2) 0,6 мм
- 3) 0,8 мм
- 4) 1 мм
- 5) 1,5 мм

107. Ортофосфорная кислота в свободном состоянии сохраняется в пломбе из цемента:

- 1) цинкфосфатного
- 2) силикофосфатного
- 3) силикатного
- 4) поликарбоксилатного
- 5) полиалкиноатного

108. Соединение карбоксилатных групп полимерной молекулы кислоты с кальцием твердых тканей зубов обеспечивает адгезию:

- 1) цинк-фосфатного цемента
- 2) силикофосфатного цемента
- 3) стеклоиономерного цемента
- 4) силикатного цемента
- 5) полиалкиноатного

109. Отделку пломбы из стеклоиономерного цемента следует проводить через:

- 1) 6 часов
- 2) 12 часов
- 3) 18 часов
- 4) 24 часа
- 5) 48 часов

110. Макронаполненные композиты:

- 1) 8-45 мкм (60% наполнения)
- 2) 1-5 мкм (70% наполнения)
- 3) 0,4-0,8 мкм (45% наполнения)
- 4) 0,05-5 мкм (50% наполнения)
- 5) до 3,5 мкм (55-60% наполнения)

111. Износо- и цветостойкость обеспечивается:

- 1) сохранением поверхностного слоя, ингибированного кислородом
- 2) кондиционированием эмали
- 3) шлифованием и полированием

- 4) использованием адгезивной системы
- 5) пломбированием с использованием колпачков

112. Основой современных композитов является:

- 1) эпоксидная смола
- 2) полиакриловая кислота
- 3) ортофосфорная кислота
- 4) БИСГМА
- 5) ортофосфорная кислота

113. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:

- 1) источника света
- 2) протравленной эмали
- 3) центра
- 4) периферии
- 5) дна кариозной полости

114. Протравливание, кондиционирование дентина проводится для:

- 1) усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) усиления краевого прилегания
- 3) удаления смазанного слоя
- 4) формирования гибридного слоя
- 5) сохранения смазанного слоя

115. Материалы для лечебных прокладок должны:

- 1) обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
- 2) оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтоотропное действие
- 3) разрушаться под действием дентинной жидкости
- 4) обеспечивать кондиционирование дентина
- 5) обеспечивать эстетику реставрации

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы с теоретическим обоснованием и схематическим изображением /85-100.
- Решение правильное, не полное, нет теоретического обоснования ответа / 70-84.
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69.
- Все элементы записаны неверно / 0-59.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальный ответ - 31-60 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением</i>	

				дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	м дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	-	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. нов.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	-	Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представленной информации	3-4 ошибки в представленной информации	Не более 2-х ошибок в представленной информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на вопросы	-	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка		неудовлетворительная	удовлетворительная	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Шкала оценивания презентации

	Нет ответа -0 %	Минимальный ответ - 31-60 %	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	Отметка (в %)
Раскрытие проблемы	-	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не	Проблема раскрыта. Проведен анализ	Проблема раскрыта полностью. Проведен	

			сделаны или выводы не обоснованы	проблемы без привлечения дополнитель ной литературы . Не все выводы сделаны или обоснованы.	анализ проблемы с привлечение м дополнитель ной литературы . Выводы сделаны.	
<i>Представление</i>	-	<i>Представля мая информация логически не связана. Не использован ы профессиона льные термины.</i>	<i>Представля мая информация не систематиз ирована и не последовате льна. Использован 1-2 профессиона льных термина</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована и последовате льна. Использован о более 2-х профессиона льных терминов.</i>	<i>Представля мая информация систематиз ирована, последовате льна и логически связана. Использован о более 5 профессиона льных терминов.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Больше 4 ошибок в представляе мой информации</i>	<i>Использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) частично. 3- 4 ошибки в представляе мой информации</i>	<i>Использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Не более 2- х ошибок в представляе мой информации</i>	<i>Широко использован ы информацио нные технологии (PowerPoint) . Отсутству ют ошибки в представлен ной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарн ые вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
<i>Итоговая оценка</i>						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов кариесологии и заболеваний твердых тканей зубов. 2. Глубина и полнота раскрытия вопроса. 3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе. 4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы. 5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемой в кариесологии и заболеваниях твердых тканей зубов, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенеза заболеваний твердых тканей зубов; способен выделить симптомы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний твердых тканей зубов.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний твердых тканей зубов, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний твердых тканей зубов, средние знания об этиологии и патогенезе заболеваний твердых тканей зубов; слабо разбирается в вопросах клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний твердых тканей зубов, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует непонимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, основных и дополнительных методов исследования, дает четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает правила асептики и антисептики.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики

осмотра пациента, студент дает не полное название методов исследования, дает не четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает правила асептики и антисептики.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, студент дает некоторые методы исследования, при демонстрации манипуляций допускает неточности, плохо ориентируется в правилах асептики и антисептики.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, студент не называет методы исследования, не может продемонстрировать методику манипуляций, не знает правила асептики и антисептики.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование клинического диагноза, проведен дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования соответствует поставленному диагнозу. Выбрано медикаментозное и немедикаментозное индивидуальное лечение. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования диагноза, сформулирован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, нет патологической гистологии. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой **(0-59)** оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования диагноза, не правильно сформулирован клинический диагноз, не проведен дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.