Фонд оценочных средств
по дисциплине Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности
(Помощник врача стоматолога-терапевта)

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

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

Квалификация
Врач-стоматолог

2024

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.	**Знать:** 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;
	Уметь: 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.
	Владеть: 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 - ситуационные задачи

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-2: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	**Знать:** методики проведения физикальных исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм; специфику выявления различных видов патологических состояний зубочелюстной системы, диагностики зубочелюстной деформации и аномалии зубов и челюстей; значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	**Блок A, D** – задания репродуктивного уровня - тест;
	Уметь: осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм стоматологических заболеваний; анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ). Умеет отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов стоматологических заболеваний	**Блок B, D** – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	Владеть: навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний; приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ); навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	**Блок C, D** – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - ситуационные задачи

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-4: Способен и готов к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.	**Знать:** основные виды диспансеризации и меры профилактики у больных со стоматологическими заболеваниями и патологией	**Блок А, D** – задания репродуктивного уровня - тест;
	Уметь: проводить профилактический медицинский осмотр; формировать план профилактической стоматологической помощи пациенту; осуществлять диспансерное наблюдение за пациентами со стоматологической патологией	**Блок В, D** – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	Владеть: способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.	**Блок С, D** – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - ситуационные задачи

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-5: Готов к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	**Знать:** клинические проявления острых и хронических стоматологических заболеваний у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. Знает и определяет показания и противопоказания для немедикаментозных методов лечения, даёт конкретные рекомендации по их практическому использованию; навыки оценки эффективности лечебных мероприятий на всех этапах реабилитации пациентов.	**Блок А, D** – задания репродуктивного уровня - тест;
	Уметь: увязать симптомы, данные осмотра и показатели лабораторных и инструментальных методов обследования в единое целое и поставить правильный диагноз; самостоятельно подбирать комплексы реабилитационных мероприятий для пациентов с различными стоматологическими заболеваниями; оценить стадию заболевания и способен назначить необходимые реабилитационные комплексы с учетом формы, стадии и фазы стоматологического заболевания.	**Блок В, D** – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	Владеть: навыками по выявлению признаков острого заболевания или обострения хронического стоматологического заболевания у пациентов; навыками и методами оказания медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях; навыками назначения немедикаментозных методов лечения пациентов различного профиля, правильно оценить переносимость, адекватность и эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.	**Блок С, D** – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - ситуационные задачи

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.	**Знать:** 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;
	Уметь: 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.
	Владеть: 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

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-8: Способен и готов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний.	**Знать:** причины, условия развития и возникновения стоматологических заболеваний, а также устранение вредных факторов, влияющих на здоровье человека; организацию комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и устранения вредных факторов; комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование ЗОЖ и факторы, влияющие на здоровье человека.	**Блок A, D** – задания репродуктивного уровня - тест;
	Уметь: выявлять вредные влияния на здоровье человека факторов среды обитания; предупреждать возникновение и (или) распространение стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику и причины их возникновения; устранять	**Блок B, D** – задания реконструктивного уровня - контрольная работа.
	Владеть: комплексом профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья и предупреждения заболеваний челюстнолицевой области..	**Блок C, D** – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - ситуационные задачи

Технологическая карта дисциплины

Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности

(Помощник врача стоматолога-терапевта)

Курс 4, семестр 8, Количество ЗЕ – 3, Отчетность – зачет СОЦ

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Раздел 1 **Кариес и некариозные поражения твердых тканей зубов.**	Текущий	Курация больных, написание истории болезни, посещаемость.	5	10	1 неделя
	Рубежный	Представление дневника практики с заполненными таблицами. Тестовый контроль.	5	10	
Модуль 2					
Раздел 2 **Пульпиты.**	Текущий	Курация больных, написание истории болезни, посещаемость.	5	10	1 неделя
	Рубежный	Представление дневника практики с заполненными таблицами. Тестовый контроль.	5	10	
Модуль 3					
Раздел 3 **Периодонтиты**	Текущий	Курация больных, написание истории болезни, посещаемость.	10	15	2 неделя
	Рубежный	Представление дневника практики с заполненными таблицами. Тестовый контроль.	10	15	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой) Теоретическое задание; Оценка практических умений и навыков. Подведение итогов заполнения дневника практики.			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. Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта:
1 из мезенхимы зубного сосочка
2 из зубного мешочка
3 из клеток Гертвиговского влагалища.
4 из эпителиальной ткани

2. Состав волокнистых структур периодонта:
1 в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
2 периодонт в основном представлен коллагеновыми волокнами
3 небольшое количество ретикулярных волокон
4 совершенно отсутствуют эластические волокона
5волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситолановыми и другими группами волокон.

3. Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства:
1 удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
2 набухать в кислой среде, ощелачивая ее
3 создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
4 обеспечивать физиологическую подвижность зуба
5 быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

4. Клеточный состав периодонта представлен:
1 клетками, присущими всякой соединительной ткани
2 кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия
3 в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
4 периодонтом близким к цементу
5 периодонтом близким к корневой пульпе

5. Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта:
1 плазматические, так как они участвуют в выработке антител
2 фибробласты, так как они синтезируют коллаген
3 вазогенного происхождения
4 гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
5 лейкоциты

6. Основной функцией периодонта является:
1 трофическая функция, обеспечивающая питание цемента зуба
2 опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
3 пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
4 защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
5 верно 1 и 4

7. С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит:
1 с острым серозным частичным пульпитом
2 с гнойным пульпитом
3 с обострением хронического пульпита
4 с гранулематозным пульпитом
5 с гангренозным пульпитом

8. Решающим тестом при дифферециальной диагностике острого периодонтита и пульпита является:
1перкуссия
2 электроодонтодиагностика
3 характер болей

4 термометрия
5 рентгенодиагностика

9. Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является:
1 перкуссия
2 все нижеперечисленное
3 термометрия
4 определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия
5 зондирование

10. Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба:
1 нет, такой зуб подлежит удалению
2 да, надо запломбировать канал и сделать разрез
3 нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб
4 да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала
5 да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона

11. Если зуб не выдерживает герметизма, в канале лучше оставить:
1 антибиотики
2 фенол с формалином
3 желудочный сок
4 трипсин
5 гидрокортизон с антибиотиками

12. Боль при зондировании и кровоточивость из канала наблюдаются:
1 при хроническом фиброзном периодонтите
2 при кистогранулеме
3 при хроническом гранулирующем периодонтите
4 при фиброзном периодонтите
5 при остром периодонтите

13. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть:
1 тактику удаления зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
2 тактику применения мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный
3 тактику проведения диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование
4 тактику проведения электроодонтометрии
5 тактику закрытия зуба лечебной повязкой

14. При лечении хронического гранулирующего периодонтита пломбировать каналы нетвердеющими пастами:
1 можно, ибо контакт пасты с тканями воспаленного периодона дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
2 не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани
3 можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования
4 можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию
5 нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале

15. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод:
1 серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканальцев
2резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частички грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов
3 диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции
4 ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью
5 серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам канала, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит герметизацию

16. Происхождение эпителия гранулемы и кист:
1 это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
2 это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
3 эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малассе, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

17. На клетки эпителия при хроническом гранулематозном периодонтите могут воздействовать рациональнее всего методы:
1 выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или другого пломбировочного материала
2 воздействия сильными кислотами
3 заапикальной диатермокоагуляции
4 йод-электрофореза
5 резекции верхушки корня

18. Можно ли оставить в канале турунду с трилоном "Б":
1 можно
2 нужно для более длительного контакта трилона со стенками канала
3 нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия и опасности перфорации при механическом расширении канала
4 нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия
5 можно на 1 мин

19. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств:
1 кортикостероидные гормоны
2 антибиотики и слабые антисептики
3 пирамидиновые основания
4 ферменты
5 гидроксилапатит с коллагеном

20. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:
1биологическая толерантность
2 хороший герметизм пломбирования
3 хорошая вводимость
4 рентгено-контрастность
5 антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия

21. Можно ли пломбировать резорцин-формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы:
1 можно, потому что она дает хороший герметизм канала
2 можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием
3 нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб
4 можно, ибо она вызовет обостерние процесса, который завершится выздоровлением
5 нельзя, поскольку она негерметична

22. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их:
1 да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
2 нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
3 нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта
4 нет, ибо он дает обострение процесса

23. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала:
1 лидокаиновой блокадой по переходной складке
2 диадинамическим током
3 инъекцией антибиотиков
4 введением гидрокортизона в переходную складку
5 сделать разрез

24. Основным для восстановления тканей периодонта является:
1 устранение влияния биогенных аминов
2 антимикробная обработка корневых каналов
3 противовоспалительная терапия
4 трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей
5 создание оттока экссудата

25. Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию:
1 дистальный небный
2 медиальный щечный
3 щечный
4 дистальный щечный

5 небный

26. Принятая рабочая длина корневого канала:
1 точно соответствует анатомической длине зуба
2 короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
3 длиннее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба
4 иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
5 всегда равна длине глубомера (по субъективным ощущениям)

27. Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать:
1 рентгенографию зуба
2 информировать об этом пациента
3 измерить оставшуюся в руках часть инструмента
4 немедленно попытаться извлечь инструмент
5 во всех случаях удалить зуб

28. При глубоком кариесе в сочетании с гиперемией пульпы необходимо:
1 экстирпировать пульпу
2 удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
3 тщательно удалить весь пораженный дентин и наложить пасту с противовоспалительными свойствами независимо от степени обнажения пульпы
4 провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
5 тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата

29. Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости:
1 образование заместительного дентина
2 образование так называемых мертвых путей
3 никаких изменений
4 некроз пульпы
5 образование прозрачного дентина

30. Эндодонтический инструмент, предназначенный для расширения и выравнивания корневого канала:
1 пульпэкстрактор
2 дрильбор
3 бурав корневой
4 рашпиль

31. Наиболее употребляемые в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты:
1 окись цинка и ортофосфорная кислота
2 окись цинка и антибиотики
3 окись цинка и эвгенол
4 окись цинка и формокреозол
5 эпоксидные пластмассы

32. Корневая пломба должна:
1 достигать верхушечной трети канала
2 достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
3 быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
4 располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
5 достигать уровня дентино-цементного соединения

33. Методика лечения аллергического периодонтита
1 использование антибиотиков
2 электрофорез протеолитических ферментов
3 оставить зуб открытым
4 применение кортикостероидов

34. Эндодонтический инструмент, предназначенный для удаления размягченного дентина со стенок корневого канала:
1 пульпэкстрактор
2 развертка
3 дрильбор
4 бурав корневой

35. Форма верхушечного периодонтита, сопровождающаяся наибольшим числом различных жалоб:

1 хронический фиброзный периодонтит
2 хронический гранулирующий периодонтит
3 хронический гранулематозный периодонтит
4 околокорневая киста

36. Преобладающий тип клеток в составе воспалительного инфильтрата периапикальной гранулемы:
1 тучные клетки
2 лимфоциты
3 нейтрофильные гранулоциты
4 эритроциты

37. Корневой канал верхнего моляра, представляющий наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию:
1 дистальный щечный
2 щечный
3 медиальный щечный
4 небный

38. Ведущим дифференциально-диагностическим признаком хронического гранулирующего периодонтита является:
1 жалобы на периодически возникающие боли в области зуба
2 конвергенция коронок зубов
3 рентгенологический очаг разрежения околоверхушечных тканей с нечеткими границами
4 наличие свищевого хода

39. Влияние очага хронического воспаления в верхушечном периодонтите на организм:
1 отсутствует
2 инфицирование органов и тканей организма
3 сенсибилизация организма
4 развитие хрониосепсиса

40. Раскрытие верхушечного отверстия корневого канала необходимо при лечении следующих форм периодонтита:
1 острого периодонтита
2 хронического фиброзного периодонтита
3 хронического гранулематозного периодонтита
4 острого травматического периодонтита

41. Допустимые углы поворота корневого бурава в широких и узких корневых каналах
1 соответственно 90-180° и 45-90°
2 соответственно 180-360° и 90-180°
3 соответственно 360° и 45-90°

42. Лечение мышьяковистого периодонтита
1 удалить повязку, оставить зуб открытым
2 раскрыть полость зуба, наложить тампон с антибиотиком
3 провести ампутацию и экстирпацию, оставить зуб открытым
4 обработать кариозную полость, провести ампутацию и экстирпацию, в каналах оставить антидот с повязкой Дентин

43. Ведущим критерием оценки отдаленных результатов лечения верхушечного периодонтита является:
1 отсутствие жалоб
2 рубцевание свищевого хода
3 качественное пломбирование корневого канала
4 отсутствие очага рентгенологического разрежения околоверхушечных тканей в области верхушки корня

44. Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна
1 25 мм
2 22 мм
3 20 мм
4 24 мм
5 18 мм

45. Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал

1 паста с антибиотиками
2 амальгама
3 фосфат-цемент
4 эндометазон
5 йодоформная паста

46. Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна:
1 резекция верхушки корня
2 ретроградное пломбирование
3 раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
4 раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала
5 вывести зуб из окклюзии

47. В эндодонтии не используется:
1 шаровидный бор
2 раббердам (коффердам)
3 зонд
4 долото
5 шприц

48. Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется:
1 йодинол
2 перекись водорода
3 эвгенол
4 спирт
5 физиологический раствор

49. Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов:
1 отсутствие запаха
2 отрицательный результат бактериологического контроля
3 отсутствие каких-либо жалоб со сторны пациента
4 отсутствие экссудата из каналов
5 все вышеперечисленное

50. В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы:
1 серебряный штифт
2 фосфат-цемент
3 гуттаперча
4 материал с 5% или 30% добавлением в его состав йодоформной пасты
5 все вышеперечисленное

51. После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является:
1 керамическая коронка
2 золотая коронка
3 трехчетвертная коронка
4 макро- или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой
5 пломба из композитного материала

52. Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим:
1 карбонат натрия
2 спирт
3 дистиллированная вода
4 креозот
5 хлорамин

53. За счет чего действует на распад в канале перекись водорода:
1 высушивающий эффект
2 термический эффект
3 декальцинация дентина
4 высвобождение активного кислорода
5 образование кислоты при контакте с распадом

54. Основным свойством ЭДТА является:
1 антисептическое действие
2 декальцинация дентина
3 увлажнение канала

4 усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

55. При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полноценной обтурации верхушечного отверстия) следует:
1 до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
2 заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
3 до устья корневых каналов
4 до средней трети канала

56. Серебряные штифты предназначены, прежде всего:
1 для широких каналов
2 для каналов с несформированными верхушками
3 для каналов с резецированными верхушками
4 для хорошо проходимых, но не очень широких каналов
с различной степенью изгибов

57. Чтобы снизить риск перфорации искривленного канала необходимо:
1заранее согнуть кончик дрильбора перед введением в канал
2 выбрать инструмент соответственно толщине канала
3вообще отказаться от расширения канала
4 воспользоваться исключительно только химическими средствами
расширения канала

58. Из перечисленных факторов носят агрессивный характер
1 нарушение минерального обмена в организме
2 нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
3 микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы
4 нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зуба
5 недоедание

59. Из перечисленных факторов снижают уровень резистентности орагнизма к кариозному процессу
1 зубные отложения
2 различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме
3 углеводы пищи
4 недостаточное содержание фтора в питьевой воде
5 все вышеперечисленное

60. Из перечисленных факторов оказывают влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу
1 сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов
2 микроорганизмы полости рта
3 зубная бляшка
4 содержание фтора в питьевой воде
5 верно 2 и 3

61. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
1 несколько секунд
2 10 мин
3 15 мин
4 30 мин
5 1 час

62. Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе
1 нарушение белковой матрицы эмали
2 дисминерализация и реминерализация
3 деминерализация эмали
4 нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
5 резорбция эмали

63. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является
1прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе, и его нет при гипоплазии эмали
2 локализация процесса
3 консистенция поверхности пятна
4 симметричность поражения
5 системность поражения

64. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
1 локализация процесса
2 симметричность поражения
3 консистенция поверхности пятна
4 прогрессирование процесса
5 системность поражения

65. Основным в терапии начального кариеса является
1 гигиенический и диетический режимы
2 местное применение препаратов фтора
3 назначение препаратов фтора внутрь
4 основным является общеукрепляющее лечение
5 минерализирующие растворы (рем.терапия)

66. Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием
1 лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
2 поморин, бальзам
3 жемчуг, мэри, бело-розовая
4 мятная, борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
5 фторсодержащие пасты

67. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно
1 ограничением введения углеводов с пищей
2 строгим соблюдением рациональности питания
3 приемом витамина B_1
4 гигиеной полости рта
5 верно 1,2 и 4

68. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу
1 наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
2 основным является повышение общей резистентности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
3 применение профессиональной гигиены
4 местная флюоризация эмали
5 все вышеперечисленные мероприятия

69. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе
1 молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
2 витамины
3 фтор
4 препараты, содержащие декстраназу
5 гормоны

70. Эффект местной флюоризации основан
1 на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фтораппатита
2 на улучшении трофики зуба
3 на бактерицидном действии фтора
4 на укреплении белковой матрицы эмали
5 на изменении pH зубного налета

71. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса
1 боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
2 боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
3 боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
4 боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
5 боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

72. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки
1 антивоспалительного действия
2 антимикробного действия
3 на основе глюкокортикоидов

4 одонтотропные
5 индифферентные

73. Препараты, обладающие одонтотропным действием
1 сульфаниламидные
2 гидроокись кальция
3 антибиотики и антисептики
4 кортикостероиды
5 эвгенол

74. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов
1 да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
2 нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы
3 да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие
4 нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости
5 нет, т.к. они раздражают соединительную ткань

75. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано
1 на антибактериальном эффекте
2 на антивоспалительном и одонтотропном действии
3 на способности угнетать действие бактериальных энзимов
4 на десенсибилизирующем эффекте
5 на изменении реакции в сторону закисления среды

76. В основе классификации кариозных полостей по Блэку лежит
1 систематизация обработки кариозных полостей
2 представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета
3 мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
4 представление о системности и симметричности кариозного процесса
5 обеспечение условий фиксации пломбы

77. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку, присущий всем классам кариозных полостей
1 создание дополнительных площадок
2 иссечение нависающих краев полости
3 превентивное расширение полости
4 создание ящикообразной полости
5 полное иссечение некротизированного дентина

78. Основное условие формирования кариозных полостей, направленное на предупреждение рецидивов кариеса
1 создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
2 иссечение нависающих краев эмали
3 ящикообразная форма полости
4 превентивное расширение полости
5 максимальное щажение тканей зуба

79. Основные принципы организации комплексной профилактики кариеса зубов
1 применение высокоэффективного противокариозного препарата
2 правильный выбор противокариозного препарата для данного региона
3 правильный выбор контингента, максимально его полный охват, применение адекватных средств, воздействующих на организм в целом и на зубы непосредственно
4 постоянная санитарно-просветительная работа с контингентом
5 обязательный учет содержания фтора в питьевой воде

80. Дифференциальные признаки начального кариеса зубов от эрозии эмали
1 типичная локализация дефекта, окрашивание метиленовой синью, размягченные участки поражения
2 отсутствие окраски витальными красителями, твердое дно дефекта
3 наличие гиперестезии дентина, усиливающейся при воздействии теплой водой
4 дефекты округлые со сглаженными краями, блестящим гладким дном
5 цвет эмали и дентина не изменен, форма дефекта правильная, чаще овальная

81. Комплекс противокариозных мероприятий у взрослых
1 применение фторсодержащих зубных паст
2 применение 0.2% раствора фтористого натрия и фтористых зубных паст для обработки зубов

3 электрофорез с раствором фтористого натрия и применение фтористых зубных паст
4 назначение глицерофосфата кальция и микроэлементов внутрь в сочетании с применением реминерализующих зубных паст
5 назначение фтористых таблеток внутрь и применение местно фтористого лака

82. Дифференциальные признаки среднего кариеса зубов от эрозии эмали
1 высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации твердых тканей
2 высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации пораженных тканей
3 низкая чувствительность к раздражителям, относительно неглубокая полость, нечувствительность при зондировании дна полости
4 низкая чувствительность тканей к химическим и термическим раздражителям, боли при зондировании дна полости
5 высокая чувствительность к раздражителям, болезненность при зондировании дна полости

83. Зубные пасты, способствующие профилактике кариеса зубов у взрослых
1 Спутник, Айра, Ромашка, Азулена, Пчелка
2 Жемчуг, Бемби, Чебурашка, Невская, Ремодент
3 Фтородент, Флюодент, Зодиак, Колинос, Колгейт
4 Бело-розовая, Особая, Ленинградская, Чародейка
5 зубные порошки - Особый, Жемчуг, паста Ягодка, Боро-глицериновая

84. Дифференциальные признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита
1 высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости
2 высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости
3 высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей
4 отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим раздражителям
5 наличие самопроизвольных болей, боли от холодного

85. Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является
1 сошлифование пораженной эмали
2 иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
3 восстановление минерального состава эмали
4 ни один из перечисленных

86. Факторы, повышающие противокариозное действие фторидов при проведении профилактических мероприятий
1 высокая концентрация фторидов (до 1.5-2 мг/л) в воде
2 постоянное применение фторсодержащих зубных паст
3 содержание оптимального или повышенного количества кальция в воде ("жесткая вода")
4 применение попеременно фтористых полосканий и покрытие зубов фторлаком
5 применение фторсодержащих таблеток не менее 100 дней в году

87. Дифференциальные признаки поверхностного кариеса зубов от среднего
1 высокая чувствительность к химическим раздражителям и значительное разрушение тканей зуба
2 полная нечувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушение только в эмали
3 незначительная чувствительность к химическим раздражителям и значительная глубина поражения тканей
4 высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушения только в эмали
5 полная нечувствительность к различным раздражителям и значительная глубина поражения

88. В пульпе различают
1 2 слоя
2 3 слоя
3 4 слоя
4 5 слоев
5 6 слоев

89. В пульпе различают клеточные слои
1 периферический (одонтобластический)
2 подповерхностный (субодонтобластический)
3 наружный
4 центральный
5 верно 1, 2 и 4

90. Периферический слой пульпы содержит клетки
1 одонтобласты
2 пульпоциты звездчатой формы
3 фибробласты

4 гистиоциты
5 плазматические клетки

91. В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят
1 в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах
2 в особенности васкуляризации
3 в соотношении волокон, клеток и межуточного вещества
4 в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации
5 в особенностях микроснабжения

92. Основная функция пульпы
1 трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба
2 пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительный дентин
3 защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту
4 пульпа индефферентна по отношению к твердым тканям
5 пульпа безвредна для твердых тканей

93. Защитная функция пульпы определяется
1 деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс
2 фагоцитарной активностью клеток
3 способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
4 волокнистыми структурами, способными выравнивать pH пульпы
5 тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов,а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма

94. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является
1 характер болей
2 термометрия
3 электрометрия
4 перкуссия
5 фактор времени и первичность болей

95. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков
1 нарастание интенсивности болей и частоты приступов
2 уменьшение светлых промежутков
3 появление перкуторной реакции
4 резкая реакция на термометрию
5 повышение порога электровозбудимости пульпы

96. Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является
1 характер болей
2 термометрия
3 электрометрия
4 перкуссия
5 фактор времени

97. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется
1 несовершенством методов диагностики пульпита
2 поздним обращением больных
3 закрытой полостью зуба
4 гиперэргическим характером воспаления
5 отсутствием стерильности операции

98. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет
1 характер болей
2 термометрия
3 электрометрия
4 перкуссия
5 зондирование

99. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является
1 характер болей
2 термо- и электрометрия
3 данные осмотра полости
4 осмотр и зондирование

5 данные рентгенограммы

100. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите
1 девитализацию пульпы
2 сохранение жизнеспособности всей пульпы
3 витальную ампутацию
4витальную экстирпацию
5 удаление зуба

101 Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите
1девитализацию пульпы
2 сохранение жизнеспособности всей пульпы
3 витальную ампутацию
4 витальную экстирпацию
5 удаление зуба

102. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить
1 сохранение жизнеспособности всей пульпы
2 витальную ампутацию
3 витальную экстирпацию
4 девитализацию
5 удаление зуба

103. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения
1 девитализация
2 витальная ампутация
3 сохранение жизнеспособности всей пульпы
4 витальная экстирпация
5 удаление зуба

104. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы
такой метод лечения как
1 девитализация
2 витальная ампутация
3 витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
4 витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
5 йод-электрофорез

105. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является
1 характер болей
2 термометрия
3 зондирование
4 электрометрия
5 фактор времени

106. Решающим в дифференциальной диагностике гангренозного пульпита и хронического периодонтита является
1 характер болей
2 перкуссия
3 зондирование
4 термометрия
5 электрометрия

107. В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать
1 новокаиновую блокаду
2 антибиотики с кортикостероидами
3 электрофорез с йодом
4 наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
5 диатермокоагуляцию

108. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствуют
1 антибиотики
2 гидроокись кальция
3 кортикостероиды
4 эвгенол
5 йод

109. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизненности пульпы
1 антибиотики
2 гидроокись кальция
3 кортикостероиды
4 эвгенол
5 йод

110. В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить
1 гидроокись кальция
2 эвгеноловую пасту
3 пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами
4 резорцин-формалиновую пасту
5 тампон с йодом

111. Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах
1 в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
2 так как изменяется цвет зубов
3 воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
4 благодаря малому объему полости

112. Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше
1 перекисью водорода
2 эпсилон-аминокапроновой кислотой или капрофером
3 жидкостью фосфат-цемента
4 ваготилом
5 сухой турундой под давлением

113. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны
1 с ошибками в диагнозе
2 с неправильным выбором лекарственного препарата
3 с плохой фиксацией пломбы
4 с нарушением правил асептики
5 с ошибками в технике проведения метода

114. Наиболее частые осложнения после витальной ампутации
1 верхушечный периодонтит
2 рецидивирующий кариес
3 корневой пульпит
4 невралгия тройничного нерва

115. Клиническая картина острого частичного пульпита
1 боли от термических раздражителей, кратковременные самопроизвольные боли
2 боли от химических раздражителей
3 самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва
4 боль при накусывании на зуб

116. Принятая рабочая длина корневого канала
1 точно соответствует анатомической длине зуба
2 длиннее на 1 см рентгенологической длины зуба
3 короче на 1-1.5 мм рентгенологической длины зуба
4 иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)

117. Клиника хронического фиброзного пульпита
1 приступообразные боли от температурных раздражителей
2 самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва
3 зуб больного не беспокоит
4 положительная перкуторная реакция

118. Показания к биологическому методу лечения пульпита с полным сохранением пульпы зуба
1 острый гнойный диффузный пульпит
2 случайно вскрытый рог пульпы
3 хронический гангренозный пульпит
4 обострение хронического пульпита

119. Полип пульпы возникает при следующих ее заболеваниях
1 остром пульпите
2 хроническом пульпите с открытой полостью
3 некрозе пульпы
4 хроническом пульпите с закрытой полостью
5 хроническом периапикальном поражении

120. Создание эндодонтического доступа при раскрытии полости зуба в резцах
1в области дистального края коронки
2 со стороны режущего края
3 в верхней трети коронки
4 в центральной точке коронки (с небной поверхности зуба)

121. Клиника хронического гипертрофического пульпита
1 протекает всегда при закрытой полости зуба
2 как правило имеются периапикальные изменения
3 полость зуба раскрыта, выбухание гипертрофированной пульпы
4 рог пульпы вскрыт, зондирование болезненно

122 Создание доступа при трепанации коронки нижних премоляров
1 через жевательную фиссуру с направлением бора в сторону язычного бугра
2 в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба
3 в жевательной фиссуре ближе к медиальному краю
4 в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба ближе к щечному бугру

123. Показание к витальной ампутации пульпы
1 острый диффузный пульпит
2 обострившийся хронический пульпит
3 хронический гипертрофический пульпит
4 хронический язвенный пульпит

124. Кортикостероиды, используемые для снижения осложнений в эндодонтической практике при следующих заболеваниях
1 зона обнажения пульпы
2 воспаления пульпы
3 инфицирования пульпы
4 петрификации пульпы
5 механической травмы пульпы

125. Клиника острого диффузного пульпита
1 самопроизвольные локализованные боли в области причинного зуба
2 боль при накусывании на зуб
3 самопроизвольные боли иррадиирующего характера
4 электровозбудимость пульпы повышена

126. Тактика врача при диффузии мышьяковистой кислоты в окружающие ткани
1 обработка некротизированного участка обезболивающими средствами
2 обработка некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
3 удаление некротизированного участка
4 удаление некротизированного участка, обработка протеолитическими ферментами, антидотами, ИГНЛ

127. Укажите бессимптомно протекающие формы пульпита
1 острый пульпит
2 хронический пульпит при открытой полости зуба
3 хронический пульпит при закрытой полости зуба
4 дентикл
5 полип пульпы

128. Укажите наиболее важный диагностический признак в дифференциальной диагностике острого и обострившегося хронического пульпита
1 продолжительность болевого приступа
2 самопроизвольные боли в анамнезе
3 боли от температурных раздражителей
4 электровозбудимость пульпы понижена

129.При проведении профессиональной гигиены жевательную поверхность зубов целесообразно очищать от налета с помощью
1 резиновых колпачков и полировочных паст
2 щеточек и полировочных паст
3 флоссов
4 крючков

130.При проведении профессиональной гигиены гладкие поверхности зубов целесообразнее очищать от налета с помощью
1 резиновых колпачков и полировочных паст
2 щеточек и полировочных паст
3 флоссов
4 крючков

131.Для механического удаления зубного камня используют инструменты
1 зеркало, зонд, экскаваторы
2 экскаваторы, серпы, кюретки
3 кюретки, зонд, гладилки
4 боры, зеркало, зонд

132.Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют
1 стоматологические инструменты
2 скалеры
3 медикаментозные средства
4 кюреты
5 экскаватор

133.Инструментами для обследования полости рта являются
1 зонд, пинцет, зеркало
2 гладилка, штопфер
3 экскаватор
4 шпатель
5 файлы

134.Препарирование кариозной полости проводят инструментами
1 пинцет
2 боры
3 зонд
4 штопфер
5гладилка

135.Подвижность зубов определяют с помощью инструмента
1 зеркало
2 угловой зонд
3 пинцет
4 шпатель
5 К-файл

136. Для полирования поверхности пломбы из композиционного материала используют
1 боры Гейтса
2 силиконовые полиры
3 диски SoftLex
4 верно 2 и 3

137. Согласно ISO эндодонтические инструменты выпускаются с рабочей длиной, равной
1 10 мм, 12 мм
2 21 мм, 25 мм
3 33 мм, 45 мм
4 28 мм, 31 мм
5 верно 2 и 5

138. Специальные эндодонтические инструменты для расширения устья корневых каналов
1 фиссурный бор
2 gates Glidden, largo (Peeso-Reamer)
3 K-Reamer
4 рашпиль

139. Эндодонтические инструменты для прохождения корневых каналов

1 пульпэкстрактор
2 ример (дрильбор)
3 Н-файл (бурав Хедстрема)
4 спредер

140. Эндодонтические инструменты для расширения корневых каналов
1 пульпэкстрактор
2 ример (дрильбор)
3 К-файл
4 Спередер

141. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов
1 пульпэкстрактор
2 ример (дрильбор)
3 К-файл
4 Н-файл (бурав Хедстрема)
5 каналонаполнитель

142.Ампутация коронковой пульпы осуществляется инструментами
1 К-файлом
2 К-римером
3 зондом
4 экскаватором, бором
5 пинцетом

143.Для высушивания корневого канала применяется
1 пустер с теплым воздухом
2 пистолет с воздухом универсальной установки
3 ватные турунды
4 бумажные штифты
5 верно 3 и 4

144. Определить длину корневого канала можно при помощи
1 корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
2 корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
3 апекслокатора
4 верно 2 и 3

145.Для удаления пульпы из корневого канала предназначен
1 зубоврачебный зонд
2 рашпиль
3 пульпоэкстрактор
4 бурав Хэдстрема

146.Для расширения корневых каналов предназначены
1 К-файлы
2 каналонаполнители
3 спредеры
4 корневые иглы
5 штифты

147. К эндодонтическим инструментам относятся
1 хедстром
2 файл
3 элеватор
4 риммер
5 верно 1, 2 и 4

148. Для придания формы корневому каналу используются следующие инструменты
1 протейперы, профайлы
2 игла Миллера
3 спредеры
4 пульпоэкстракторы

149. Для подготовки корневого канала перед пломбированием используется ручной инструмент
1 каналонаполнитель
2 хедстром
3 плаггер

4 спредер

150. Для определения длины корня зуба используют
1 апекс-локатор
2 рентгенологическое исследование
3 электроодонтодиагностику
4 депофорез
5 верно 1 и 2

151. Боры Гейтса используются
1 для расширения устья корневого канала
2 для резекции верхушки корня
3 для уплотнения пломбировочного материала
4 для выравнивания корневого канала
5 для пломбирования корневого канала

152.Устье корневого канала расширяется
1 пульпоэкстрактором
2 бором Гейтса
3 алмазным турбинным бором
4 каналонаполнителем
5 зондом

153. При инструментальной обработке корневых каналов только возвратно-поступательные движения используют
1 каналонаполнителем
2 пульпоэкстрактором
3 К-римером
4 хедстремом

154. Систему Про Тейпер используют
1 для вертикальной конденсации гуттаперчи
2 для введения разогретой гуттаперчи
3 для механического расширения корневых каналов
4 для уплотнения пломбировочного материала
5 для удаления пульпы

155. Укажите 20 размер инструмента по цветовой маркировки ручки
1 красный
2 желтый
3 белый
4 синий
5 зеленый

156. Символом К – римера является
1 треугольник
2 квадрат
3 ромб
4 круг
5 трапеция

157.Символом К – файла является
1 треугольник
2 квадрат
3 ромб
4 круг
5 трапеция

158. Укажите 35 размер инструмента по цветовой маркировки ручки
1 красный
2 желтый
3 белый
4 синий
5 зеленый

159. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое
1 поверхностном
2 подповерхностном

3 глубоком

160. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области
1 фиссур и естественных ямок
2 режущего края и бугров
3 контактных поверхностей
4 шейки

161. Эмаль временных зубов содержит минеральных веществ по сравнению с эмалью постоянных зубов
1 больше
2 меньше
3 то же количество

4 в 3 раза больше

162. Молярное соотношение Ca/P в эмали в среднем составляет
1 1,37
2 1,47
3 1,67
4 1,87

163. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали
1 микротвердость
2 растворимость
3 проницаемость

164. Деминерализация эмали начинается в ее слое
1 поверхностном
2 подповерхностном
3 глубоком

165. Местным фактором риска возникновения кариеса является
1 высокое содержание фторида в питьевой воде
2 низкое содержание фторида в питьевой воде
3 неудовлетворительная гигиена полости рта
4 наличие сопутствующих соматических заболеваний

166. Среди стрептококков наибольшее значение в возникновении кариеса имеют
1 Str. mutans
2 Str. mitis
3 Str. sanguis
4 Str. salivarius

167. В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов
1 устойчивость к антибиотикам
2 образование органических кислот
3 способность вызывать дисбактериоз
4 способность продуцировать токсины

168. Значение pH зубного налета, оцениваемое как критическое, составляет
1 7,0
2 6,5
3 5,5
4 8,0
5 4,5

169. Наибольшим кариесогенным действием обладает углевод
1 мальтоза
2 галактоза
3 сахароза
4 гликоген

170. При употреблении углеводов наиболее значимым фактором, обуславливающим создание кариесогенной ситуации в полости рта, является
1 тип принятого сахара
2 количество принятого сахара

3 форма приема сахара
4 частота приема сахара

171. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области
1 бугров
2 пришеечной
3 режущего края
4 экватора зуба
5 фиссур

172. Очаговая деминерализация эмали встречается на зубах
1 временных
2 постоянных
3 временных и постоянных
4 симметричных

173. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор
1 Шиллера–Писарева
2 эритрозина
3 2% раствор метиленового синего
4 5% спиртовой раствор йода
5 3% раствор перекиси водорода

174. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие
1 снижения рн зубного налета
2 повышения проницаемости эмали в зоне поражения
3 нарушения Са/Р соотношения в эмали
4 нарушения рн слюны

175. Реминерализирующую терапию рекомендуется проводить
1 при среднем кариесе
2 при кариесе в стадии пятна
3 при осложненном кариесе
4 при остром пульпите
5 при глубоком кариесе

176. Для реминерализирующей терапии используются комбинации растворов
1 глюконата кальция и фторида натрия
2 «Ремодента» и глюконата кальция
3 фторида натрия и фторида олова
4 глюконата кальция и фторида олова

177. При проведении реминерализирующей терапии 10% раствор глюконата кальция используют в комбинации с раствором
1 3% «Ремодента»
2 2% фторида натрия
3 1% хлоргексидина
4 10% нитрата кальция

178. Для реминерализации эмали зубов препарат «Ремодент» не используется
1 для аппликаций
2 для полосканий
3 для приема внутрь
4 для электрофореза

179. Для реминерализирующей терапии используют раствор «Ремодента» в концентрации
1 1%
2 3%
3 5%
4 10%
5 2%

180. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является
1 покрытие зубов фторлаком

2 фторирование питьевой воды
3 фторирование молока
4 прием таблеток фторида натрия

181. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является
1 покрытие зубов фторлаком
2 прием таблеток фторида натрия
3 полоскания фторидсодержащими растворами
4 использование фторидсодержащих зубных паст

182. В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение
1 таблеток фторида натрия
2 фторидсодержащих растворов для полосканий
3 фторидсодержащих зубных паст
4 покрытие зубов фторлаком

183. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет
1 прием таблеток фторида натрия
2 прием фторированного молока
3 чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами
4 фторирование питьевой воды в школах

184. Основной источник поступления фторида в организм человека
1 пищевые продукты
2 питьевая вода
3 воздух
4 лекарства

185. Оптимальное содержание фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет
1 0,5 мг/л
2 0,8 мг/л
3 1,0 мг/л
4 1,2 мг/л
5 2 мг/л

186. Полоскание растворами фторида натрия с целью профилактики кариеса рекомендуется проводить с возраста
1 3 года
2 6 лет
3 10 лет
4 12 лет
5 15 лет

187. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях
1 0,01; 0,02%
2 0,02; 0,05; 0,1%
3 0,05; 0,1; 0,2%
4 0,5; 1,0; 1,5%

188. Для профилактики кариеса зубов среди детей организованных коллективов наиболее часто используются растворы фторида натрия для полоскания в концентрации
1 0,1%
2 0,2%
3 0,5%
4 1%

189. Для профилактики кариеса полоскания 0,05% раствором фторида натрия проводят
1 ежедневно
2 1 раз в неделю
3 1 раз в 2 недели
4 1 раз в полгода
5 1 раз в месяц

190. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят
1 ежедневно
2 1 раз в неделю
3 1 раз в 2 недели

4 1 раз в полгода
5 1 раз в месяц

191. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят
1 ежедневно
2 1 раз в неделю
3 1 раз в 2 недели
4 1 раз в полгода
5 1 раз в месяц

192. Количество фторидсодержащего раствора на одну профилактическую процедуру полоскания не должно превышать

1 5 мл
2 10 мл
3 20 мл
4 50 мл
5 40 мл

193. Применение фторидсодержащего лака способствует профилактике кариеса зубов
1 временных
2 постоянных
3 временных и постоянных

4 резцов

5 жевательных

194. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики кариеса является содержание фторида в питьевой воде

1 оптимальное
2 менее половины оптимального
3 субоптимальное
4 больше оптимального

195. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики кариеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летних детей
1 очень низкий, низкий, средний
2 низкий, средний
3 средний, высокий, очень высокий
4 средний,высокий

196. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов
1 показано
2 противопоказано
3 возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы

197. Профилактическая эффективность эндогенных методов фторидпрофилактики по сравнению с экзогенными методами
1 одинакова
2 меньше
3 больше

198. Максимальный противокариозный эффект от применения таблеток фторида натрия наблюдается на зубах
1 временных
2 постоянных
3 временных и постоянных
4 не наблюдается
5 жевательных

199. Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса постоянных зубов наиболее эффективно с возраста
1 2 года
2 5 лет
3 6 лет
4 10 лет
5 12 лет

200. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют давать
1 1 раз в неделю
2 каждый день
3 через день
4 2 раза в неделю
5 раз в месяц

201. Содержание фторида натрия в 1л фторированного молока составляет
1 0,5 мг
2 1,0 мг
3 1,5 мг
4 2,5 мг
5 3,5 мг

202. Фторированное молоко в целях профилактики кариеса наиболее целесообразно употреблять детям в возрасте
1 с 3 до 9 лет
2 с 3 до 12 лет
3 с 6 до 15 лет
4 с 7 до 16 лет
5 с 10 до 20 лет

203. Количество фторида натрия для получения 1 кг фторированной соли составляет
1 100 мг

2 200 м

3 250 мг

4 500 мг

204. Период активной минерализации фиссур постоянных моляров заканчивается после прорезывания зуба
1 сразу
2 через 2-3 года
3 через 5-6 лет
4 через 10-12 лет

205. Герметизацию фиссур показано проводить после прорезывания зуба
1 сразу
2 через 2-3 года
3 через 4-6 лет
4 в течение всей жизни

206. Силанты – это материалы
1 для пломбирования кариозных полостей
2 для пломбирования корневых каналов
3 для герметизации фиссур
4 для изолирующих прокладок

207. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте
1 6-8 лет
2 10-11 лет
3 12-13 лет
4 15 лет
5 17-18 лет

208. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте
1 6-8 лет
2 9-10 лет
3 12-13 лет
4 15 лет
5 17-18 лет

209. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является
1 плохая гигиена полости рта
2 неполное прорезывание коронки зуба
3 средний или глубокий кариес
4 повышенное содержание фторида в питьевой воде

210. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит
1 химиоотверждаемый герметик
2 светоотверждаемый герметик
3 стеклоиономерный цемент
4 компомер

211. Проведение метода герметизации фиссур при поверхностном кариесе
1 невозможно
2 возможно при применении инвазивной методики
3 возможно при применении неинвазивной методики

212. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет
1 40%
2 60%
3 80%
4 95-100%
5 30%

213. Острый пульпит
1 фиброзный
2 очаговый
3 диффузный
4 гангренозный
5 верно 2 и 3

214. Хронический пульпит
1 фиброзный
2 верно 1, 4 и 5
3 диффузный
4 гангренозный
5 гипертрофический

215. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет характер:
1 острого диффузного пульпита
2 обострения хронического фиброзного пульпита
3 обострения хронического гангренозного пульпита
4 обострения хронического гипертрофического пульпита

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов
«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов
«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов
«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

Оценка 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 стоматологии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенеза кариеса, пульпитов и периодонтитов; способен выделить симптомы, поставить клинический диагноз; знает особенности диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики данных заболеваний.
Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах кариеса, пульпитов и периодонтитов, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения данных заболеваний, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.
Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах кариеса, пульпитов и периодонтитов, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза данных заболеваний, средние знания о этиологии и патогенезе кариеса, пульпитов и периодонтитов; слабо разбирается в вопросах постановки 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, пульпитов и периодонтитов. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза данных заболеваний, 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 КУРАЦИИ БОЛЬНОГО

№	Наименование показателя	Отметка в %
1	Заполнение паспортной части	0-5
2	Жалобы (краткое описание)	0-10
3	Анамнез заболевания	0-10
4	Общее состояние больного	0-5
5	Общий осмотр полости рта	0-10
6	Осмотр преддверия полости рта	0-10
7	Исследование собственно полости рта	0-5
8	Осмотр зубных рядов	0-5
9	Объективное обследование зуба	0-10
10	Правильность интерпретации рентгенологических снимков	0-10
11	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-5
12	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-5
13	Оценка тактики лечения	0-10
	Всего баллов	**Сумма 100%**

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, непроведен дифференциальный

диагноз. План обследования не включает все возможные
методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

№	Наименование показателя	Отметка в %
1.	Вопрос 1	0-100
2.	Вопрос 1	0-100
3.	Вопрос 1	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/3)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%» • глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела; • полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы; • демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы; • воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%» • наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов; • демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; • четкое изложение учебного материала.

«60-74%» • наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся; • демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе; • не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%» • не знание материала темы или раздела; • при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ

№	**Наименование показателя**	**Отметка в (%)**
1	Ежедневное присутствие	0-5
2	Участие в обследовании первичных больных. Заполнение историй болезни	0-25
3	Ежедневный прием больных с последующим оформлением раздела «Дневника»	0-40
4	Правильность ведения дневника практики и качество заполнения отчетной таблицы	0-15
5	Характеристика непосредственного руководителя лечебного учреждения	0-15
	Всего баллов	**сумма баллов**