

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Патогенез осложнений кариеса»

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 осложнений кариеса»

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 Пульпиты.	Текущий	Активность, посещаемость, фронтальный опрос с презентациями.	10	15	6неделя
	Рубежный	Письменный опрос, тесты	10	15	
Модуль 2					
Раздел 2 Периодонтиты	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. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий:
 - 1) технику препарирования кариозных полостей
 - 2) внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней
 - 3) технику пломбирования кариозных полостей
 - 4) манипуляции на тканях пародонта
 - 5) лечение кариеса
2. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:
 - 1) пинцет, зеркало
 - 2) гладилку, пинцет
 - 3) зеркало, зонд
 - 4) штопфер, зонд
 - 5) штопфер, пинцет
3. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:
 - 1) передне-заднем
 - 2) по оси зуба
 - 3) щечно-небном
 - 4) щечно-заднем
 - 5) передне-щечном
4. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:
 - 1) щечно-язычном
 - 2) по оси зуба
 - 3) передне-заднем
 - 4) задне-язычном
 - 5) задне-щечном
5. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:
 - 1) препараты йода
 - 2) метронидазол (трихопол)
 - 3) препараты брома
 - 4) облепиховое масло
 - 5) витамин А
6. После наложения мышьяковистой пасты кариозную полость закрывают:
 - 1) дентин-пастой
 - 2) цинкоксидэвгеноловой пастой
 - 3) фосфат-цементом
 - 4) искусственным дентином (водным)
 - 5) воском
7. Каналонаполнитель предназначен для:
 - 1) удаления пульпы
 - 2) определения глубины корневого канала
 - 3) пломбирования каналов
 - 4) распломбирования каналов
 - 5) расширения каналов
8. Вскрытие полости зуба проводят:
 - 1) финиром
 - 2) карборундовой головкой
 - 3) фиссурным бором
 - 4) шаровидным бором № 1
 - 5) диском
9. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):
 - 1) 0,0008
 - 2) 0,001
 - 3) 0,01
 - 4) 0,1
 - 5) 1,0
10. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:
 - 1) 24 часа
 - 2) 48 часов
 - 3) 3 суток
 - 4) 5-6 суток
 - 5) 7 суток

11. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:
 - 1) штопфер
 - 2) экскаватор
 - 3) зонд
 - 4) колесовидный бор
 - 5) зеркало
12. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:
 - 1) пульпоэкстрактор
 - 2) иглу Миллера
 - 3) К-файл
 - 4) гуттаконденсор
 - 5) спредер
13. Удаление инфицированного преддентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:
 - 1) корневой иглой
 - 2) пульпоэкстрактором
 - 3) К-файлом
 - 4) каналонаполнителем
 - 5) экскаватором
14. При пломбировании корневого канала используют инструмент:
 - 1) Н-файл
 - 2) спредер
 - 3) развертку
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) штифт
15. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:
 - 1) плагер
 - 2) экскаватор
 - 3) спредер
 - 4) корневую иглу
 - 5) файлы
16. Для высушивания корневого канала применяется:
 - 1) пистолет универсальной установки
 - 2) бумажные штифты
 - 3) спирт
 - 4) эфир
 - 5) перекись водорода
17. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:
 - 1) спирт
 - 2) гипохлорит натрия
 - 3) эфир
 - 4) аскорбиновую кислоту
 - 5) фосфорную кислоту
18. Для импрегнационного метода используют раствор:
 - 1) камфора-фенола
 - 2) резорцин-формалина
 - 3) фенол-формалина
 - 4) «царскую водку»
 - 5) гипохлорит натрия
19. Для девитализации пульпы используют:
 - 1) мышьяковистую пасту
 - 2) резорцин-формалиновую смесь
 - 3) камфора-фенол
 - 4) гипохлорит натрия
 - 5) унитиол
20. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:
 - 1) ЭДТА
 - 2) глюконат кальция
 - 3) марганцово-кислый калий
 - 4) формалин
 - 5) йодиол
21. При проведении метода девитальной экстирпации пульпы в первое посещение проводят:
 - 1) раскрытие полости зуба
 - 2) промывание каналов
 - 3) наложение мышьяковистой пасты
 - 4) инструментальную обработку каналов
 - 5) пломбирование каналов
22. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:

- 1) резорцин-формалиновую пасту
 - 2) силикатный цемент
 - 3) жидкотекучий композит
 - 4) гуттаперчевые штифты
 - 5) форфенан
23. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:
- 1) абсорбции влаги
 - 2) дезинфекции канала
 - 3) пломбирования
 - 4) оттока экссудата
 - 5) расширения
24. Вскрытие полости зуба означает:
- 1) удаление свода полости зуба
 - 2) удаление нависающих краев эмали
 - 3) создание сообщения с полостью зуба
 - 4) перфорацию дна полости зуба
 - 5) удаление пульпы
25. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:
- 1) раствора ЭДТА
 - 2) гипохлорита натрия
 - 3) перекиси водорода
 - 4) соляной кислоты
 - 5) хлоргексидина
26. Для прохождения корневого канала по длине применяют:
- 1) К-ример
 - 2) К-файл
 - 3) Н-файл
 - 4) пульпоэкстрактор
 - 5) каналонаполнитель
27. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:
- 1) корневую иглу
 - 2) пульпоэкстрактор
 - 3) К-ример
 - 4) К-файл, Н-файл
 - 5) каналонаполнитель
28. Длина пульпоэкстрактора для фронтальных зубов верхней челюсти равна (мм):
- 1) 22
 - 2) 36
 - 3) 41
 - 4) 44
 - 5) 46
29. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:
- 1) пульпоэкстракторы
 - 2) Н-файлы
 - 3) спредеры
 - 4) плагеры
 - 5) К-файлы
30. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:
- 1) резорцин-формалиновая паста
 - 2) паста на основе смол
 - 3) серебряные штифты
 - 4) стекловолоконные штифты
 - 5) анкерные штифты
31. Элементом коронковой полости зуба является:
- 1) канал
 - 2) свод
 - 3) края
 - 4) углы
 - 5) физиологическое сужение
32. Частью корневого канала является:
- 1) свод
 - 2) анатомическое отверстие
 - 3) дно
 - 4) рентгенологическая верхушка
 - 5) края
33. Вскрытие полости зуба проводят:
- 1) бором

- 2) шпателем
 - 3) пинцетом
 - 4) штопфером
 - 5) экскаватором
34. Полость зуба раскрывают бором:
- 1) колесовидным
 - 2) грушевидным
 - 3) батт-бором
 - 4) обратноконусовидным
 - 5) торпедовидным
35. Ампутацию пульпы проводят:
- 1) зондом
 - 2) экскаватором
 - 3) гладилкой
 - 4) корневой иглой
 - 5) пинцетом
36. Экстирпацию пульпы проводят: -
- 1) экскаватором
 - 2) пульпоэкстрактором
 - 3) каналонаполнителем
 - 4) спредером
 - 5) плагером
37. Глубокую кариозную полость обрабатывают:
- 1) 3% перекисью водорода
 - 2) физиологическим раствором
 - 3) 70% этиловым спиртом
 - 4) 18%ЭДТА
 - 5) 1,0% перманганатом калия
38. Для антисептической обработки корневого канала применяется:
- 1) малеиновая кислота
 - 2) дистиллированная вода
 - 3) 37% фосфорная кислота
 - 4) 3% гипохлорит натрия
 - 5) азотная кислота
39. В верхних молярах количество корней:
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
40. В нижних молярах количество каналов:
- 1) 1,2
 - 2) 2,3
 - 3) 3, 4
 - 4) 4
 - 5) 5
41. В верхних молярах количество каналов:
- 1) 1,2
 - 2) 2,3
 - 3) 3,4
 - 4) 4,5
 - 5) 1,4
42. В нижних молярах количество корней:
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
43. На верхней челюсти два корня имеют:
- 1) резцы
 - 2) клыки
 - 3) первые премоляры
 - 4) вторые премоляры
 - 5) моляры
44. На верхней челюсти три корня имеют:
- 1) резцы
 - 2) клыки
 - 3) первые премоляры

- 4) вторые премоляры
- 5) моляры
- 45. Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:
 - 1) передней фиссуры
 - 2) задней фиссуры
 - 3) щечного бугра
 - 4) небного бугра
 - 5) валика
- 46. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий топографию и манипуляции в полости:
 - 1) зуба
 - 2) кариозной
 - 3) рта
 - 4) носа
 - 5) глаза
- 47. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:
 - 1) рентгенографии
 - 2) субъективных ощущений
 - 3) термодиагностики
 - 4) электроодонтодиагностики
 - 5) ультразвуковым
- 48. Девитализирующим действием обладает:
 - 1) цинкэвгеноловая паста
 - 2) параформальдегидная паста
 - 3) резорцин-формалиновая жидкость
 - 4) крезол
 - 5) камфора-фенол
- 49. Один корень и два канала могут иметь зуб:
 - 1) 3.2, 4.2
 - 2) 3.7, 4.7
 - 3) 1.1, 2.1
 - 4) 2.6, 3.6
 - 5) 2.1, 2.2
- 50. Два корня и два канала имеют зубы:
 - 1) 1.2 и 2.2
 - 2) 3.2 и 4.2
 - 3) 1.4 и 2.4
 - 4) 3.4 и 4.4
 - 5) 1.6 и 2.6
- 51. Два корня и три канала имеют зубы:
 - 1) 1.4 и 2.4
 - 2) 3.4 и 4.4
 - 3) 1.5 и 2.5
 - 4) 3.7 и 4.7
 - 5) 4.3 и 5.3
- 52. Вскрытие полости зуба интактных центральных резцов производят с оральной поверхности на уровне:
 - 1) режущего края
 - 2) верхней трети коронки
 - 3) средней трети коронки
 - 4) нижней трети коронки
 - 5) шейки зуба
- 53. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:
 - 1) в середине продольной фиссуры
 - 2) в области щечного бугра
 - 3) в области небного бугра
 - 4) в пришеечной области
 - 5) с вестибулярной стороны
- 54. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:
 - 1) валика
 - 2) фиссуры впереди валика
 - 3) фиссуры позади валика
 - 4) щечного бугра
 - 5) язычного бугра
- 55. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:
 - 1) середины продольной фиссуры
 - 2) щечного бугра
 - 3) язычного бугра
 - 4) задней трети продольной фиссуры
 - 5) передней трети продольной фиссуры
- 56. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

- 1) передней трети фиссуры
 - 2) середины фиссуры
 - 3) задней трети фиссуры
 - 4) переднего щечного бугра
 - 5) заднего щечного бугра
57. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:
- 1) в устье
 - 2) на 1/3 его длины
 - 3) в среднюю треть длины
 - 4) к апикальному отверстию
 - 5) за апикальное отверстие
58. Пульпоэкстрактор применяется для:
- 1) удаления свода полости зуба
 - 2) удаления пульпы из канала
 - 3) удаления предентина
 - 4) создания апикального упора
 - 5) расширения канала
59. Для высушивания корневого канала применяется:
- 1) абсорбер, ватная турунда
 - 2) шприц
 - 3) пустер
 - 4) ватная турунда, пустер
 - 5) шприц, ватная турунда
60. Символом К-римера является:
- 1) треугольник
 - 2) квадрат
 - 3) ромб
 - 4) круг
 - 5) трапеция
61. Символом К-файла является:
- 1) треугольник
 - 2) квадрат
 - 3) ромб
 - 4) круг
 - 5) трапеция
62. Для снижения риска перфорации искривленного канала необходимо:
- 1) изогнуть К-ример по кривизне канала
 - 2) применить вращающиеся инструменты
 - 3) отказаться от обработки канала
 - 4) применить препарат ЭДТА
 - 5) запломбировать канал
63. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:
- 1) наличие целого тяжа на пульпоэкстракторе
 - 2) кровотечение из канала
 - 3) безболезненная перкуссия
 - 4) болезненное зондирование
 - 5) проведение ЭОД
64. Современным способом пломбирования корневых каналов является:
- 1) метод латеральной конденсации гуттаперчи
 - 2) применение одной пасты
 - 3) применение фосфат-цемента
 - 4) применение серебряного штифта
 - 5) применение гуттаперчи без силера
65. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:
- 1) хорошо проходимые каналы
 - 2) каналы в стадии резорбции верхушечной части
 - 3) плохопроходимые и облитерированные каналы
 - 4) каналы однокорневых зубов
 - 5) воспаление в периодонте
66. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала является:
- 1) антисептическая обработка
 - 2) расширение апикального отверстия
 - 3) определение длины корневого канала
 - 4) расширение устьев корневого канала
 - 5) применение Н-файлов
67. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:
- 1) 2- щечный, небный
 - 2) 3 - небный, передне-щечный, задне-щечный

- 3) 3- задний, передне-язычный, передне-щечный
- 4) 3 - небный, передне-язычный, задне-язычный
- 5) 5 - передней, задне-щечный, небный

68. При лечении пульпита методом девитальной экстирпации в первое посещение проводят:

- 1) раскрытие полости зуба
- 2) удаление коронковой пульпы
- 3) удаление корневой пульпы
- 4) вскрытие полости зуба
- 5) полное эндодонтическое лечение

69. Устья каналов определяют:

- 1) пародонтальным зондом
- 2) экскаватором
- 3) шаровидным бором
- 4) эндодонтическим зондом
- 5) скалером

70. Рабочая длина корневого канала определяется:

- 1) по субъективным ощущениям врача
- 2) по ощущениям пациента
- 3) ортопантограммой
- 4) рентгенограммой с иглой
- 5) ЭОД

71. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

- 1) кислой
- 2) щелочной
- 3) нейтральной
- 4) с гипохлоритом натрия
- 5) соленой

72. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы «Термафил» является:

- 1) короткий период пластичности
- 2) трехмерная obturation канала
- 3) болевые ощущения >
- 4) выведение материала за верхушку
- 5) травма периодонта

73. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

- 1) неправильная интерпретация рентгенограмм
- 2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты
- 3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
- 4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином
- 5) перфорация

74. Осложнением при эндодонтическом лечении является:

- 1) отлом инструмента в канале
- 2) создание апикального упора
- 3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
- 4) создание конусности канала
- 5) расширение канала

75. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

- 1) вскрытие полости зуба
- 2) наложение лечебной прокладки
- 3) полное, удаление некротизированного дентина
- 4) раскрытие кариозной полости
- 5) формирование кариозной полости

76. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

- 1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
- 2) закрытие кариозной полости искусственным дентином
- 3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
- 4) адекватное обезболивание
- 5) проведение некроэктомии

77. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:

- 1) витальная экстирпация
- 2) витальная ампутация
- 3) биологический метод
- 4) девитальная экстирпация
- 5) девитальная ампутация

78. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:

- 1) девитальная экстирпация
- 2) девитальная ампутация
- 3) витальная ампутация
- 4) витальная экстирпация

- 5) биологический метод
79. При лечении пульпита биологическим методом проводится:
- 1) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией
 - 2) удаление коронковой пульпы под анестезией
 - 3) сохранение всей пульпы
 - 4) девитализация пульпы
 - 5) девитальная ампутация пульпы
80. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:
- 1) пластичными нетвердеющими пастами
 - 2) резорцин-формалиновой пастой
 - 3) цинк-эвгеноловой пастой
 - 4) стеклоиономерным цементом
 - 5) масляным дентином
81. Частота обращаемости больных с пульпитом:
- 1) 15-25%
 - 2) 28-30%
 - 3) 38-40%
 - 4) 48-50%
 - 5) 60-70%
82. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:
- 1) 1 часа
 - 2) 2-х часов
 - 3) 3-х часов
 - 4) 4-х часов
 - 5) 5-ти часов
83. При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области:
- 1) всего дна кариозной полости
 - 2) проекции одного из рогов пульпы
 - 3) эмалево-дентинного соединения
 - 4) пришеечной
 - 5) эмали
84. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):
- 1) 2-6
 - 2) 10-12
 - 3) 15-25
 - 4) 30-60
 - 5) выше 100
85. Для диффузного пульпита характерна боль:
- 1) постоянная
 - 2) ночная
 - 3) локализованная
 - 4) дневная
 - 5) ноющая
86. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита:
- 1) острого очагового
 - 2) острого диффузного
 - 3) хронического фиброзного (ремиссия)
 - 4) хронического гипертрофического (ремиссия)
 - 5) хронического гангренозного (ремиссия)
87. Клиника хронического фиброзного пульпита отличается от клиники острого очагового пульпита:
- 1) болью от холодного раздражителя
 - 2) болью от горячего раздражителя
 - 3) болью от механического раздражителя
 - 4) длительностью течения
 - 5) отсутствием клинических проявлений
88. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:
- 1) среднего кариеса
 - 2) глубокого кариеса
 - 3) хронического фиброзного пульпита
 - 4) хронического фиброзного периодонтита
 - 5) гипоплазии
89. Приступы самопроизвольной боли возникают при:
- 1) среднем кариесе
 - 2) остром пульпите
 - 3) хроническом пульпите Г
 - 4) остром периодонтите

- 5) глубоком кариесе
90. Основная функция одонтобластов:
- 1) образование межклеточного вещества
 - 2) защитная функция
 - 3) образование коллагеновых волокон
 - 4) образование дентина
 - 5) резорбция дентина
91. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:
- 1) наличие коллагеновых волокон
 - 2) наличие аргирофильных волокон
 - 3) отсутствие эластических волокон
 - 4) наличие клеточных слоев
 - 5) наличие межклеточного вещества
92. Процессы, характеризующие старение пульпы:
- 1) увеличение размера полости зуба
 - 2) снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток
 - 3) увеличение количества коллагеновых волокон
 - 4) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов
 - 5) увеличение количества клеточных элементов
93. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет характер:
- 1) острого диффузного пульпита
 - 2) острого очагового пульпита
 - 3) обострения хронического фиброзного пульпита
 - 4) обострения хронического гангренозного пульпита
 - 5) обострения хронического гипертрофического пульпита
94. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:
- 1) изменением атмосферного давления
 - 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
 - 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
 - 4) уменьшением количества вазоактивных веществ
 - 5) повышением температуры тела
95. Расстояние между физиологическим и анатомическим отверстиями:
- 1) 0,1-0,5 мм
 - 2) 0,5-1,0 мм
 - 3) 1,0-1,5 мм
 - 4) 1,5-2,0 мм
 - 5) 2,0-2,5 мм
96. Содержание воды в пульпите:
- 1) 60%
 - 2) 85%
 - 3) 90%
 - 4) 95%
 - 5) 100%
97. В структуре пульпы отсутствуют:
- 1) одонтобласты
 - 2) фибробласты
 - 3) эластические волокна
 - 4) коллагеновые волокна
 - 5) звездчатые клетки
98. Количество морфологических зон в пульпите:
- 1) 2
 - 2) 3
 - 3) 4
 - 4) 5
 - 5) 6
99. Периферическая зона пульпы образована клетками:
- 1) фибробластами
 - 2) остеобластами
 - 3) одонтобластами
 - 4) цементобластами
 - 5) пульпоцитами
100. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:
- 1) одонтобласты
 - 2) фибробласты
 - 3) пульпоциты звездчатой формы
 - 4) цементобласты
 - 5) остеобласты
101. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в:

- 1) центральной зоне
- 2) периферической зоне
- 3) субодонтобластической зоне
- 4) в пульпопериодонтальной зоне
- 5) по эмалево-дентинному соединению

102. Коронковая пульпа содержит одонтобластов (максимально):

- 1) 2 слоя
- 2) 3 слоя
- 3) 4 слоя
- 4) 5 слоев
- 5) 6 слоев

103. В корневой пульпе одонтобласты формируют:

- 1) 2 слоя
- 2) 3 слоя
- 3) 4 слоя
- 4) 5 слоев
- 5) 6 слоев

104. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:

- 1) остром очаговом пульпите
- 2) остром диффузном пульпите
- 3) хроническом фиброзном пульпите
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите
- 5) обострении хронического пульпита

105. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина 2) клеточного цемента
- 2) неклеточного цемента
- 3) первичного дентина.
- 4) вторичного дентина

106. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:

- 1) острых формах пульпита
- 2) хроническом фиброзном пульпите
- 3) хроническом гангренозном пульпите
- 4) всех формах пульпита
- 5) обострении хронического пульпита

107. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

- 1) глубокого кариеса
- 2) острого очагового пульпита
- 3) острого диффузного пульпита
- 4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)
- 5) хронического гангренозного пульпита

108. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:

- 1) до 30 лет
- 2) до 40 лет
- 3) до 50 лет
- 4) в пожилом возрасте
- 5) в старческом возрасте

109. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба характерно для пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гипертрофического
- 5) хронического гангренозного

110. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гипертрофического
- 4) хронического гангренозного
- 5) острого очагового пульпита

111. Слабоболезненное зондирование широко вскрытой полости зуба, появление кровоточивости при зондировании является симптомом пульпита:

- 1) острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гипертрофического
- 4) хронического гангренозного
- 5) обострения хронического пульпита

112. Для обострения хронического пульпита характерна:

- 1) приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их устранения

- 2) ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур
- 3) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
- 4) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
- 5) приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

113. Проведение биологического метода возможно:

- 1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
- 2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- 3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
- 4) при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
- 5) при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения

114. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам из кариозной полости
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) травматические повреждения пульпы

115. В этиологии пульпита основную роль играют:

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

116. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

- 1) под анестезией
- 2) после ее некротизации
- 3) после применения антибиотиков
- 4) после применения препаратов йода
- 5) под наркозом

117. Мышьяковистая паста (быстродействующая) для некротизации пульпы в молярах должна быть наложена на:

- 1) 3 часа
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 72 часа
- 5) неделю

118. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) увеличение количества клеточных элементов

119. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловеноулярным анастомозам
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

120. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) изменением атмосферного давления
- 3) понижением гидростатического давления в полости зуба
- 4) повышением температуры тела

121. Создание дренажа между кариозной полостью и полостью зуба способствует переходу острого очагового пульпита в:

- 1) хронический фиброзный
- 2) острый диффузный
- 3) хронический гипертрофический
- 4) хронический гангренозный
- 5) острый периодонтит

122. Самопроизвольная боль, боль от всех видов раздражителей, ночная приступообразная от 10 до 30 минут:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

123. Приступообразная, интенсивная ночная боль с короткими светлыми промежутками, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) острый периодонтит
- 4) обострение хронического пульпита
- 5) хронический гипертрофический пульпит

124. Ноющая боль, дискомфорт от температурных раздражителей, ноющая боль при смене температур:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

125. Боль от различных раздражителей (главным образом от горячего):

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

126. Проведение биологического метода возможно при:

- 1) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 57 лет
- 2) остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 17 лет
- 3) хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
- 4) случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
- 5) обострении хронического фиброзного пульпита у пациента 18 лет

127. Метод витальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

- 1) под анестезией
- 2) без анестезии
- 3) после ее девитализации препаратами мышьяка
- 4) после применения антибиотиков
- 5) после ее девитализации параформальдегидной пастой

128. Мышьяковистая (быстродействующая) паста для некротизации пульпы в однокорневых зубах накладывается на:

- 1) 3 часа
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 72 часа
- 5) неделю

129. При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит:

- 1) некроз ткани пульпы
- 2) фиброзное перерождение пульпы
- 3) значительное разрастание грануляционной ткани
- 4) уменьшение количества волокнистых элементов
- 5) развитие отека и полнокровия

130. Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится с:

- 1) глубоким кариесом
- 2) острым и обострившимся хроническим периодонтитом
- 3) хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии
- 4) альвеолитом
- 5) острыми формами пульпита

131. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:

- 1) глубоком кариесе
- 2) остром очаговом пульпите
- 3) остром диффузном пульпите
- 4) остром периодонтите
- 5) обострении хронического пульпита

132. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:

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

133. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:

- 1) глюкокортикоиды
- 2) гидроокись кальция
- 3) гипохлорит натрия
- 4) хлоргексидин
- 5) НПВС

134. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:

- 1) НПВС

- 2) гидроокись кальция
- 3) гипохлорит натрия
- 4) хлорамин
- 5) гидроксипатит

135. Антимикробные средства в лечебных прокладках:

- 1) гидроокись кальция
- 2) фториды
- 3) лизоцим
- 4) метронидазол
- 5) гидроксипатит

136. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:

- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- 3) верхушка расширена
- 4) формируется апикальный уступ
- 5) проводится резекция верхушки

137. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

- 1) бора
- 2) римера
- 3) корневой иглы
- 4) зонда
- 5) К-файла

138. Для расширения устьев каналов используют:

- 1) зонд
- 2) корневую иглу
- 3) шаровидный бор, Gates-Glidden
- 4) Н-файл
- 5) К-файл

139. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:

- 1) до анатомической верхушки
- 2) до физиологической верхушки
- 3) за пределы апикального отверстия
- 4) не доходя 2 мм до апикального отверстия
- 5) на 2/3 длины канала

140. Промывание корневого канала из шприца проводится при введении эндодонтической иглы:

- 1) в устье канала
- 2) на 1/3 канала
- 3) на 1/2 канала
- 4) до верхушки
- 5) в полость зуба

141. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения необходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):

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

142. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

- 1) перекисью водорода
- 2) 96° спиртом
- 3) гипохлоритом натрия
- 4) дистиллированной водой
- 5) камфара-фенолом

143. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:

- 1) введение в канал одного центрального штифта
- 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

144. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

- 1) введение в канал одного центрального штифта
- 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением.
- 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

145. Обтурация корневых каналов системой «Термафил» предполагает:

- 1) введение в канал одного центрального штифта
- 2) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

- 3) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
 - 4) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
 - 5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
146. Рентгенологические изменения в 50% случаях встречаются при пульпите:
- 1) остром очаговом
 - 2) остром диффузном
 - 3) хроническом фиброзном
 - 4) хроническом гангренозном
 - 5) хроническом гипертрофическом
147. Для медленной девитализации пульпы используют:
- 1) мышьяковистую пасту
 - 2) резорцинформалиновую пасту
 - 3) цинкоксиэвгеноловую пасту
 - 4) параформальдегидную пасту
 - 5) дентин-пасту
148. Метод витальной ампутации не показан в случае:
- 1) острого очагового пульпита
 - 2) случайного вскрытия пульпы зуба
 - 3) острого диффузного пульпита
 - 4) неэффективности биологического метода
 - 5) хронического фиброзного пульпита
149. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:
- 1) острых формах пульпита
 - 2) хроническом фиброзном пульпите
 - 3) хроническом гангренозном пульпите
 - 4) хроническом гипертрофическом пульпите
 - 5) всех формах пульпита
150. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:
- 1) ферментов
 - 2) антибиотиков
 - 3) антидотов
 - 4) хлорсодержащих препаратов
 - 5) кислородсодержащих препаратов
151. Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите:
- 1) остром очаговом
 - 2) остром диффузном
 - 3) хроническом фиброзном
 - 4) хроническом гангренозном
 - 5) хроническом гипертрофическом
152. Пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие соседние зубы:
- 1) транссептальные
 - 2) свободные волокна десны
 - 3) циркулярные волокна
 - 4) альвеолярные гребешковые волокна
 - 5) косые волокна
153. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:
- 1) транссептальные
 - 2) свободные волокна десны
 - 3) циркулярные волокна
 - 4) альвеолярные гребешковые волокна
 - 5) косые волокна
154. Волокна периодонта от вершины альвеолярных гребней к цементу корня:
- 1) транссептальные
 - 2) свободные волокна десны
 - 3) циркулярные волокна
 - 4) альвеолярные гребешковые волокна
 - 5) косые волокна
155. Волокна периодонта, идущие под углом к оси зуба:
- 1) свободные волокна десны
 - 2) циркулярные волокна
 - 3) альвеолярные гребешковые волокна
 - 4) косые волокна
 - 5) транссептальные волокна
156. Наружное (ближе к лунке) сплетение сосудов состоит из:
- 1) капилляров
 - 2) сосудов среднего калибра
 - 3) крупных, продольно расположенных сосудов
 - 4) капиллярных петель в виде клубочков

157. Терминальные веточки кустиковых нервных окончаний обеспечивают регуляцию:

- 1) защитной функции
- 2) распределения силы жевательного давления
- 3) сенсорной функции
- 4) опорно-удерживающей функции
- 5) пластической функции

158. Клубочковые окончания обеспечивают регуляцию:

- 1) пластической функции
- 2) силы жевательного давления
- 3) сенсорной функции
- 4) опорно-удерживающей функции
- 5) защитной функции

159. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости без учета большого количества лимфы и крови в его сосудах способствует выполнению функции:

- 1) опорно-удерживающей
- 2) распределения давления
- 3) пластической
- 4) сенсорной
- 5) защитной

160. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) вейлонеллы
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

161. Причиной острой травмы периодонта может быть:

- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
- 2) вредные привычки
- 3) скученность зубов
- 4) травматическая окклюзия
- 5) употребление мягкой пищи

162. Чувство «выросшего» зуба связано с:

- 1) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
- 2) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- 3) гиперемией и отеком десны
- 4) избыточной нагрузкой на зуб
- 5) температурным воздействием на зуб

163. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:

- 1) с хроническим гранулирующим периодонтитом
- 2) с хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) со средним кариесом
- 4) с кистогранулемой
- 5) с хроническим фиброзным пульпитом

164. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:

- 1) хроническим фиброзным периодонтитом
- 2) хроническим гранулирующим периодонтитом
- 3) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 4) острым периодонтитом в фазе интоксикации
- 5) хроническим гангренозным пульпитом

165. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) среднего кариеса

166. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита

167. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита

- 4) кистогранулемы
 - 5) хронического гангренозного пульпита
168. Для кистогранулемы характерен признак:
- 1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм
 - 2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции
 - 3) расширение периодонтальной щели
 - 4) очаг деструкции с нечеткими контурами
 - 5) сужение периодонтальной щели
169. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:
- 1) 2 зоны
 - 2) 3 зоны
 - 3) 4 зоны
 - 4) 5 зон
 - 5) 6 зон
170. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью осетобластов и фибробластов:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) зона распада и деминерализации
171. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:
- 1) резорцин-формалиновый метод
 - 2) трансканальный электрофорез йодом
 - 3) трансканальный электрофорез с ферментами
 - 4) депофорез
 - 5) удаление
172. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:
- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
 - 2) острый периодонтит однокорневого зуба
 - 3) хронический фиброзный периодонтит
 - 4) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
 - 5) хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
173. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:
- 1) топографией полости зуба
 - 2) размером кариозной полости
 - 3) выбором пломбировочного материала для корневой пломбы
 - 4) выбором методики обработки корневого канала
 - 5) выбором анестетика
174. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:
- 1) ример и К-файл
 - 2) Н-файл (бурав Хедстрема)
 - 3) каналонаполнитель
 - 4) спредер
 - 5) пульпэкстрактор
175. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:
- 1) ример (드릴бор)
 - 2) К-файл и Н-файл
 - 3) каналонаполнитель
 - 4) спредер
 - 5) пульпэкстрактор
176. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:
- 1) ример (드릴бор)
 - 2) К-файл
 - 3) Н-файл
 - 4) каналонаполнитель и спредер
 - 5) пульпэкстрактор
177. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:
- 1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
 - 2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
 - 3) апексолокатора
 - 4) по соотношению длины корня и коронки зуба
 - 5) по специальным таблицам
178. Первым этапом эндодонтической техники «Step back» (шаг назад) является:
- 1) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
 - 2) определение временной рабочей длины
 - 3) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
 - 4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
 - 5) введение в корневой канал пульпэкстрактора

179. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарафенол, крезол и т.д.):

- 1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
- 2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала под временную повязку
- 3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте
- 4) оставляют на Ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала
- 5) не используют

180. Основой для нетвердеющих паст является:

- 1) эвгенол
- 2) резорцин-формалиновая смесь
- 3) вазелин-глицериновая смесь
- 4) эпоксидные смолы
- 5) дистиллированная вода

181. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентгенография
- 4) реоплетизмография
- 5) температурная проба

182. Минимальные сроки восстановления костной ткани (месяцы):

- 1) 6-9
- 2) 9-12
- 3) 12-18
- 4) 18-24
- 5) 24-28

183. Средняя толщина периодонта (мм):

- 1) 0-0,1 2) 0,10-0,15
- 2) 0,20-0,25
- 3) 0,25-0,30
- 4) 0,35-0,40

184. В периодонте в норме преобладает коллаген:

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

185. Дельтовидные разветвления каналов обнаруживаются в молярах в:

- 1) 80%
- 2) 58%
- 3) 53,5%
- 4) 35%
- 5) 25,5%

186. Резекция верхушки корня - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

187. Короно-радикулярная сепарация - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

188. Гемисекция - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

189. Ампутация корня - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей
- 3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- 4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

190. Реплантация зуба - это:

- 1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
- 2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

- 3) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части
- 4) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.
- 5) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

191. Рабочая длина корня при удалении живой пульпы:

- 1) равна рентгенологической длине корня
- 2) на 0,5 мм меньше
- 3) на 1,0 мм меньше
- 4) на 1,5 мм меньше
- 5) на 2 мм меньше

192. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:

- 1) равна рентгенологической длине корня
- 2) на 0,5 мм меньше
- 3) на 1,0 мм меньше
- 4) на 1,5 мм меньше
- 5) на 2 мм меньше

193. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) хронический гранулирующий периодонтит
- 3) хронический гранулирующий периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) хронический гангренозный пульпит

194. Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) хронический гранулирующий периодонтит
- 3) хронический гранулирующий периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) радикулярная киста

195. Свищевой ход является симптомом обострения:

- 1) фиброзного хронического периодонтита
- 2) гранулирующего хронического периодонтита
- 3) гранулематозного хронического периодонтита
- 4) кистогранулемы
- 5) радикулярной кисты

196. Для медикаментозной обработки канала используют раствор перекиси водорода в концентрации:

- 1) 1,5%
- 2) 3%
- 3) 4%
- 4) 6%
- 5) 10%

197. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:

- 1) 2-3%
- 2) 3-5% 3) 5-6%
- 3) 6-8%
- 4) 8-10%

198. Для химического расширения корневого канала используют:

- 1) хлоргексидин
- 2) ЭДТА
- 3) эвгенол
- 4) формалин
- 5) гипохлорит натрия

199. Эвгенол является основой для:

- 1) материалов для постоянных пломб
- 2) паст для постоянного пломбирования каналов
- 3) паст для временного пломбирования каналов
- 4) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
- 5) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

200. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

- 1) хлорамин Т, хлоргексидин
- 2) протеолитические ферменты
- 3) гидроокись меди-кальция
- 4) бетадин, йодиол
- 5) перекись водорода

201. Ферментные препараты для медикаментозной обработки корневых каналов:

- 1) гипохлорит натрия, хлорамин
- 2) йодиол, бетадин
- 3) диметилсульфоксид
- 4) лизоцим, трипсин
- 5) перекись водорода

202. Препарат с выраженным поверхностно активным действием для медикаментозной обработки каналов:

- 1) лизоцим, трипсин
- 2) йодиол, бетадин
- 3) гипохлорит натрия
- 4) диметилсульфоксид
- 5) перекись водорода

203. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия
- 2) метронидазол
- 3) гипохлорит натрия
- 4) фурацилин
- 5) перекись водорода

204. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение:

- 1) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
- 2) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
- 3) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
- 4) проводят разрез по переходной складке
- 5) пломбируют канал временными пломбировочными материалами

205. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительных явлений:

- 1) на 2-3 сутки
- 2) на 4-5 сутки
- 3) на 5-7 сутки
- 4) через 10 дней
- 5) через 14 дней

206. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:

- 1) сохранение зуба
- 2) устранение очага одонтогенной инфекции
- 3) прохождение корневого канала
- 4) воздействие на микрофлору корневых каналов
- 5) пломбирование корневого канала

207. Антисептическое воздействие на систему корневых каналов оказывается проведением:

- 1) инструментальной обработки
- 2) медикаментозной обработки
- 3) общей противовоспалительной терапией
- 4) протравливаем стенок корневого канала
- 5) сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки

208. Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:

- 1) антибиотиков и протеолитических ферментов
- 2) иодосодержащих препаратов и лизоцима
- 3) гипохлорита натрия и ЭДТА
- 4) хлорамина и перекиси водорода
- 5) ферментов и перекиси водорода

209. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

- 1) эвгенол
- 2) формалин
- 3) гидроокись кальция
- 4) эпоксидные смолы
- 5) параформ

210. Некачественное пломбирование канала на 1/2-1/3 длины корня:

- 1) требует повторного эндодонтического лечения
- 2) не требует дополнительного вмешательства
- 3) требует резекции верхушки корня
- 4) требует удаления зуба
- 5) требует реплантации зуба

211. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

- 1) повторное эндодонтическое лечение
- 2) гемисекция
- 3) короно-радикулярная сепарация
- 4) резекция верхушки корня
- 5) ампутация корня

212. Причиной избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня является:

- 1) перфорация стенки корневого канала
- 2) избыточное расширение апикального отверстия
- 3) облом стержневого инструмента в канале
- 4) недостаточная медикаментозная обработка

- 5) плохо высушенный канал
213. Причиной острой травмы периодонта может быть:
- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
 - 2) вредные привычки
 - 3) скученность зубов
 - 4) травматическая окклюзия
 - 5) препарирование кариозной полости
214. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:
- 1) устье канала
 - 2) средняя часть канала
 - 3) верхушечная часть канала
 - 4) околовверхушечная часть канала
 - 5) обсеменение равномерно по всей длине канала
215. Зона, содержащая некротизированные ткани и бактерии:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) ни одна из зон так не характеризуется
216. Зона, содержащая лейкоциты, лимфоциты и остеокласты:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) ни одна из зон так не характеризуется
217. Зона, содержащая грануляционную ткань:
- 1) зона некроза
 - 2) зона контаминации
 - 3) зона раздражения
 - 4) зона стимуляции
 - 5) ни одна из зон так не характеризуется
218. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:
- 1) гранулирующий
 - 2) гранулематозный
 - 3) фиброзный
 - 4) кисторанулема
 - 5) нет зависимости от формы периодонтита
219. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:
- 1) ферментов
 - 2) антибиотиков
 - 3) антидотов
 - 4) хлорсодержащих препаратов
 - 5) кислородсодержащих препаратов
220. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:
- 1) периодонт с формированием пародонтального кармана
 - 2) корневой канал
 - 3) систему гаверсовых канатов с формированием подслизистого абсцесса
 - 4) систему гаверсовых каналов с формированием периостита
 - 5) для сохранности зуба не играет роли
221. Исходом острого периодонтита не может быть:
- 1) клиническое выздоровление
 - 2) восстановление периодонта до нормального состояния
 - 3) развитие периостита
 - 4) переход в хронический процесс
 - 5) развитие остеомиелита
222. На выбор метода лечения хронического периодонтита практически не оказывает влияние:
- 1) проходимость корневого канала
 - 2) размер очага периапикальной деструкции
 - 3) одно- или многокорневой зуб
 - 4) наличие очаговообусловленных заболеваний
 - 5) возраст и пол пациента
223. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:
- 1) канал запломбирован не полностью
 - 2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
 - 3) канал запломбирован полностью
 - 4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
 - 5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

224. Для медикаментозной обработки каналов (промывания) чаще всего используются:
- 1) раствор хлорамина
 - 2) 3% раствор перекиси водорода
 - 3) 12% раствор перекиси карбамида
 - 4) камфара-фенол
 - 5) фенол-формалин
225. В возрастных изменениях периодонта выделяют:
- 1) 2 периода
 - 2) 3 периода
 - 3) 4 периода
 - 4) 5 периодов
 - 5) 6 периодов
226. Волокна периодонта, расположенные в разных направлениях, выполняют функцию:
- 1) распределения давления
 - 2) опорно-удерживающую
 - 3) пластическую
 - 4) трофическую
 - 5) защитную
227. Форма корневого канала после инструментальной обработки должна быть идентична форме:
- 1) К-файла №15
 - 2) К-файла № 20
 - 3) К-файла №25
 - 4) К-файла №30
 - 5) последнему размеру, применявшемуся в инструментальной обработке
228. В процессе инструментальной обработки апикальную часть канала (до физиологического отверстия) расширяют:
- 1) на 1--2 номера от первоначального размера
 - 2) на 2-3 номера
 - 3) на 3-4 номера
 - 4) на 5-6 номеров
 - 5) оставляют без изменений
229. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости (без учета большого количества лимфы и крови в его сосудах) способствуют выполнению функции:
- 1) опорно-удерживающей
 - 2) распределения давления
 - 3) пластической
 - 4) сенсорной
 - 5) защитной
230. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб, характеризует:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
231. Постоянная сильная боль, «чувство выросшего зуба» характеризует:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
232. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:
- 1) обострение хронического гангренозного пульпита
 - 2) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - 3) острый периодонтит в фазе экссудации
 - 4) хронический фиброзный пульпит
 - 5) периостит, подслизистый абсцесс
233. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:
- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
 - 2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
 - 3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
 - 4) смесь соляной и серной кислот
 - 5) раствор перекиси водорода

Темы рефератов и презентаций

1. Анатомия и гистология зубов.
2. Понятие об эндодонте.
3. Морфологические особенности дентина и пульпы зуба.
4. Физиологическая взаимосвязь пульпо-дентинной и пульпо-периапикальной частей комплекса тканей.
5. Этиология пульпита.
6. Наиболее распространенные пути проникновения инфекции в ткани пульпы зуба.
7. Морфологические изменения в дентинных трубочках под влиянием раздражающих факторов.
8. Патогенетический аспект воспаления пульпы.
9. Клинические формы патологических состояний пульпы.
10. Обратимое воспаление пульпы.
11. Особенности строения периодонта.
12. Классификация периодонтита.
13. Этиология периодонтита. Пути проникновения инфекции.
14. Патогенез периодонтитов.

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 дополнительной литературы . Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы . Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и</i>	<i>Представляемая информация систематизирована,</i>	

			ирована и не последовательна.	последовательна. нов.	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 сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	-	Представляемая информация	Представляемая информация	Представляемая информация	Представляемая информация	

		<i>логически не связана. Не использованы профессиональные термины.</i>	<i>не систематизирована и не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термина</i>	<i>систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов.</i>	<i>систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не использованы информационные технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представлении моей информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представлении моей информации</i>	<i>Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представлении моей информации</i>	<i>Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
Итоговая оценка						

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 ответов

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

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов эндодонтии. 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 эндодонтии., а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенеза заболеваний пульпы и периодонта;

способен выделить симптомы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах эндодонтии, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний пульпы и периодонта, 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 эндодонтии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта, средние знания о этиологии и патогенезе заболеваний пульпы и периодонта, 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 эндодонтии. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний пульпы и периодонта, 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 методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет способы исследования, демонстрирует правильное чтение рентген снимков, дает четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет способы исследования, демонстрирует правильное чтение рентген снимков, дает не четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметкой **(60-69)** оценивается не точное выполнение методов диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет не все способы исследования, демонстрирует не полное чтение рентген снимков, дает не четкие инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

Отметка **(0-59)** выставляется при неправильной диагностики пульпитов и периодонтитов, студент называет не все способы исследования, демонстрирует не знание рентген снимков, не может дать инструкции при проведении эндодонтических манипуляций.

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 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