Стом 1курс все

1. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м ):

1. 18

2. 16,5

3. 15

4. 14

2. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):

1. 4,5

2. 3,3

3. 3,0

4. 2,8

3. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):

1. 10

2. 20

3. 30

4. 40

4. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

1. 125°С - 45 мин

2. 160°С-40 мин

3. 180°С-45 мин

4. 180°С-60 мин

5. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:

1. зеркала, изделия из стекла 2) наконечники

2. боры

3. одноразовые шприцы

4. перевязочный материал

6. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

1. пинцет, зонд

2. зеркало, пинцет

3. зонд, шприц

4. зеркало, шприц

7. Автоклавированием стерилизуются:

1. зеркала

2. марлевые тампоны, наконечники

3. одноразовый шприц

4. пластмассовый шпатель

8. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются:

1. лотки

2. эндодонтический инструментарий

3. шовный материал

4. зеркала

9. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):

1. 15-16

2. 17-18

3. 18-23

4. 23-28

10. Целью использования аппарата «Ассистина» является:

1. стерилизация наконечников

2. предстерилизационная очистка и смазывание наконечников

3. дезинфекция боров

4. дезинфекция эндодонтического инструментария

11. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):

1. 1-2

2. 2-4

3. 3-6

4. 4-10

12. Простерилизованные изделия в некомбинированном упаковочном пакете сохраняют стерильность в течение (суток):

1. 2

2. 3

3. 5

4. 7

13. Для внесения амальгамы в кариозную полость необходим инструмент:

1. штопфер

2. шпатель

3. финир

4. амальгамотрегер

14. Стены в стоматологическом кабинете, согласно существующим нормативам, покрывают:

1. обоями

2. побелкой

3. керамической плиткой

4. гобеленом

15. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют на:

1. юг

2. север

3. восток

4. запад

16. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

1. перевязочного материала

2. белья

3. ватных валиков

4. цельнометаллических инструментов

17. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал:

1. 1% раствор перекиси водорода

2. 6% раствор перекиси водорода

3. 2% новокаина

4. 0,5% раствор хлорамина

18. После использования боры помещают в:

1. дезинфицирующий раствор

2. сухожаровой шкаф

3. глассперленовый стерилизатор

4. «Терминатор»

19. С помощью амидопириновой пробы определяют:

1. остатки крови на инструментах

2. остатки моющих средств

3. стерильность инструментов

4. наличие жира

20. Стоматологические зеркала стерилизуются методом химической стерилизации по времени (часов):

1. 1-2

2. 2-3

3. 3-4

4. 4-5

21. Стерильность инструментов после химической стерилизации сохраняется в растворе:

1. 1 час

2. 2 часа

3. 3 часа

4. сутки

22. В глассперленовом стерилизаторе стерилизуют:

1. стоматологические зеркала

2. боры, эндодонтический инструментарий

3. вату

4. белье

23. В глассперленовом стерилизаторе стерилизация инструментов проводится:

1. горячим паром

2. сухим теплом

3. облучением

4. нагретыми стерильными шариками

24. Слепки-оттиски дезинфицируются у больных:

1. ВИЧ-инфицированных

2. гепатит-инфицированных

3. ВИЧ- и гепатит-инфицированных

4. всех больных

25. Слепки-оттиски из силиконовых материалов дезинфицируются раствором гипохлорита натрия:

1. 0,3%-5-10 минут

2. 0,3% - 20 минут

3. 0,5% - 5-10 минут

4. 0,5%-20 минут

26. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:

1. один раз в день

2. два раза в день

3. три раза в день

4. после приема каждого пациента

27. Максимальный радиус загрязнения стоматологического кабинета от места лечения пациента составляет не менее (метров):

1. 0,5

2. 1,5

3. 3,0

4. 4,0

28. В стоматологической практике для первичного осмотра используются и» струменты:

1. зеркало, гладилка

2. зеркало, зонд

3. зеркало, пинцет

4. пинцет, зонд

29. Боры для углового наконечника бывают длиной (см):

1. 3,0

2. 2,7

3. 2,5

4. 2,2

30. Размеры экскаваторов:

1. 0-3

2. 0-4

3. 0-8

4. 1-4

31. Гладилки комбинируют: ,

1. со штопфером

2. с зондом

3. с экскаватором

4. со шпателем

32. Прямыми щипцами удаляют:

1. моляры

2. резцы верхней челюсти

3. резцы нижней челюсти

4. премоляры верхней челюсти

33. S-образными щипцами без шипов удаляют:

1. премоляры верхней челюсти

2. премоляры нижней челюсти

3. моляры верхней челюсти

4. корни зубов

34. S-образными щипцами с шипом на одной из щечек удаляют:

1. корни зубов

2. моляры верхней челюсти

3. моляры нижней челюсти

4. премоляры нижней челюсти

35. Специальными щипцами удаляют:

1. третьи моляры нижней челюсти

2. третьи моляры верхней челюсти

3. премоляры верхней челюсти

4. премоляры нижней челюсти

36. Штыковидными щипцами удаляют:

1. корни зубов верхней челюсти

2. корни зубов нижней челюсти

3. премоляры нижней челюсти

4. премоляры верхней челюсти

37. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками без шипов удаляют:

1. шестые зубы нижней челюсти

2. шестые зубы верхней челюсти

3. резцы нижней челюсти'

4. резцы верхней челюсти

38. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1. корни зубов нижней челюсти

2. корни зубов верхней челюсти

3. резцы нижней челюсти

4. премоляры нижней челюсти

39. При затрудненном открывании рта для удаления моляров нижней челюсти применяют:

1. клювовидные щипцы с несходящимися щечками

2. клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3. щипцы, изогнутые по плоскости

4. прямые элеваторы

40. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1. резцы

2. клыки

3. премоляры

4. корни зубов

41. Штыковидный элеватор (элеватор Леклюза) предназначен для удаления:

1. третьего моляра верхней челюсти

2. третьего моляра нижней челюсти

3. премоляра верхней челюсти

4. премоляра нижней челюсти

42. Стоматологический экскаватор используется для:

1. наложения пломб

2. удаления зубных отложений и некрэктомии

3. формирования пломб

4. зондирования

43. В стоматологической практике гладилка используется для:

1. некрэктомии

2. некрэктомии, моделирования пломб

3. наложения пломб и их формирования

4. наложения и удаления пломб

44. Для удаления третьего моляра нижней челюсти применяются инструменты:

1. S-образные щипцы

2. клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3. клювовидные щипцы с шипами

4. штыковидные щипцы

45. Обследование пациента начинают с применения методов:

1. рентгенологических

2. лабораторных

3. термометрических

4. основных

46. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография

2. опрос, осмотр

3. осмотр, ЭОД

4. ЭОД, рентгенография

47. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни

2. анамнеза заболевания

3. перенесенных заболеваний

4. жалоб

48. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1. бледного цвета, сухая

2. бледно-розового цвета, сухая

3. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4. ярко-красного цвета, обильно увлажнена

49. Осмотр пациента начинают с:

1. заполнения зубной формулы

2. определения прикуса

3. внешнего осмотра

4. осмотра зубных рядов

50. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1. перкуссии

2. зондирования

3. пальпации

4. рентгенографии

51. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова паци ента должна быть:

1. отклонена назад

2. отклонена влево

3. отклонена вправо

4. наклонена вперед

52. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1. зеркала

2. углового зонда

3. пинцета

4. экскаватора

53. Глубина десневого желобка равна (мм):

1. 0,1-0,2

2. 0,5-1

3. 2-3

4. 3-4

54. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1. тургор кожи, цвет глаз

2. симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3. форму носа, цвет глаз

4. пигментные пятна, цвет волос

55. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1. по всем поверхностям

2. в пришеечной области

3. в области контактных поверхностей

4. в фиссурах

56. К I классу по классификации Блэка относятся кариозные полости:

1. в фиссурах моляров

2. на контактной поверхности моляров

3. в пришеечной области моляров

4. на контактной поверхности клыков

57. Кариозная полость на контактной поверхности моляров по классификации Блэка относится к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

58. К III классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1. контактной премоляров

2. вестибулярной резцов

3. контактной резцов

4. жевательной моляров

59. В основу классификации кариозных полостей по Блэку положены признаки:

1. гистологические

2. клинические

3. анатомо-топографические

4. топографические

60. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на передней контактной поверхности премоляров

2. в фиссуре на жевательной поверхности премоляров

3. в пришеечной области премоляров

4. в пришеечной области на контактной поверхности моляров

61. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности клыков

2. на боковой поверхности резцов

3. в слепой ямке латеральных резцов 4) в пришеечной области клыков

4. в пришеечной области моляров

62. Кариозная полость в фиссуре на жевательной поверхности 1.8 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III '

4. IV

63. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относсится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

64. Кариозная полость на задней контактной поверхности 3.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

65. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 2.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

66. Кариозная полость в пришеечной области на вестибулярной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

67. Кариозная полость на срединной контактной поверхности 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

68. Кариозная полость в слепой ямке 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

69. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 1.1 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

70. Кариозная полость на передней поверхности 1.4 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

71. Кариозная полость на задней контактной поверхности 1.5 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

72. Кариозная полость на передней контактной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II

3. III

4. IV

5. V

73. Кариозные полости на передней контактной поверхности и задней контактной поверхности 1.7 зуба относятся по классификации Блэка к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

74. Кариозная полость на латеральной контактной поверхности 1.1 зуба с поражением режущего края относится по Блэку к классу:

1. II

2. III

3. IV

4. V

75. Ко II классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности моляров

2. на контактной поверхности клыков

3. на щечной поверхности моляров

4. на срединной поверхности резцов

76. Медио-окклюзионно-дистальные полости формируются на поверхностях:

1. передней контактной с дополнительной площадкой 2) передней и задней контактной

2. жевательной и вестибулярной

3. контактных с общей дополнительной площадкой

4. задней контактной с дополнительной площадкой

77. К первому этапу препарирования кариозной полости относится:

1. антисептическая обработка

2. кюретаж

3. раскрытие кариозной полости

4. некроэктомия

78. Целью некроэктомии при препарировании кариозной полости является:

1. создание контактного пункта

2. исключение рецидива кариеса

3. восстановление формы зуба

4. восстановление функции зуба

79. Целью формирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба

2. восстановление функции зуба

3. создание контактного пункта

4. создание условий для фиксации пломбы

80. Для определения качества препарирвоания кариозной полости используют стоматологические инструменты:

1. штопфер, зонд

2. зонд, зеркало

3. гладилку, зонд

4. пинцет, зеркало

81. В полостях II класса максимальный размер дополнительной площадки составляет от длины жевательной поверхности:

1. 1/4

2. 1/3

3. 1/2

4. 2/3

82. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

1. цилиндрическим

2. обратноконусовидным

3. колесовидным

4. шаровидным

83. При препарировании зуба самая болезненная зона - это:

1. эмаль

2. цемент

3. эмалево-дентинное соединение

4. дентин

84. При препарировании кариозной полости проводят:

1. протравливание

2. электроодонтодиагностику

3. раскрытие кариозной полости

85. Целью препарирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба

2. восстановление функции зуба

3. удаление некротизированного дентина

4. создание формы полости для пломбирования

86. Наиболее твердой тканью зуба является:

1. дентин

2. эмаль

3. цемент

4. пульпа

87. Минимальный размер длины дополнительной площадки на жевательной поверхности в кариозных полостях II класса:

1. 1/4

2. 1/3

3. 1/2

4. 2/3

88. Самой безболезненной зоной при препарировании зуба является:

1. эмаль

2. эмалево-цементное соединение

3. эмалево-дентинное соединение

4. дентин

89. При формировании кариозной полости II класса дополнительная площадка служит для:

1. эстетики

2. улучшения фиксации пломбы

3. укрепления зуба

4. профилактического иссечения

90. Раскрытие кариозной полости - это:

1. удаление некротизированного дентина

2. удаление нависающих краев эмали

3. формирование кариозной полости

4. отделка краев кариозной полости

91. Удаление некротизированного дентина производится:

1. экскаватором

2. фиссурным бором

3. экскаватором и шаровидным бором

4. экскаватором и колесовидным бором

92. Кариозная полость выше экватора на передней контактной поверхности 1.8 зуба формируется по классу:

1. 1- без дополнительной площадки

2. I - с дополнительной площадкой

3. II - с дополнительной площадкой

4. II - без дополнительной площадки

93. Зубы 2.5 и 2.4 находятся в плотном контакте. Кариозная полость на передней контактной поверхности в пришеечной области 2.5 зуба формируется по классу:

1. I- без дополнительной площадки

2. I - с дополнительной площадкой

3. II - с дополнительной площадкой

4. II - без дополнительной площадки

94. Максимальный размер дополнительной площадки по длине на жевательной поверхности 4.5 зуба должен быть равен:

1. 1/4

2. 1/3

3. 1/2

4. 2/3

95. Дополнительная площадка в полостях II класса по глубине должна быть:

1. в пределах эмали

2. ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм

3. ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм

4. ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм

96. При стирании режущего края зуба 2.2 в полостях IV класса дополнительная площадка формируется:

1. на небной поверхности

2. на режущем крае

3. в слепой ямке

4. в пришеечной области

97. Показанием к созданию дополнительной площадки в полостях III класса является:

1. затрудненный подход к полости

2. расположение полости на небной поверхности

3. расположение полости на язычной поверхности

4. наличие глубокой полости

98. В кариозных полостях III класса противопоказанием к созданию дополнительной площадки является:

1. затрудненный подход к полости

2. хороший подход к полости

3. поражение губной поверхности

4. поражение оральной стенки

99. В полостях IV класса 1.2 зуба без стирания режущего края дополнительная площадка создается:

1. на режущем крае

2. на оральной поверхности

3. на вестибулярной поверхности

4. в слепой ямке

100. Для медикаментозной обработки глубокой кариозной полости рекомендуется использовать:

1. царскую водку

2. раствор хлоргексидина

3. раствор йода

4. спирт, эфир

101. Дентин-паста вносится в кариозную полость при помощи:

1. зонда

2. ватного тампона

3. шаровидного бора

4. серповидной гладилки

102. Время затвердевания искусственного водного дентина:

1. 1/2-1 мин

2. 2-3 мин

3. 8-10 мин

4. 3 часа

103. К силикофосфатным цементам относится:

1. силидонт

2. силиции

3. висфат

4. фосфат цемент

104. В качестве лечебной прокладки используют:

1. искусственный дентин

2. пасты на основе гидроксида кальция

3. дентин-пасту

4. резорцин-формалиновую пасту

105. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1. ДНО

2. стенки

3. эмаль

4. дно и стенки

106. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:

1. адгезией к эмали, дентину

2. растворимостью в слюне

3. окрашиванием тканей зуба

4. прозрачностью

107. Травление твердых тканей зуба проводят с целью: ,

1. реминерализации

2. диагностики кариеса

3. улучшения адгезии

4. обезболивания

108. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):

1. 10

2. 20

3. 37

4. 40

109. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

1. СИЦ

2. композита

3. поликарбоксилатного цемента

4. серебряной амальгамы ,

110. Шлифование и полирование пломбы из композиционного материала проводится через:

1. 5 минут

2. 1 час

3. 3 дня

4. сутки

111. Полирование пломбы из стеклоиономерного цемента проводят после ее наложения через:

1. 5 минут

2. 1 час

3. 1 сутки

4. 1 неделю

112. Коронковая часть анкерного штифта покрывается опакером с целью:

1. обеспечения прочности реставрации

2. улучшения ретенции

3. экономии композита

4. улучшения эстетики

113. Показаниями к пломбированию кариозных полостей серебряной амальгамой являются классы по Блэку:

1. I, II

2. III, IV

3. I, III

4. III, V

114. Для постоянных пломб используют:

1. композитные материалы

2. искусственный дентин

3. цинк-эвгенольную пасту

4. пасты на основе гидроксида кальция

115. Дентин-паста относится к группе:

1. силикатных цементов

2. силико-фосфатных цементов

3. временных пломбировочных материалов

4. цементов для обтурации корневых каналов

116. При моделировании контактной поверхности зуба используется:

1. зонд

2. матрица

3. экскаватор

4. шпатель

117. Для лечения кариеса в пришеечной области 1.1 зуба с вестибулярной стороны используется:

1. дентин

2. композиты

3. силидонт

4. фосфат-цемент

118. Лампы галогенового света используют для:

1. дезинфекции операционного поля

2. высушивания полости рта

3. реминерализации эмали

4. полимеризации композита

119. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:

1. травление эмали

2. моделирование пломбы

3. изоляция от слюны

4. шлифование и полирование пломбы

120. Выбор цвета композиционного материала следует определять при:

1. дневном свете

2. искусственном освещении

3. дневном свете в первую половину дня

4. дневном свете во вторую половину дня

121. Амальгама чаще используется для пломбирования полостей следующих классов:

1. I,III, V

2. I, II, IV

3. I, IV, V

4. I, II, V

122. Отрицательным свойством силикатных пломбировочных материалов является:

1. соответствие цвету эмали

2. пластичность

3. хрупкость, токсичность

4. механическая прочность

123. Наиболее прочным пломбировочным материалом для пломбирования кариозных полостей II класса является:

1. силикатный цемент

2. силикофосфатный цемент

3. амальгама

4. фосфат-цемент

124. При плобмировании амальгамой кариозных полостей II класса в качестве изолирующей прокладки применяется:

1. силидонт

2. цинк-сульфатный цемент

3. силиции

4. фосфат-цемент

125. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

1. фосфат-цемент

2. бондинговая система

3. 37% фосфорная кислота

4. паста на основе гидроксида кальция

126. При пломбировании полостей II класса изолирующая прокладка из фосфат-цемента наносится вначале на:

1. придесневую стенку и дно дополнительной площадки

2. дополнительную площадку

3. дно и стенки дополнительной площадки

4. дно основной полости и дополнительной площадки

127. Для отделки пломб из композитных материалов в полостях II класса применяются:

1. стальные шаровидные боры

2. твердосплавные шаровидные боры

3. твердосплавные цилиндрические боры

4. мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы

128. Выбор цвета композитного материала производится:

1. врачом

2. врачом и пациентом

3. врачом и ассистентом

4. врачом, ассистентом и пациентом

129. При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сендвича» прокладка:

1. перекрывается композитом

2. не перекрывается композитом

3. не используется

4. накладывается на края полости

130. При пломбировании кариозных полостей методом «открытого» сендвича прокладка:

1. перекрывается композитом

2. не перекрывается композитом

3. накладывается на дно и стенки

4. накладывается на края полости

131. При тоннельном методе препарирования доступ в кариозную полость II класса проводят:

1. с выведением на жевательную поверхность

2. с созданием дополнительной площадки

3. из фиссуры на жевательной поверхности

4. с бугра жевательной поверхности

132. При пломбировании сендвич-техникой используют материалы:

1. стеклоиономерный цемент и композит

2. фосфат-цемент и силидонт

3. фосфат-цемент и силиции

4. фосфат-цемент и амальгаму

133. Полное (тотальное) травление означает воздействие фосфорной кислоты на:

1. цемент

2. эмаль и цемент

3. дентин и цемент

4. эмаль и дентин

134. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

1. прочностью, рентгеноконтрастностью

2. прочностью, плохой полируемостью.

3. низкой цветостойкостью

4. накоплением зубного налета на поверхности

135. Отрицательными свойствами макронаполненных композитных материалов является:

1. прочность

2. низкая цветостойкость

3. рентгеноконтрастность

4. пластичность

136. Отрицательным свойством микронаполненных композитов является:

1. высокая цветостойкость

2. полируемость

3. механическая непрочность

4. эстетичность

137. Прокладочные материалы на основе гидроксида кальция обладают положительными свойствами:

1. твердостью, прочностью

2. одонтотропным действием

3. эстетическими качествами

4. растворимостью

138. Цинкфосфатные цементы обладают положительными свойствами:

1. растворимостью в ротовой жидкости

2. адгезией, нетоксичностью

3. прочностью

4. эстетичностью

139. Цинкфосфатные цементы обладают отрицательными свойствами;

1. пластичностью

2. адгезией

3. вязкостью, недостаточной прочностью

4. токсичностью

140. Противопоказанием к применению серебряной амальгамы является наличие:

1. протезов из золота

2. полостей I класса

3. полостей II класса

4. полостей V класса (на молярах)

141. Шлифование и полирование пломб из амальгамы проводится через:

1. 10 мин

2. 30 мин

3. 2 часа

4. 24 часа

142. Положительным свойством стеклоиономерных цементов является:

1. химическая адгезия

2. чувствительность к влаге

3. чувствительность к пересушиванию

4. механическая прочность

143. Отрицательным свойством серебряной амальгамы является:

1. теплопроводность

2. твердость

3. пластичность

4. устойчивость к влаге

144. Основными преимуществами амальгамы без гамма-2-фазы является:

1. устойчивость к коррозии

2. пластичность

3. изменение объема

4. рентгеноконтрастность

145. В качестве изолирующей прокладки под пломбы из амальгамы используют:

1. силиции

2. силидонт

3. фосфат-цемент

4. дентин

146. Показанием к применению серебряной амальгамы является промбирова-ние кариозных полостей по классу:

1. I, II, V

2. I, III

3. III, IV

4. III, V

147. Силикатные цементы обладают положительным свойством:

1. эстетическими качествами

2. высокой токсичностью

3. хрупкостью

4. усадкой при твердении

148. Силикатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1. токсичностью, слабой адгезией

2. эстетическими качествами

3. противокариозным действием

4. простотой применения, дешевизной

149. Показанием пломбирования силикатными цементами являются полости класса:

1. III

2. IV, V 3) I

3. II

4. II, IV

150. Положительными свойствами силикофосфатных цементов являются:

1. механическая прочность, пластичность

2. токсичность

3. недостаточная устойчивость к среде полости рта

4. неэстетичность

151. Показанием к применению силикофосфатных цементов являются кариозные полости класса:

1. IV

2. II

3. III, IV

4. полости I класса - в резцах

152. Серебряная амальгама обладает положительными свойствами:

1. большой прочностью, пластичностью

2. хорошей адгезией

3. эстетичностью

4. высокой теплопроводностью

153. Основным недостатком микрогибридных композитов является:

1. прочность

2. цветостойкость

3. полимеризационная усадка

4. рентгеноконтрастность

154. Микрогибридные композиты применяются при пломбировании кариозных полостей классов:

1. I-V

2. I

3. II

4. III, IV

155. Основным недостатком пластических нетвердеющих материалов для корневых каналов является:

1. противовоспалительное действие

2. бактерицидное действие

3. рассасывание в корневом канале

4. стимуляция репаративных процессов

156. Основными положительными свойствами цинкфосфатных цементов для пломбирования корневых каналов является:

1. рентгеноконтрастность, герметичность

2. вязкость

3. Короткий период пластичности

4. трудное выведение из корневого канала

157. Цинкоксидэвгеноловая паста обладает положительными свойствами:

1. токсическим и аллергическим действием

2. окрашиванием тканей зуба

3. противовоспалительным, легким введением в канал

4. рассасыванием в корневом канале

158. Основными компонентами порошка искусственного дентина являются оксиды:

1. цинка и сульфат цинка

2. цинка и магния

3. алюминия и цинка

4. кальция и цинка

159. Представителем группы стеклоиономерных цементов является:

1. силиции

2. силидонт

3. адгезор

4. фуджи

160. К группе цинкфосфатных цементов принадлежат:

1. силиции

2. силидонт

3. унифас

4. фуджи

161. Основным представителем силикатных цементов является:

1. силиции

2. силидонт

3. стион

4. фуджи

162. Фосфат-цемент применяется для:

1. фиксации керамических вкладок

2. фиксации искусственных коронок

3. пломбирования полостей IV класса

4. пломбирования полостей V класса

163. Кетак-эндо применяют для:

1. пломбирования полостей I класса

2. фиксации коронок

3. пломбирования корневых каналов

4. герметизации фиссур

164. Основной составляющей (до 95%) порошка фосфат-цемента является оксид:

1. кремния

2. магния

3. цинка

4. кальция

165. Основой (до 47%) порошка силикатных цементов является оксид:

1. кремния

2. магния

3. цинка

4. кальция

166. Для замешивания фосфатных цементов используется:

1. полиакриловая кислота

2. дистиллированная вода

3. ортофосфорная кислота

4. малеиновая кислота

167. Недостаточное краевое прилегание серебряной амальгамы зависит от присутствия соединения:

1. серебро + ртуть

2. серебро + олово

3. слово + ртуть

4. медь + олово

168. В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил:

1. Блэк

2. Бовен

3. Буонакоре

4. Буш

169. Инициатором полимеризации материала светового отверждения является:

1. камфорахинон

2. пероксид бензоила

3. ароматические амины

4. пероксид бензоила и ароматические амины

170. К бондинговым системам относятся:

1. ортофосфорная кислота

2. праймер и адгезив

3. соляная кислота

4. плавиковая кислота

171. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1. 1-100

2. 50

3. более 1

4. менее 1

172. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1. гладилкой

2. штопфером

3. шприцем

4. шприцем и гладилкой

173. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1. силикатные

2. цинксульфатные

3. силикофосфатные

4. стеклоиономерные

174. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1. апексит

2. эндодент

3. эндометазон

4. форфенан

175. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1. эндометазон

2. витапекс

3. форфенан

4. АН+

176. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1. источника света

2. полости зуба

3. вестибулярную

4. оральную

177. Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

1. 1,5-2

2. 3

3. 3-4

4. 4-5

178. Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):

1. одним

2. двумя

3. тремя

4. четырьмя

179. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

1. оральную

2. вестибулярную

3. источника света

4. полости зуба

180. Наложение светоотверждаемых пломб противопоказано при наличии:

1. полостей I класса

2. полостей II класса

3. полостей III класса

4. кардиостимулятора

181. 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

182. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:

1. пинцет, зеркало

2. гладилку, пинцет

3. зеркало, зонд

4. штопфер, зонд

183. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:

1. передне-заднем

2. по оси зуба

3. щечно-небном

4. щечно-заднем

184. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:

1. щечно-язычном

2. по оси зуба

3. передне-заднем

4. задне-язычном

185. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:

1. препараты йода

2. метронидазол (трихопол)

3. препараты брома

4. облепиховое масло

186. После наложения мышьяковистой пасты кариозную полость закрывают:

1. дентин-пастой

2. цинкоксидэвгеноловой пастой

3. фосфат-цементом

4. искусственным дентином (водным)

187. Каналонаполнитель предназначен для:

1. удаления пульпы

2. определения глубины корневого канала

3. пломбирования каналов

4. распломбирования каналов

188. Вскрытие полости зуба проводят:

1. финиром

2. карборундовой головкой

3. фиссурным бором

4. шаровидным бором № 1

189. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):

1. 0,0008

2. 0,001

3. 0,01

4. 0,1

190. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

1. 24 часа

2. 48 часов

3. 3 суток

4. 5-6 суток

191. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

1. штопфер

2. экскаватор

3. зонд

4. колесовидный бор

5. зеркало

192. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:

1. пульпоэкстрактор

2. иглу Миллера

3. К-файл

4. гуттаконденсор

193. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

1. корневой иглой

2. пульпоэкстрактором

3. К-файлом

4. каналонаполнителем

194. При пломбировании корневого канала используют инструмент:

1. H-файл

2. спредер

3. развертку

4. пульпоэкстрактор

195. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

1. плагер

2. экскаватор

3. спредер

4. корневую иглу

196. Для высушивания корневого канала применяется:

1. пистолет универсальной установки

2. бумажные штифты

3. спирт

4. эфир

197. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1. спирт

2. гипохлорит натрия

3. эфир

4. аскорбиновую кислоту

198. Для импрегнационного метода используют раствор:

1. камфора-фенола

2. резорцин-формалина

3. фенол-формалина

4. «царскую водку»

199. Для девитализации пульпы используют:

1. мышьяковистую пасту

2. резорцин-формалиновую смесь

3. камфора-фенол

4. гипохлорит натрия

200. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:

1. ЭДТА

2. глюконат кальция

3. марганцово-кислый калий

4. формалин

201. 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

202. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:

1. резорцин-формалиновую пасту

2. силикатный цемент

3. жидкотекучий композит

4. гуттаперчевые штифты

203. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:

1. абсорбции влаги

2. дезинфекции канала

3. пломбирования

4. оттока экссудата

204. 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

205. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:

1. раствора ЭДТА

2. гипохлорита натрия

3. перекиси водорода

4. соляной кислоты

206. Для прохождения корневого канала по длине применяют:

1. К-ример

2. К-файл

3. Н-файл

4. пульпоэкстрактор

207. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:

1. корневую иглу

2. пульпоэкстрактор

3. К-ример

4. К-файл, Н-файл

208. Длина пульпоэкстрактора для фронтальных зубов верхней челюсти равна (мм):

1. 22

2. 36

3. 41

4. 44

209. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются иснтрументы:

1. пульпоэкстракторы

2. Н-файлы

3. спредеры

4. плагеры

210. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

1. резорцин-формалиновая паста

2. паста на основе смол

3. серебряные штифты

4. стекловолоконные штифты

211. Элементом коронковой полости зуба является:

1. канал

2. свод

3. края

4. углы

212. Частью корневого канала является:

1. свод

2. анатомическое отверстие

3. дно

4. рентгенологическая верхушка

213. Вскрытие полости зуба проводят:

1. бором

2. шпателем

3. пинцетом

4. штопфером

214. Полость зуба раскрывают бором:

1. колесовидным

2. грушевидым

3. батт-бором

4. обратноконусовидным

215. Ампутацию пульпы проводят:

1. зондом

2. экскаватором

3. гладилкой

4. корневой иглой

216. Экстирпацию пульпы проводят: -

1. экскаватором

2. пульпоэкстрактором

3. каналонаполнителем

4. спредером

217. Глубокую кариозную полость обрабатывают:

1. 3% перекисью водорода

2. физиологическим раствором

3. 70% этиловым спиртом

4. 18%ЭДТА

218. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1. малеиновая кислота

2. дистиллированная вода

3. 37% фосфорная кислота

4. 3% гипохлорит натрия

219. На верхней челюсти два корня имеют:

1. резцы

2. клыки

3. первые премоляры

4. вторые премоляры

220. На верхней челюсти три корня имеют:

1. резцы

2. клыки

3. первые премоляры

4. моляры

221 Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:

1. передней фиссуры

2. задней фиссуры

3. щечного бугра

4. небного бугра

222  Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий топографию и манипуляции в полости:

1. зуба

2. кариозной

3. рта

4. носа

223. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:

1. рентгенографии

2. субъективных ощущений

3. термодиагностики

4. электроодонтодиагностики

224.  Девитализирующим действием обладает:

1. цинкэвгеноловая паста

2. параформальдегидная паста

3. резорцин-формалиновая жидкость

4. крезофен

225.  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

226. 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

227.  Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:

1. валика

2. фиссуры впереди валика

3. фиссуры позади валика

4. щечного бугра

228. 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

236. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

1. передней трети фиссуры

2. середины фиссуры

3. задней трети фиссуры

4. переднего щечного бугра

237. 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

238. Пульпоэкстрактор применяется для:

1. удаления свода полости зуба

2. удаления пульпы из канала

3. удаления предентина

4. создания апикального упора

239. Для высушивания корневого канала применяется:

1. абсорбер, ватная турунда

2. шприц

3. пустер

4. ватная турунда, пустер

240. Символом К-римера является:

1. треугольник

2. квадрат

3. ромб

4. круг

241. Символом К-файла является:

1. треугольник

2. квадрат

3. ромб

4. круг

242. 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

243. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

1. наличие целого тяжа на пульпоэкстракторе

2. кровотечение из канала

3. безболезненная перкуссия

4. болезненное зондирование

244. Современным способом пломбирования корневых каналов является:

1. метод латеральной конденсации гуттаперчи

2. применение одной пасты

3. применение фосфат-цемента

4. применение серебряного штифта

245. 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

246. 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

247. 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

248. 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

249. Устья каналов определяют:

1. пародонтальным зондом

2. экскаватором

3. шаровидным бором

4. эндодонтическим зондом

250. Рабочая длина корневого канала определяется:

1. по субъективным ощущениям врача

2. по ощущениям пациента

3. ортопантомограммой

4. рентгенограммой с иглой

251. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

1. кислой

2. щелочной

3. нейтральной

4. с гипохлоритом натрия

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

1. короткий период пластичности

2. трехмерная обтурация канала

3. болевые ощущения >

4. выведение материала за верхушку

253. 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

254. 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

255. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

1. вскрытие полости зуба

2. наложение лечебной прокладки

3. полное, удаление некротизированного дентина

4. раскрытие кариозной полости

256. 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

257. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:

1. витальная экстирпация

2. витальная ампутация

3. биологический метод

4. девитальная экстирпация

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

1. девитальная экстирпация

2. девитальная ампутация

3. витальная ампутация

4. витальная экстирпация

259. 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

260. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:

1. пластичными нетвердеющими пастами

2. резорцин-формалиновой пастой

3. цинк-эвгеноловой пастой

4. стеклоиономерным цементом

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

1. гипоплазия

2. эрозия

3. истирание

4. кариес

262. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

1. кислот

2. щелочей

3. кариесогенных факторов

4. абразивного фактора

264. Причины возникновения кариеса:

1. кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали

2. кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали

3. легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры

4. высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора

265. Пелликула зуба образована:

1. коллагеном

2. кератином

3. скоплением микроорганизмов и углеводов

4. гликопротеидами слюны

266. Иммунные зоны зуба:

1. фиссуры и углубления на зубах

2. пришеечная треть видимой коронки зуба

3. жевательные поверхности зубов

4. бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов

268. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

1. кислот

2. щелочей

3. кариесогенных факторов

4. абразивного фактора

269. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

1. климатические условия

2. изменение количества и качества ротовой жидкости

3. диета и Питьевая вода

4. белковые пищевые остатки в полости рта

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

1. снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного

2. снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного

3. одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

4. повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного

273. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:

1. стабильности эмали

2. уменьшении проницаемости эмали

3. увеличении проницаемости эмали

4. изменении органической составляющей свойств эмали

274. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:

1. гиперплазией

2. эрозией твердых тканей

3. глубоким кариесом

4. острым пульпитом

275. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:

1. прозрачная зона

2. темная зона

3. зона прозрачного и интактного дентина

4. подповерхностной деминерализации

276. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:

1. формирование отвесных стенок

2. формирование плоского дна

3. формирование неровного дня в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба

4. сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина

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

1. 0,5-1,0мм

2. 1,0-1,5мм

3. 1,5-2,0 мм

4. 2,0-2,5мм

280. Дополнительные методы обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:

1. расспрос

2. зондирование

3. рентгенография

4. пальпация

281. Детектор кариеса используется для выявления:

1. наружного слоя кариозного дентина

2. вторичного дентина

3. внутреннего слоя кариозного дентина

4. третичного дентина.

282. Протравливание (кондиционирование) дентина проводится для:

1. усиления бактерицидных свойств композитов

2. усиления краевого прилегания

3. удаления смазанного слоя

4. формирования гибридного слоя

283. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится с:

1. кариесом в стадии пятна

2. гипоплазией

3. глубоким кариесом

4. острым диффузным пульпитом ,

284. Элемент кариозной полости:

1. контактная поверхность

2. дентин

3. стенка

4. пришеечная область

285. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:

1. наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости

2. наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости

3. наличие светлого и плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса

4. наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса

286. Дифференциальный диагноз бессимптомного течения среднего кариеса проводят с:

1. кариесом в стадии пятна

2. хроническим гранулематозным периодонтитом

3. деструктивной формой флюороза

4. хроническим фиброзным периодонтитом

287. Гиперминерализация дентиииых канальцев при среднем кариесе определяется в зоне:

1. распада и деминерализации

2. тела поражения

3. прозрачного и интактного дентина

4. темной зоне

288. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:

1. третичного дентина

2. эмали

3. клеточного цемента

4. первичного и вторичного дентина

289. Вторичный кариес - это:

1. возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2. новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3. средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином

4. обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

290. Рецидив кариеса - это:

1. возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2. новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3. средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином

4. обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

291. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

1. острым диффузным пульпитом

2. эрозией эмали

3. острым очаговым пульпитом

4. флюорозом и гипоплазией '

292. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:

1. кариесом в стадии пятна

2. хроническим гранулематозным периодонтитом

3. деструктивной формой флюороза

4. хроническим фиброзным пульпитом

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

1. распада и деминерализации

2. тела поражения

3. прозрачного и интактного дентина

4. темной зоне

295. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:

1. слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора

2. пелликула

3. бикарбонатный буфер в слюне

4. повышение вязкости ротовой жидкости

296. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

1. зубная бляшка

2. диета и питьевая вода

3. углеводистые пищевые остатки в полости рта

4. полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба

298. Кариес в стадии пятна характеризуется:

1. некрозом эмали

2. нарушением формирования эмали

3. поверхностной деминерализацией

4. подповерхностной деминерализацией

299. Основой современной теории кариеса является:

1. физико-химическая теория

2. биологическая теория

3. химико-паразитарная теория

4. трофоневротическая теория

300. Для реализации кариесогенных факторов необходим:

1. фактор неожиданности взаимодействия

2. фактор длительности взаимодействия .

3. фактор внезапности взаимодействия

4. фактор кратковременности взаимодействия

302. Покрытие зубной бляшки мукоидным слоем защищает ее от:

1. удаления зубной щеткой

2. смывания водой

3. минерализации

4. удаления пищевым комком

304. Кариозный процесс развивается при:

1. равновесии ре-и деминерализации

2. преобладании деминерализации

3. отсутствии реминерализации

4. дисминерализации

307. Реминерализирующая терапия - это:

1. методика пломбирования

2. методика реставрации

3. методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами

4. методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами

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

1. некариозных поражений

2. кариеса

3. заболеваний пародонта

4. заболеваний слизистой рта

310. Поддержание гомеостаза эмали происходит за счет:

1. кровеносных сосудов

2. нервов

3. гетероионного обмена с ротовой жидкостью

4. лимфатических сосудов

311. Диагноз кариеса в стадии пятна ставят на основании:

1. зондирования поверхности пятна

2. ЭОД

3. рентгенодиагностики

4. высушивания и окрашивания пятна

312. Поверхностный кариес характеризуется наличием:

1. белого пятна

2. полости в пределах эмали

3. полости средних размеров

4. глубокой кариозной полости

313. Средний кариес (caries media) характеризуется наличием:

1. пигментированного пятна

2. кариозной полости в пределах эмали

3. кариозной полости средних размеров в эмали и дентине

4. глубокой кариозной полости

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

1. кариес эмали

2. кариес дентина

3. кариес цемента

4. гиперемия пульпы

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

1. ниже экватора зуба при хорошем доступе

2. выше экватора при отсутствии доступа

3. ниже экватора при отсутствии доступа

4. выше экватора при хорошем доступе

316. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет:

1. формировать контактный пункт

2. сохранить существующий естественный контактный пункт

3. сохранить жевательную поверхность

4. сохранить биологию пульпы

317. Лечение глубокого кариеса включает этап:

1. препарирования кариозной полости

2. медикаментозной обработки

3. наложения лечебной прокладки

4. наложения постоянной пломбы

318. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:

1. натрий, магний

2. йод, бром

3. кальций, фтор

4. железо, стронций

320. Эффективность реминерализующей терапии зависит от:

1. пола пациента /

2. гигиены полости рта

3. режима работы пациента

4. времени проведения процедур терапии (утро, день, вечер)

322. Форма препарирования кариозной полости I класса определяется:

1. материалом для постоянной пломбы

2. особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес 3) медикаментозной обработкой

3. формой бора для препарирования

4. эмоциональным состоянием пациента

323. Скос эмали под 45° создается для:

1. увеличения адгезии и линии маскировки

2. обезболивания

3. уменьшения токсичности материала

4. устранения смазанного слоя

327. Преимуществом искусственного дентина как временной пломбы является:

1. короткое рабочее время

2. простота использования

3. цветостойкость

4. недостаточная прочность к механическому воздействию

5. длительное рабочее время

328. Безболезненность при среднем кариесе объясняется:

1. некрозом пульпы

2. отсутствием чувствительной инервации в дентине

3. разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)

4. воспалением пульпы

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

1. остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

2. расширением и деформацией дентинных. канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин

3. слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов

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

1. остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

2. расширением и деформацией дентинных кан&дьцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин

3. слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов

4. изменениями в пульпе зуба, сходными с острым пульпитом

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

1. остатками разрушенных эмали и дентина с большим количеством микроорганизмов

2. расширением и деформацией дентинных канальцев, слоем уплотненного дентина, переходящего в неизмененный дентин

3. слоем заместительного дентина в полости зуба, дезориентацией и уменьшением количества одонтобластов

4. изменениями в пульпе зуба, сходными с острым очаговым пульпитом

334. Препарирование кариозной полости I класса предполагает:

1. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без поддежа-щего дентина

2. частичное раскрытие фиссуры

3. полное раскрытие фиссуры

4. максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)

335. Отделка пломбы из амальгамы проводится:

1. непосредственно после пломбирования

2. через 24 часа

3. через 48 часов

4. через 72 часа

336. Для правильного подбора цвета реставрационного материала проводится:

1. предварительное протравливание

2. избирательное пришлифовывание

3. удаление налета с поверхности зуба

337. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:

1. свете галогенового светильника стоматологической установки

2. искусственном освещении в вечернее время

3. идеально высушенной поверхности зуба

4. нейтральном дневном освещении

340. Недостаточное удаление некротизнрованиого дентина со дна и стенок

1. к случайному вскрытию полости зуба

2. облому стенки кариозной полости

3. рецидивирующему кариесу

4. некрозу пульпы

341. Препарирование кариозной полости включает:

1. обезболивание, некрэктомию, финирование

2. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию

3. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование

4. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стен кариозной полости, финирование

342. Пломбирование кариозных полостей возможно:

1. туннельным методом

2. сендвич-техникой

3. step bask

4. crown down

343. Дли реставрации фронтальных зубов используют:

1. амальгаму

2. силикофосфатный цемент

3. силикатный цемент

4. композиты химического и светового отверждения

344. Проницаемость эмали повышаетси под действием:

1. ультрафиолетового света

2. глюконата кальция

3. ремодента

4. зубного налета

345. Показания к применению стеклоиоиомерного цемента:

1. пломбирование кариозных полостей I класса

2. пломбирование кариозных полостей IV класса

3. пломбирование полостей II класса

4. пломбирование кариозных полостей III.V классов, эрозий и клиновидны дефектов

347. Необходимый ннструмент набора для пломбнровавия кариозных полостей II класса:

1. гладилка

2. штопфер

3. зонд

4. матрицедержатель

348. Удалепне размягченного дентина кариозной полости производят:

1. алмазным бором со скоростью 400000 об/мин

2. экскаватором

3. шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин

349. Удаление плотного кариозного дентина производят:

1. алмазным бором со скоростью 400000 об/мин

2. экскаватором

3. шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин

4. алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 4500 об/мин

500. Проницаемость эмали снижается под действием:

1. электрофореза

2. зубного налета

3. ультразвука

4. возрастных изменений

501. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводитси с:

1. кариесом в стадии пятна

2. гипоплазией

3. глубоким кариесом

4. острым диффузным пульпитом

502. Основные методы обследования стоматологического больного на терапев-

1. рентгенография

2. лабораторный анализ

3. перкуссия и зондирование

4. реодентография

503. Распространенность кариеса - это:

1. среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2. процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3. количество новых кариозных поражений за год

4. наличие зубного начета на апроксимальных поверхностях зубов

504. Интенсивность кариеса - это:

1. среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2. процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3. количество новых кариозных поражений за год

4. наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

505. Прирост кариеса - это:

1. среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2. процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3. количество новых кариозных поражений за год

4. наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

507. Осмотр зубов - это:

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4. определение отклонения зуба от оси

508. Пальпация - это:

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

3. оценка внешнего вида, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4. определение отклонения зуба от оси

509. Перкуссия зуба - это:

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4. определение отклонения зуба от оси

510. Подвижность зуба - это:

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4. определение отклонения зуба от оси

511. Температурная проба - это:

1. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

2. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

3. определение отклонения зуба по оси

4. определение реакции зуба на тепловые раздражители

512. Метод люминисцентной диагностики основан на:

1. прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

2. способности тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

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

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

513. Перкуссией оценивается состояние:

1. пульпы

2. периодонта

3. эмали

4. дентина

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

1. процессы адгезии цинк-фосфатного цемента

2. процессы твердения силикатного цемента

3. процессы полимеризации и адгезии композитных материалов

4. адгезию силико-фосфатных цементов

515. Длительное одонтотропное и антисептическое действие в составе лечебной прокладки обеспечивается:

1. гидроксиапатитом

2. фтораггатитом

3. глюконатом кальция

4. гидрооксисыо кальция

5. хлористым кальцием

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

1. 0,4 мм

2. 0,6 мм

3. 0,8 мм

4. 1 мм

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

1. цинкфосфатного

2. силикофосфатного

3. силикатного

4. поликарбоксилатного

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

1. цинк-фосфатного цемента

2. силикофосфатного цемента

3. стеклоиономерного цемента

4. силикатного цемента

520. Макронаполненные композиты:

1. 8-45 мкм (60% наполнения)

2. 1-5 мкм (70% наполнения)

3. 0,4-0,8 мкм (45% наполнения)

4. 0,05-5 мкм (50% наполнения)

521. Износо- и цветостойкость обеспечивается:

1. сохранением поверхностного слоя, ингибированного кислородом

2. кондиционированием эмали '

3. шлифованием и полированием

4. использованием адгезивной системы

522. Основой современных композитов является:

1. эпоксидная смола

2. полиакриловая кислота

3. ортофосфорная кислота

4. БИСГМА

523. При отверяадении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:

1. источника света

2. протравленной эмали

3. центра

4. периферии

524. Протравливание, кондиционирование дентина проводится для:

1. усиления бактерицидных свойств композитов

2. усиления краевого прилегания

3. удаления смазанного слоя

4. формирования гибридного слоя

525. Материалы для лечебных прокладок должны:

1. обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала

2. оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие

3. разрушаться под действием дентинной жидкости

4. обеспечивать кондиционирование дентина

526. Длительность болевого приступа при остром очаговом пульпите не более:

1. 1 часа

2. 2-х часов

3. 3-х часов

4. 4-х часов

527. 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 соеднинения

4. пришеечной

528. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

1. 2-6

2. 10-12

3. 15-25

4. 30-60

529. Для диффузного пульпита характерна боль:

1. постоянная

2. ночная

3. локализованная

4. дневная

530. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита:

1. острого очагового

2. острого диффузного

3. хронического фиброзного (ремиссия)

4. хронического гипертрофического (ремиссия)

531. 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

532. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

1. среднего кариеса

2. глубокого кариеса

3. хронического фиброзного пульпита

4. хронического фиброзного периодонтита

533. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1. среднем кариесе

2. остром пульпите

3. хроническом пульпите Г

4. остром периодонтите

534. Основная функция одонтобластов:

1. образование межклеточного вещества

2. защитная функция

3. образование коллагеновых волокон

4. образование дентина

535. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:

1. наличие коллагеновых волокон

2. наличие аргирофильных волокон

3. отсутствие эластических волокон

4. наличие клеточных слоев

536. 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

537. 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

538. 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

539. 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

540. Содержание воды в пульпите:

1. 60%

2. 85%

3. 90%

4. 95%

541. В структуре пульпы отсутствуют:

1. одонтобласты

2. фибробласты

3. эластические волокна

4. коллагеновые волокна

543. Периферическая зона пульпы образована клетками:

1. фибробластами

2. остеобластами

3. одонтобластами

4. цементобластами

544. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:

1. одонтобласты

2. фибробласты

3. пульпоциты звездчатой формы

4. цементобласты

545. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений расположено в:

1. центральной зоне

2. периферической зоне

3. субодонтобластической зоне

4. в пульпопериодонтальной зоне

546. Коронковая пульпа содержит одонтобластов (максимально):

1. 2 слоя

2. 3 слоя

3. 4 слоя

4. 5 слоев

547. В корневой пульпе одонтобласты формируют:

1. 2 слоя

2. 3 слоя

3. 4 слоя

4. 5 слоев

548. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:

1. остром очаговом пульпите

2. остром диффузном пульпите

3. хроническом фиброзном пульпите

4. хроническом гипертрофическом пульпите

549. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

1. третичного дентина 2) клеточного цемента

2. неклеточного цемента

3. первичного дентина.

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

1. острых формах пульпита

2. хроническом фиброзном пульпите

3. хроническом гангренозном пульпите

4. всех формах пульпита

551. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

1. глубокого кариеса

2. острого очагового пульпита

3. острого диффузного пульпита

4. хронического фиброзного пульпита (длительное течение)

552. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:

1. до 30 лет

2. до 40 лет

3. до 50 лет

4. в пожилом возрасте

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

1. острого очагового

2. острого диффузного

3. хронического фиброзного

4. хронического гипертрофического

554. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование короиковой части пульны практически безболезненно является симптомом пульпита:

1. острого диффузного

2. хронического фиброзного

3. хронического гипертрофического

4. хронического гангренозного

555. 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

556. 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

557. 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 лег с хроническим пиелонефритом

4. при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

558. 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

559. В этиологии пульпита основную роль играют:

1. фузобактерии

2. спирохеты

3. гемолитические и негемолитические стрептококки

4. лактобактерии

560. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

1. под анестезией

2. после ее некротизации

3. после применения антибиотиков

4. после применения препаратов йода

561. Мышьяковистая паста (быстродействующая) для1 некротизации пульпы в молярах должна быть наложена на:

1. 3 часа

2. 24 часа

3. 48 часов

4. 72 часа

562. 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

563. 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 артериоловенулярным анастомозам

4. увеличением количества вазоактивных веществ

564. 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

565. 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

566. 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

567. 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

568. 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

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

1. острый очаговый пульпит

2. острый диффузный пульпит

3. хронический фиброзный пульпит

4. хронический гангренозный пульпит

570. 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

571. Метод витальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

1. под анестезией

2. без анестезии

3. после ее девитализации препаратами мышьяка

4. после применения антибиотиков

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

1. 3 часа

2. 24 часа

3. 48 часов

4. 72 часа

573. 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

574. 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

575. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:

1. глубоком кариесе

2. остром очаговом пульпите

3. остром диффузном пульпите

4. остром периодонтите

576. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:

1. клыках верхней челюсти

2. резцах

3. молярах

4. премолярах

577. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:

1. глюкокортикоиды

2. гидрооксись кальция

3. гипохлорит натрия

4. хлоргексидин

578. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:

1. НПВС

2. гидроокись кальция

3. гипохлорит натрия

4. хлорамин

579. Антимикробные средства в лечебных прокладках:

1. гидроокись кальция

2. фториды

3. лизоцим

4. метронидазол

580. 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

581. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

1. бора

2. римера

3. корневой иглы

4. зонда

582. Для расширения устьев каналов используют:

1. зонд

2. корневую иглу

3. шаровидный бор, Gates-Glidden

4. Н-файл

583. 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

584. Промывание корневого канала из шприца проводится при введении эндо-донтической иглы:

1. в устье канала

2. на 1/3 канала

3. на 1/2 канала

4. до верхушки

585. 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

586. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

1. перекисью водорода

2. 96° спиртом

3. гипохлоритом натрия

4. дистиллированной водой

587. 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

588. 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

589. 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

590. Рентгегологические изменения в 50% случаях встречаются при пульпите:

1. остром очаговом

2. остром диффузном

3. хроническом фиброзном

4. хроническом гангренозном

591. Для медленной девитализации пульны используют:

1. мышьяковистую пасту

2. резорцинформалиновую пасту

3. цинкоксиэвгеноловую пасту

4. параформальдегидную пасту

592. Метод витальной ампутации не показан в случае:

1. острого очагового пульпита

2. случайного вскрытия пульпы зуба

3. острого диффузного пульпита

4. неэффективности биологического метода

594. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

1. ферментов

2. антибиотиков

3. антидотов

4. хлорсодержащих препаратов

595. Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите:

1. остром очаговом

2. остром диффузном

3. хроническом фиброзном

4. хроническом гангренозном

596. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

1. 6-7

2. 8-9

3. 10-16

4. 17-20

597. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

1. эмаль, Насмитова оболочка

2. дентин, пульпа

3. цемент

4. периодонт

598. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:

1. эмаль

2. дентин, пульпа

3. цемент

4. периодонт

599. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:

1. эмаль

2. дентин

3. цемент, периодонт

4. Насмитова оболочка

600. Минерализация молочных зубов начинается:

1. в I половине внутриутробного развития

2. в II половине внутриутробного развития

3. в I полугодии после рождения

4. во II полугодии после рождения

601. Минерализация постоянных резцов и клыков начинается:

1. на 17 неделе внутриутробного развития

2. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

3. во втором полугодии после рождения

4. в 2,5-3,5 года

602. Минерализация премоляров начинается:

1. в конце внутриутробного периода

2. в первые недели после рождения

3. во втором полугодии после рождения

4. в 2,5-3,5 года

603. Минерализация первых постоянных моляров начинается:

1. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

2. во втором полугодии после рождения

3. на втором году жизни

4. в 2-3 года

604. Минерализация вторых постоянных моляров начинается:

1. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

2. во втором полугодии после рождения

3. в 2,5-3,5 года

4. в 4-5 лет

605. К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:

1. 2 2) 4

2. 6

3. 8

4. 10

606. К концу второго года жизни у здорового ребенка должны прорезаться зубы:

1. все молочные

2. только нижние центральные молочные резцы

3. все молочные резцы

4. молочные фронтальные зубы и первые моляры

607. Все молочные зубы у здорового ребенка должны прорезаться к:

1. концу первого года

2. концу второго года

3. 2,5-3 годам

4. к 4 годам

612. Патологическая резорбция корней чаще наблюдается:

1. в интактных зубах с живой пульпой

2. при среднем кариесе

3. при хроническом периодонтите

4. при хроническом фиброзном пульпите

613. Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается:

1. вскоре после прорезывания зубов

2. в среднем через 1 год после прорезывания зубов

3. в среднем через 2 года после прорезывания

4. в среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов

614. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка:

1. до рождения

2. в первые 3-4 месяца после рождения

3. сразу после прорезывания зуба

4. к концу первого года жизни

615. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

1. с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом

2. ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

3. с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом

4. с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

618. Толщина эмали после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:

1. увеличивается в результате функционирования энамелобластов

2. не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют

3. уменьшается в результате физиологического стирания

4. увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

619. Толщина дентина после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:

1. увеличивается в результате функционирования одонтобластов

2. увеличивается в результате функционирования энамелобластов

3. не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют

4. уменьшается в результате физиологического стирания

620. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:

1. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое

2. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое

3. короче нормальной длины, корневой канал узкий

4. короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня

621. Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме проецируется:

1. нормальной длины, С заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое

2. нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое

3. короче нормальной длины, корневой канал узкий

4. короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня

624. Проницаемость эмали повышается под действием:

1. ультрафиолетового света

2. глюконата кальция

3. ремодента

4. углеводистой пищи

625. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

1. эвикрол

2. стеклоиономерные цементы

3. силидонт

4. силиции

626. Для поверхностного кариеса характерно:

1. боль при зондировании в одной точке дна кариозной полости

2. безболезненное зондирование

3. боль при препарировании стенок кариозной полости

4. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

627. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

1. кариеса в стадии пятна

2. поверхностного кариеса

3. среднего кариеса

4. глубокого кариеса

628. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

1. эрозии эмали

2. белом кариозном пятне

3. пятнистой форме гипоплазии

4. кариозном пигментированном пятне

629. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

1. на дне кариозной полости в одной точке

2. по стенкам кариозной полости

3. по всему дну кариозной полости

4. по стенкам кариозной полости и всему дну

630. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

1. вестибулярной

2. контактной

3. жевательной

4. в области режущего края

631. При кариеса в стадии пятна эмаль:

1. гладкая, зондирование болезненно

2. гладкая, зондирование безболезненно

3. шероховатая, зондирование болезненно

4. шероховатая, зондирование безболезненно

632. При поверхностном кариесе эмаль:

1. гладкая, зондирование болезненно

2. гладкая, зондирование безболезненно

3. шероховатая, зондирование болезненно

4. шероховатая, зондирование безболезненно

633. Препарирование молочных зубов показано при:

1. кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе

2. поверхностном кариесе

3. среднем кариесе

4. кариес в стадии пятна при медленнотекущем кариесе

634. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

1. прокладки на основе гидроокиси кальция

2. пасту с гормональными препаратами

3. пасту с антибиотиками

4. дентин

635. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:

1. амальгаму

2. силидонт

3. стеклоиономерные цементы

4. композитные материалы

636. Основой лечебных прокладок «Дайкал», «Кальци-пульп», «Кальмеции» является:

1. антибиотик

2. гидроокись кальция

3. антисептик

4. эвгенол

637. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:

1. раствор нитрата серебра 30%

2. 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия

3. р-р Шиллера-Писарева

4. капрофер

638. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

1. прокладки на основе гидроокиси кальция

2. пасту с гормональными препаратами

3. пасту с антибиотиками

4. резорцин-формалиновую пасту

640. Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:

1. йодинол

2. раствор нитрата серебра

3. прополис

4. имудон

641. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

1. амальгаму

2. силидонт

3. стеклоиономерные цементы

4. композитные материалы

642. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечения среднего кариеса постоянных несформированных резцов:

1. амальгама

2. силидонт

3. стеклоиономерные цементы

4. композитные материалы

643. Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна:

1. препарирование с последующим пломбированием

2. аппликация раствора фторида натрия

3. аппликация раствора глюконата кальция

4. аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия

644. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

1. реактив Шиллера-Писарева

2. раствор йодистого калия

3. 2% раствор метиленового синего

4. бриллиантовый зеленый

645. Пятна при быстром развитии кариеса:

1. блестящие, зондирование безболезненно

2. меловидные, зондирование безболезненно

3. пигментированные, зондирование болезненно

4. меловидные, зондирование болезненно

646. На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят:

1. молочные клыки

2. молочные резцы

3. молочные моляры

4. постоянные клыки

648. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

1. среднего кариеса

2. глубокого кариеса

3. хронического фиброзного пульпита

4. хронического гангренозного пульпита

649. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:

1. самопроизвольные

2. от раздражителей

3. при накусывании на зуб

4. разлитые

650. Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:

1. острый диффузный

2. хронический фиброзный

3. хронический гангренозный

4. хронический гипертрофический

651. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

1. хроническом фиброзном

2. хроническом гангренозном

3. хроническом гипертрофическом

4. хроническом в стадии обострения

653. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

1. сформированных молочных резцах

2. молочных молярах независимо от стадии развития корня

3. молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах

4. сформированных постоянных молярах

654. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

1. 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

2. 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

3. 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

4. 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

655. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

1. диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

2. возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии

3. стадии развития зубов и их групповой принадлежности

4. диагноза

656. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:

1. перелом части коронки зуба

2. нарушение техники препарирования кариозной полости

3. обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром

4. нелеченный кариес

657. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

1. острый очаговый пульпит

2. острый диффузный пульпит

3. хронический фиброзный пульпит

4. хронический гипертрофический пульпит

658. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

1. острого очагового

2. острого диффузного

3. хронического фиброзного

4. хронического гангренозного

660. При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:

1. раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку

2. удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом

3. после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу

4. после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу

661. Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

1. девитальная ампутация

2. девитальная экстирпация

3. витальная ампутация

4. витальная экстирпация

662. Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению со здоровым симметричным зубом:

1. медленнее

2. быстрее

3. одновременно

4. формирование прекращается

663. Методом высокой ампутации проводят лечение:

1. всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

2. отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы

3. всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах

4. хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

664. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

1. прекращения воспалительного процесса

2. прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня

3. обеспечения дальнейшего формирования корня 4)' прекращения дальнейшего формирования корня 5) ускорения формирования корня

665. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:

1. девитальная ампутация

2. девитальная экстирпация

3. высокая ампутация

4. витальная экстирпация

666. Метод девитальнои экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

1. только в сформированных постоянных

2. в любых сформированных временных

3. в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных

4. в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных

667. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:

1. самопроизвольные

2. постоянные

3. при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью

4. иррадиирующие

668. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

1. боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие

2. боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб

3. переходная, складка свободная, безболезненная при пальпации

4. боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные

669. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутационным методом контролируют рентгенологически:

1. через 3 недели, а потом 1 раз в год

2. через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

3. через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

4. однократно после завершения лечения

670. Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:

1. девитальнои экстирпации

2. девитальнои ампутации

3. витальной ампутации

4. витальной экстирпации