

РАЗДЕЛ 1 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПО СТОМАТОЛОГИИ

1. Этика – это:

- а) учение о взаимоотношениях врача и больного;
- б) учение о морали. +

2. Деонтология – это:

- а) учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом; +
- б) учение о морали;
- в) учение о взаимоотношениях врача и больного.

3. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются следующие документы, кроме

- а) Закона РФ «О медицинском страховании граждан»
- б) Основ законодательства об охране здоровья граждан дополнения и изменения к Закону «О медицинском страховании»
- в) Закона «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» +

4. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются

- а) государственный бюджет
- б) средства медицинского страхования
- в) доходы от платных услуг населения
- г) все выше перечисленное +

5. Кто имеет право быть лечащим врачом?

- а) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- б) обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
- в) окончивший медицинский ВУЗ, интернатуру либо ординатуру и получивший сертификат либо свидетельство об аккредитации +

6. Ятрогенные заболевания являются:

- а) частным случаем психогений
- б) нежелательными изменениями психики, порожденными врачом
- в) расстройствами психики в результате воздействия "слова" врача
- г) все выше перечисленное верно +

7. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

- а) право на ОМС и ДМС
- б) выбор страховой медицинской организации
- в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса
- д) все вышеперечисленное +

8. Является ли информирование добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства?

- а) да +
- б) нет

9. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам РФ устанавливаются на уровне:

- а) лечебно-профилактического учреждения
- б) региональном
- в) федеральном +

10. Нормативный документ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»:

- а) Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 786н +
- б) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323ФЗ
- в) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 N 1496н

11. Нормативный документ "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями":

- а) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 N 1496н
- б) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323ФЗ
- в) Приказ Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 910н +

12. Обследование пациента начинают с применения методов:

- а) рентгенологических
- б) лабораторных
- в) термометрических
- г) основных +
- д) цитологических

13. К основным методам обследования относятся:

- а) опрос, рентгенография
- б) опрос, осмотр +
- в) осмотр, ЭОД
- г) ЭОД, рентгенография
- д) перкуссия, ЭОД

14. Опрос пациента начинается с выяснения:

- а) истории жизни
- б) анамнеза заболевания
- в) перенесенных заболеваний
- г) жалоб +
- д) аллергоанамнеза

15. Слизистая оболочка полости рта в норме:

- а) бледного цвета, сухая
- б) бледно-розового цвета, сухая
- в) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена +
- г) ярко-красного цвета, обильно увлажнена
- д) гиперемирована, отечна

16. Осмотр пациента начинают с:

- а) заполнения зубной формулы
- б) определения прикуса
- в) внешнего осмотра +
- г) осмотра зубных рядов
- д) перкуссии зубов

17. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

- а) перкуссии
- б) зондирования
- в) пальпации +
- г) рентгенографии
- д) аускультации

18. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

- а) отклонена назад
- б) отклонена влево
- в) отклонена вправо
- г) наклонена вперед +
- д) отклонена назад и влево

19. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

- а) зеркала
- б) углового зонда
- в) пинцета +
- г) экскаватора
- д) шпателя

20. Глубина десневого желобка равна (мм):

- а) 0,10,2 +
- б) 0,51
- в) 23
- г) 34
- д) 45

21. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

- а) тургор кожи, цвет глаз
- б) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи +

- в) форму носа, цвет глаз
- г) пигментные пятна, цвет волос
- д) целостность зубного ряда

22. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

- а) интубационная
- б) проводниковая +
- в) эпидуральная
- г) внутривенная
- д) масочная

23. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

- а) подкожная
- б) интубационная
- в) интралигаментарная +
- г) эпидуральная
- д) внутривенная

24. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

- а) аллергические реакции на анестетики +
- б) множественный кариес зубов
- в) высокая температура
- г) подвижность зубов
- д) повышенное АД

25. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

- а) овальное отверстие +
- б) круглое отверстие
- в) подглазничное отверстие
- г) верхнеглазничную щель
- д) нижнечелюстной канал

26. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

- а) сложных эфиров
- б) амидов +
- в) щелочей
- г) спиртов
- д) кислот

27. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

- а) кверху, кзади, кнутри
- б) кверху, кзади, кнаружи +
- в) книзу, кзади, кнутри
- г) книзу, кзади, кнаружи
- д) кверху, вперед, кнутри

28. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

- а) мандибулярной
- б) торусальной
- в) инфраорбитальной +
- г) туберальной
- д) по ГоуГейтсу

29. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

- а) мандибулярной и ментальной +
- б) резцовой и инфраорбитальной
- в) резцовой и туберальной
- г) туберальной и палатинальной
- д) инфраорбитальной и палатинальной

30. Подъязычный нерв иннервирует:

- а) зубы верхней челюсти
- б) слизистую оболочку неба
- в) слизистую оболочку десны с язычной стороны +
- г) нижнюю губу и кожу подбородочной области
- д) слизистую щеки

31. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

- а) кожа и слизистая щеки
- б) альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
- в) альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
- г) бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти +
- д) слизистая неба

32. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

- а) торусальной +
- б) туберальной
- в) ментальной
- г) инфраорбитальной
- д) палатинальной

33. Вазоконстрикторы вызывают:

- а) расширение сосудов
- б) сужение сосудов +
- в) гиперемия кожных покровов
- г) парестезии
- д) анальгезию

34. При местном обезболивании выключается болевой синдром:

- а) психоэмоциональный
- б) вегетативный
- в) сенсорный +

- г) двигательный
- д) рефлекторный

35. Местным осложнением при обезболивании является:

- а) обморок
- б) контрактура нижней челюсти +
- в) анафилактический шок
- г) коллапс
- д) отек Квинке

36. Общим осложнением при обезболивании является:

- а) кровотечение
- б) контрактура
- в) обморок +
- г) некроз
- д) гематома

37. К методу инфильтрационной анестезии относится:

- а) мандибулярная
- б) субпериостальная +
- в) инфраорбитальная
- г) резцовая
- д) ментальная

38. При общем обезболивании происходит:

- а) обратимое торможение ЦНС +
- б) необратимое торможение ЦНС
- в) блокада периферических нервных рецепторов
- г) блокада основного нервного ствола
- д) возбуждение ЦНС

39. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):

- а) 90
- б) 6070
- в) 5055
- г) 3045 +
- д) 1020

40. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны +
- д) слизистая оболочка неба

41. Во время коллапса кожные покровы:

- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные +
- в) сухие, гиперемированные
- г) влажные, гиперемированные
- д) нормальные

42. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции +
- д) атеросклероза

43. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца:

- а) 30
- б) 60 +
- в) 90
- г) 75
- д) 120

44. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на:

- а) эпигастрии
- б) нижней трети грудины
- в) средней трети грудины +
- г) яремной вырезки
- д) боковой поверхности груди

45. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

- а) обморок +
- б) гематома
- в) контрактура
- г) кровотечение
- д) пародонтит

46. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях:

- а) масочный
- б) внутривенный
- в) электронаркоз
- г) эндотрахеальный +
- д) внутриартериальный

47. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза:

- а) фторотан +
- б) калипсол
- в) циклопропан
- г) закись азота
- д) баралгин

РАЗДЕЛ 2 СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ

1. Для снижения кариесвосприимчивости назначают внутрь :

- а) лактат или глюконат кальция +
- б) метилурацил
- в) бактрим
- г) лактобактерин
- д) интерферон

2. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь :

- а) препарат «Кальцинова» +
- б) интерферон
- в) супрастин
- г) имудон
- д) лактобактерин

3. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь :

- а) викасол
- б) препарат «Верокка» +
- в) бифидобактерин
- г) йодид калия
- д) метилурацил

4. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь :

- а) ацикловир
- б) эритромицин
- в) витафтор +
- г) имудон
- д) супрастин

5. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания :

- а) кисломолочные продукты
- б) зелень, овощи
- в) мясные консервы +
- г) рыбные продукты
- д) сыры

6. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания :

- а) творог
- б) яблоки

- в) конфеты +
- г) овощи
- д) мясо

7. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариес-восприимчивых детей применяется:

- а) 30% раствор нитрата серебра
- б) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия +
- в) 2% раствор пищевой соды
- г) сафарейт
- д) йодид калия

8. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесвосприимчивых детей применяется:

- а) сафарейт
- б) фторлак +
- в) 2% раствор метиленового синего
- г) 40% раствор глюкозы
- д) р-р Шиллера-Писарева

9. Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

- а) силидонт
- б) компомеры
- в) силанты +
- г) амальгаму
- д) силиции

10. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте:

- а) 6-7 лет +
- б) 8-9 лет
- в) 10-11 лет
- г) 12-13 лет
- д) любом

11. Таблетки фторида натрия для профилактики кариеса детям рекомендуют давать:

- а) 1 раз в неделю
- б) каждый день +
- в) через день
- г) 2 раза в неделю
- д) 1 раз в месяц

12. Проницаемость эмали понижается под действием:

- а) ультрафиолетового облучения
- б) глюконата кальция, ремодента +
- в) лазерного облучения
- г) углеводистой пищи

д) цитрусовых

13. Для профилактики кандидоза нистатин назначается при лечении препаратами:

- а) противовирусными
- б) противовоспалительными
- в) антибиотиками +
- г) антигистаминными
- д) анальгетиками

14. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

- а) устранении факторов риска
- б) предупреждении возникновения факторов риска +
- в) повышении уровня здоровья
- г) назначении корригирующих (лечебных) мероприятий
- д) выявлении факторов риска

15. Для качественной гигиены полости рта необходимо использовать:

- а) зубные щетки и пасты
- б) зубные щетки, пасты и флоссы
- в) зубные щетки, пасты, флоссы и ополаскиватели +
- г) зубные щетки, пасты, флоссы и жевательную резинку
- д) зубные щетки, пасты, жевательную резинку

16. Полоскание полости рта растворами фторидов для профилактики кариеса рекомендуется детям в возрасте:

- а) 2 лет
- б) 4 лет
- в) 6 лет +
- г) 8 лет
- д) 10 лет

17. Дети в возрасте 7 лет имеют показания к первичной профилактике кариеса зубов из групп активности кариеса:

- а) I степени
- б) II степени
- в) III степени
- г) здоровые дети +
- д) любой степени активности

18. Наиболее простая и эффективная методика подготовки зубов к аппликационной терапии:

- а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
- б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
- в) гигиеническая обработка зубов с помощью щетки и пасты +
- г) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами

д) полоскание полости рта водой

19. Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить:

- а) в антенатальном периоде +
- б) в первом полугодии жизни
- в) во втором полугодии первого года; жизни
- г) на втором году жизни
- д) на третьем году жизни

20. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

- а) в период прорезывания первых временных зубов
- б) с 2-х лет +
- в) в 3-4 года
- г) в период прорезывания первых постоянных зубов
- д) у первоклассников

21. Назначьте средства гигиены полости рта младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде:

- а) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фтор
- б) гигиенический, зубной порошок
- в) гигиенические зубные пасты +
- г) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фосфорно-кальциевые соли
- д) лечебно-профилактические зубные пасты с экстрактами лечебных трав

22. Назначьте средства гигиены ребенку с III степенью активности кариеса:

- а) соленые зубные пасты
- б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора +
- в) Лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- г) гигиенические зубные эликсиры
- д) гигиенические зубные пасты и эликсиры

23. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается в следствие:

- а) заболеваний матери во время беременности
- б) травматических повреждений молочных зубов
- в) нарушения оптимального состава микроэлементов в воде
- г) болезней ребенка после рождения +
- д) множественного кариеса молочных зубов

24. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:

- а) небной и язычной моляров
- б) вестибулярной моляров
- в) вестибулярной резцов +
- г) небной и язычной резцов и клыков
- д) любой поверхности всех зубов

25. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

- а) пигментированное пятно на эмали +
- б) облитерация полости зуба
- в) «рифленные» зубы
- г) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
- д) «гипсовые» зубы

26. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- а) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- б) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов +
- в) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
- г) наличие белых пятен и крапинок
- д) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

27. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:

- а) фронтальные
- б) премоляры
- в) первые моляры и фронтальные зубы +
- г) все группы зубов
- д) резцы и вторые моляры

28. Клинические проявления флюороза:

- а) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации +
- в) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) борозды, параллельные режущему краю

29. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- а) болезни матери во II половине беременности
- б) болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка +
- в) множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
- г) болезни матери в I половине беременности
- д) травматическое повреждение молочных зубов

30. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

- а) болезни матери в I половине беременности
- б) болезни матери во II половине беременности
- в) болезни ребенка в I половине первого года жизни
- г) генетические факторы +
- д) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

31. Клинические формы флюороза:

- а) чашеобразная
- б) меловидно-крапчатая +
- в) бороздчатая
- г) «гипсовые» зубы
- д) «рифленные» зубы

32. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

- а) боли при перкуссии
- б) косметический недостаток +
- в) боли от горячего раздражителя
- г) ночные боли
- д) подвижность зубов

33. Причины местной гипоплазии эмали:

- а) болезни матери во время беременности
- б) болезни ребенка после рождения
- в) травматическое повреждение зачатка зуба +
- г) пульпит молочного зуба
- д) вредные привычки матери во время беременности

34. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:

- а) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- б) корни зубов нормальной длины
- в) широкий просвет корневого канала
- г) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба +
- д) расширение периодонтальной щели на всем протяжении

35. Заболевания, являющиеся наследственными:

- а) флюороз
- б) системная гипоплазия эмали
- в) несовершенный амелогенез +
- г) «тетрациклиновые» зубы
- д) местная гипоплазия эмали

36. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

- а) сразу после их прорезывания
- б) 7-8 лет
- в) 8-9 лет
- г) 9-10 лет
- д) старше 12 лет +

37. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относят:

- а) пульпит

- б) периодонтит
- в) пародонтит
- г) несовершенное развитие дентина +
- д) пародонтолиз

38. Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- а) наследственный фактор
- б) заболевания матери в период беременности
- в) травма плода
- г) заболевания ребенка на первом году жизни +
- д) множественный кариес молочных зубов

39. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:

- а) флюороз
- б) системная гипоплазия
- в) местная гипоплазия +
- г) синдром Стентона-Капдепона
- д) несовершенный амелогенез

40. Факторы, воздействие которых изменяет окраску «тетрациклиновых» зубов:

- а) соблюдение правил гигиены полости рта
- б) дневной свет +
- в) прием витаминов внутрь
- г) люминесцентный свет
- д) прием препаратов кальция

41. Причина развития флюороза:

- а) недостаточное содержание фтора в воде
- б) передача патологии по наследству
- в) избыточное содержание фтора в воде +
- г) отсутствие фтора в воде
- д) фторидсодержащие зубные пасты

42. Заболевание, являющееся наследственным:

- а) системная гипоплазия
- б) флюороз
- в) местная гипоплазия
- г) несовершенный дентиногенез +
- д) «тетрациклиновые» зубы

43. При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:

- а) только дентина
- б) только эмали +
- в) эмали и дентина
- г) пульпы
- д) полости зуба и корневых каналов (облитерация)

44. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:

- а) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- б) изменение цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- в) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации +
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) хрупкая, слущивающаяся эмаль

45. Клиническая форма гипоплазии эмали:

- а) «рифленая» эмаль
- б) дисплазия Капдепона
- в) бороздчатая эмаль +
- г) меловидно-крапчатая эмаль
- д) слущивающаяся эмаль

46. Изменения, выявленные на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе:

- а) изменений нет
- б) полость зуба и корневые каналы облитерированы +
- в) полость зуба и просвет каналов расширены
- г) корни короткие, каналы широкие
- д) расширение периодонтальной щели

47. К наследственным заболеваниям твердых тканей зуба относится:

- а) флюороз
- б) «тетрациклиновые» зубы
- в) несовершенное строение эмали и дентина +
- г) системная гипоплазия эмали
- д) местная гипоплазия эмали

48. Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:

- а) «гипсового» цвета эмали
- б) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- в) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- г) изменений на рентгенограмме +
- д) меловидные пятна в пришеечной области

49. Причинные неблагоприятные факторы развития системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- а) хронический периодонтит молочного зуба
- б) интоксикация фтором
- в) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали +
- г) передача патологии твердых тканей по наследству
- д) множественный кариес молочных зубов

50. Системная гипоплазия эмали чаще поражает зубы:

- а) молочные моляры
- б) постоянные резцы, клыки и первые моляры +
- в) молочные резцы
- г) премоляры
- д) постоянные резцы и клыки

51. По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:

- а) наследственность
- б) сроки прорезывания пораженной группы зуба
- в) возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание +
- г) заболевания, приведшие к формированию гипоплазии
- д) район, где ребенок проживал в период формирования зубов

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

- а) 0,5
- б) 1
- в) 2-3
- г) 4-6
- д) 7-9 и выше +

53. Жалобы больных при флюорозе:

- а) ночные боли в зубах
- б) косметический дефект +
- в) боли от температурных раздражителей
- г) боли при накусывании на зуб
- д) иррадиирующие боли

54. «Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:

- а) гипоплазии эмали
- б) флюороза
- в) несовершенного амелогенеза +
- г) несовершенного дентиногенеза
- д) несовершенного одонтогенеза

55. При несовершенном одонтогенезе (дисплазия Капдепона) поражаются:

- а) все молочные зубы
- б) молочные и постоянные моляры
- в) молочные и постоянные резцы
- г) все молочные и постоянные зубы +
- д) только постоянные зубы

56. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:

- а) наличие ночных болей
- б) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы +

- в) «рифленые» зубы
- г) «гипсовые» зубы
- д) меловидные пятна, крапинки

57. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- а) пломбирование кариозных полостей
- б) депульпирование зуба
- в) удаление зуба +
- г) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- д) шинирование зубов

58. Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

- а) гипоплазия эмали
- б) флюороз
- в) отлом коронки в результате травмы +
- г) несовершенный амелогенез
- д) тетрациклиновое окрашивание

59. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- а) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- в) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах +
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

60. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

- а) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба +
- б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- в) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

61. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:

- а) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- б) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба +
- в) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

62. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

- а) окрашивание коронок зубов в желтый цвет +
- б) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- в) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- д) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

63. Неблагоприятные причинные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии Капдепона):

- а) хронический периодонтит молочного зуба
- б) интоксикация фтором
- в) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- г) наследственность +
- д) вколоченный вывих молочных зубов

64. Неблагоприятные причинные факторы развития флюороза:

- а) хронический периодонтит молочного зуба
- б) интоксикация фтором +
- в) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- г) наследственность
- д) отсутствие фтора в питьевой воде

65. Неблагоприятные причинные факторы развития местной гипоплазии эмали:

- а) хронический периодонтит молочного зуба +
- б) интоксикация фтором
- в) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- г) наследственность
- д) прием тетрациклина в период формирования зачатков зубов

66. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет:

- а) протезирование фарфоровыми коронками
- б) протезирование пластмассовыми коронками
- в) пломбирование композитными материалами
- г) пломбирование стеклоиономерными цементами +
- д) пломбирование силицином

67. Причины возникновения гипоплазии твердых тканей временных зубов:

- а) пониженное содержание фтора в питьевой воде
- б) замедленное прорезывание зубов
- в) кариесогенные факторы
- г) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы +
- д) наследственность

68. Проницаемость эмали повышается под действием:

- а) ультрафиолетового света
- б) глюконата кальция
- в) ремодента
- г) углеводистой пищи +
- д) фторидсодержащих зубных паст

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

- а) эвикрол
- б) стеклоиономерные цементы +
- в) силидонт
- г) силиции
- д) амальгаму

70. Для поверхностного кариеса характерно:

- а) боль при зондировании в одной точке дна кариозной полости
- б) безболезненное зондирование +
- в) боль при препарировании стенок кариозной полости
- г) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
- д) боль при накусывании на зуб

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

- а) кариеса в стадии пятна
- б) поверхностного кариеса
- в) среднего кариеса +
- г) глубокого кариеса
- д) хронического пульпита

72. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

- а) эрозии эмали
- б) белом кариозном пятне +
- в) пятнистой форме гипоплазии
- г) кариозном пигментированном пятне
- д) флюкорозе

73. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

- а) на дне кариозной полости в одной точке
- б) по стенкам кариозной полости +
- в) по всему дну кариозной полости
- г) по стенкам кариозной полости и всему дну
- д) отсутствует

74. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

- а) вестибулярной +
- б) контактной
- в) жевательной
- г) в области режущего края

д) небной/язычной

75. При кариеса в стадии пятна эмаль:

- а) гладкая, зондирование болезненно
- б) гладкая, зондирование безболезненно +
- в) шероховатая, зондирование болезненно
- г) шероховатая, зондирование безболезненно
- д) легко удаляется экскаватором

76. При поверхностном кариесе эмаль:

- а) гладкая, зондирование болезненно
- б) гладкая, зондирование безболезненно
- в) шероховатая, зондирование болезненно
- г) шероховатая, зондирование безболезненно +
- д) кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

77. Препарирование молочных зубов показано при:

- а) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
- б) поверхностном кариесе
- в) среднем кариесе +
- г) кариес в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
- д) любой форме кариеса

78. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- а) прокладки на основе гидроокиси кальция +
- б) пасту с гормональными препаратами
- в) пасту с антибиотиками
- г) дентин
- д) форфенан

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

- а) амальгаму
- б) силидонт
- в) стеклоиономерные цементы +
- г) композитные материалы
- д) силиции

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

- а) антибиотик
- б) гидроокись кальция +
- в) антисептик
- г) эвгенол
- д) интерферон

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

- а) раствор нитрата серебра 30%
- б) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия +
- в) р-р Шиллера-Писарева
- г) капрофер
- д) гипохлорит натрия

82. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- а) прокладки на основе гидроокиси кальция +
- б) пасту с гормональными препаратами
- в) пасту с антибиотиками
- г) резорцин-формалиновую пасту
- д) имудон

83. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

- а) только молочных несформированных
- б) только молочных сформированных
- в) только постоянных несформированных
- г) только постоянных сформированных
- д) всех молочных и постоянных зубов +

84. Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:

- а) йодиол
- б) раствор нитрата серебра +
- в) прополис
- г) имудон
- д) гипохлорит натрия

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

- а) амальгаму
- б) силидонт
- в) стеклоиономерные цементы +
- г) композитные материалы
- д) силиции

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

- а) амальгама
- б) силидонт
- в) стеклоиономерные цементы +
- г) композитные материалы
- д) силиции

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

- а) препарирование с последующим пломбированием
- б) аппликация раствора фторида натрия

- в) аппликация раствора глюконата кальция
- г) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия +
- д) импрегнация 30% р-ром нитрата серебра

88. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

- а) реактив Шиллера-Писарева
- б) раствор йодистого калия
- в) 2% раствор метиленового синего +
- г) бриллиантовый зеленый
- д) капрофер

89. Пятна при быстром развитии кариеса:

- а) блестящие, зондирование безболезненно
- б) меловидные, зондирование безболезненно +
- в) пигментированные, зондирование болезненно
- г) меловидные, зондирование болезненно
- д) пигментированные, зондирование безболезненно

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

- а) молочные клыки
- б) молочные резцы
- в) молочные моляры +
- г) постоянные клыки
- д) постоянные моляры

91. Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом:

- а) СРТИН
- б) КПУ
- в) ГИ
- г) ПМА
- д) КПУ+кп +

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

- а) среднего кариеса
- б) глубокого кариеса
- в) хронического фиброзного пульпита +
- г) хронического гангренозного пульпита
- д) хронического периодонтита

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

- а) самопроизвольные
- б) от раздражителей +
- в) при накусывании на зуб
- г) разлитые
- д) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

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

- а) острый диффузный
- б) хронический фиброзный +
- в) хронический гангренозный
- г) хронический гипертрофический
- д) острый очаговый

95. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

- а) хроническом фиброзном
- б) хроническом гангренозном +
- в) хроническом гипертрофическом
- г) хроническом в стадии обострения
- д) остром очаговом

96. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- а) остром диффузном +
- б) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- в) хроническом гипертрофическом
- г) остром очаговом
- д) хроническом фиброзном

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

- а) сформированных молочных резцах
- б) молочных молярах независимо от стадии развития корня
- в) молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах +
- г) сформированных постоянных молярах
- д) несформированных постоянных молярах

98. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

- а) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- б) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- в) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- г) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка +
- д) 40% формалина, резорцина до насыщения

99. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

- а) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития +
- б) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
- в) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
- г) диагноза
- д) групповой принадлежности зубов

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

- а) перелом части коронки зуба +
- б) нарушение техники препарирования кариозной полости
- в) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
- г) нелеченный кариес
- д) наследственная предрасположенность

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

- а) острый очаговый пульпит
- б) острый диффузный пульпит
- в) хронический фиброзный пульпит
- г) хронический гангренозный пульпит
- д) хронический гипертрофический пульпит +

102. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

- а) острого очагового
- б) острого диффузного
- в) хронического фиброзного +
- г) хронического гангренозного
- д) хронического гангренозного в стадии обострения

103. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

- а) 2-6
- б) 8-10
- в) 10-20
- г) 20-60 +
- д) свыше 150

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

- а) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку +
- б) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
- в) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- г) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
- д) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

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

- а) девитальная ампутация
- б) девитальная экстирпация
- в) витальная ампутация +
- г) витальная экстирпация
- д) высокая ампутация

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

- а) медленнее
- б) быстрее +
- в) одновременно
- г) формирование прекращается
- д) происходит полная облитерация каналов

107. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- а) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- б) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы +
- в) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- г) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- д) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

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

- а) прекращения воспалительного процесса
- б) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня +
- в) обеспечения дальнейшего формирования корня
- г) прекращения дальнейшего формирования корня
- д) ускорения формирования корня

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

- а) девитальная ампутация
- б) девитальная экстирпация
- в) высокая ампутация +
- г) витальная экстирпация
- д) витальная ампутация

110. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

- а) только в сформированных постоянных
- б) в любых сформированных временных
- в) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных +
- г) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных

д) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

111. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:

- а) самопроизвольные
- б) постоянные
- в) при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью +
- г) иррадиирующие
- д) от температурных раздражителей

112. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

- а) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие +
- б) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- в) переходная, складка свободная, безболезненная при пальпации
- г) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
- д) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

113. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутиационным методом контролируют рентгенологически:

- а) через 3 недели, а потом 1 раз в год
- б) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- в) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня +
- г) однократно после завершения лечения
- д) однократно через 1 год после лечения

114. Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:

- а) девитальной экстирпации
- б) девитальной ампутации +
- в) витальной ампутации
- г) витальной экстирпации
- д) высокой ампутации

115. Метод девитальной ампутации с импрегнацией корневого пульпы резорцин-формалиновой смесью проводят в зубах:

- а) молочных молярах в 2 посещения
- б) молочных молярах и в постоянных несформированных молярах в 3 посещения +
- в) постоянных сформированных молярах в 2 посещения
- г) молочных и в постоянных резцах в 2 посещения
- д) молочных молярах и в постоянных несформированных молярах в 2 посещения

116. Мышьяковистую пасту в первое посещение при лечении временных зубов методом девитальной ампутации не следует накладывать при:

- а) хроническом фиброзном пульпите в зубах при начале резорбции корней, когда болезненность пульпы незначительная
- б) хроническом гангренозном пульпите в зубах с рассасывающимися корнями +
- в) острым диффузном пульпите
- г) острым очаговым пульпите
- д) обострении хронического фиброзного пульпита

117. Зондирование пульпы болезненно в глубине полости зуба или в устьях каналов при хроническом пульпите:

- а) фиброзном
- б) гангренозном +
- в) гипертрофическом
- г) хроническом фиброзном в стадии обострения
- д) хроническом гипертрофическом в стадии обострения

118. Метод девитальной экстирпации показан при:

- а) отломе коронки с обнажением пульпы в сформированных однокорневых постоянных зубах в первые сутки после травмы
- б) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах в первые 48 часов после травмы
- в) отломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах спустя 48 часов после травмы
- г) лечении всех форм пульпита в сформированных постоянных и молочных однокорневых зубах +
- д) лечении всех форм пульпита в молочных зубах независимо от стадии формирования корней

119. Форма пульпита, при которой возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

- а) хронический фиброзный
- б) хронический гангренозный
- в) хронический гипертрофический
- г) хронический в стадии обострения +
- д) острый очаговый

120. Каналы молочных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать:

- а) резорцин-формалиновой пастой
- б) пастой из окиси цинка на масляной основе +
- в) фосфат-цементом
- г) гуттаперчевыми штифтами
- д) серебряными штифтами

121. На 26 зуб мышьяковистая паста должна накладываться на:

- а) 3 часа
- б) 24 часа
- в) 48 часов +
- г) 72 часа

д) 96 часов

122. Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:

- а) механическая травма пульпы
- б) термическая травма пульпы
- в) химическая травма пульпы
- г) нелеченный кариес +
- д) ретроградное инфицирование пульпы

123. Рентгенологически при хроническом гангренозном пульпите в межкорневом пространстве у молочных моляров чаще выявляется:

- а) расширение периодонтальной щели
- б) остеопороз +
- в) остеосклероз
- г) гиперцементоз
- д) отсутствие изменений

124. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

- а) хронический гранулирующий периодонтит +
- б) хронический гранулематозный периодонтит
- в) хронический фиброзный периодонтит
- г) хронический периодонтит в стадии обострения
- д) острый периодонтит

125. Клинические проявления острого периодонтита:

- а) боль при накусывании на зуб и отек мягких тканей лица +
- б) боль от температурных раздражителей
- в) свищ на десне с гнойным отделяемым
- г) кратковременные приступообразные боли с длительными светлыми промежутками
- д) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

126. При остром токсическом периодонтите следует:

- а) удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- б) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- в) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
- г) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку +
- д) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

127. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

- а) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение +

- б) из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
- в) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу
- г) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку
- д) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами

128. Следствием хронического периодонтита молочного зуба может явиться в постоянных зубах:

- а) системная гипоплазия эмали
- б) местная гипоплазия эмали +
- в) несовершенный амелогенез
- г) несовершенный дентиногенез
- д) несовершенный одонтогенез

129. Острый токсический периодонтит развивается:

- а) при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты +
- б) при выведении за верхушку пломбировочного материала
- в) после проведения резорцин-формалинового метода
- г) при медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия
- д) после травмы зуба

130. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

- а) запломбировать канал +
- б) зуб оставить открытым
- в) наложить временную пломбу (повязку)
- г) направить на физиотерапию
- д) оставить турунду с протеолитическими ферментами

131. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:

- а) ЭОД
- б) рентгенологический +
- в) трансиллюминационный
- г) определение индекса РМА
- д) цвет коронки зуба

132. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме выявляется:

- а) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ +
- б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- в) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

- г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре
- д) остеосклероз у верхушки корня

133. Причины острого травматического периодонтита:

- а) ушиб зуба +
- б) обработка корневого канала йодиолом
- в) передозировка мышьяковистой пасты
- г) использование препаратов для расширения канала
- д) обработка корневого канала хлорофиллиптом

134. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокоренного несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение:

- а) проводят противовоспалительную терапию
- б) проводят пломбирование канала пастой +
- в) проводят физиотерапевтические процедуры
- г) канал зуба оставляют открытым
- д) оставляют в канале турунду с протеолитическими ферментами

135. Рациональная тактика при хроническом периодонтите молочных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

- а) применение резорцин-формалинового метода
- б) пломбирование каналов пастой на масляной основе
- в) удаление зуба +
- г) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- д) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

136. Пломбирование каналов молочных резцов с разрушенной коронкой производят:

- а) пастой из окиси цинка на масляной основе +
- б) фосфат-цементом
- в) серебряным штифтом
- г) пастой Каласепт
- д) резорцин-формалиновой пастой

137. Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте:

- а) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
- б) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба +
- в) боль при накусывании на зуб
- г) кариозная полость на контактной поверхности моляра, препарирование безболезненно
- д) отек мягких тканей лица

138. При обострении хронического периодонтита назначают:

- а) леворин и физиотерапию
- б) бонафтон и физиотерапию

- в) антибиотики, сульфаниламиды и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды +
- г) супрастин и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды
- д) клотримазол и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды

139. При лечении хронического периодонтита постоянного однокоренного зуба со сформированным корнем вне обострения следует:

- а) вскрыть полость зуба, удалить распад из канала, промыть антисептиками, канал запломбировать
- б) вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал +
- в) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
- г) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки
- д) удалить распад из канала, поставить турунду с антисептиком под повязку

140. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют:

- а) ЭОД
- б) окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
- в) рентгенологический метод +
- г) анамнез
- д) перкуссию зуба

141. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:

- а) разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре +
- б) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
- в) расширения периодонтальной щели на всем протяжении
- г) разрежения костной ткани с нечеткими контурами
- д) разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими контурами свыше 1 см в диаметре

142. Клинические проявления острого инфекционного периодонтита:

- а) боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица +
- б) иррадирующие приступообразные боли
- в) свищ на десне с гнойным отделяемым
- г) ЭОД до 20мкА
- д) боли от температурных раздражителей

143. Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

- а) йодинол +
- б) эфир
- в) раствор Шиллера-Писарева
- г) физиологический раствор

д) спирт

144. При остром инфекционном периодонтите постоянного зуба с ^сформированным корнем, если не исчезли явления воспаления, во второе посещение показано:

- а) проведение медикаментозной обработки канала, зуб оставить открытым +
- б) пломбирование канала с введением в периодонт противовоспалительных средств
- в) удаление зуба
- г) резекция верхушки корня
- д) проведение медикаментозной обработки канала, оставить в канале турунду с антисептиком под повязку

145. Основной критерий эффективности лечения периодонтита постоянных зубов:

- а) отсутствие подвижности
- б) отсутствие боли при накусывании
- в) отсутствие рецидивов воспаления
- г) восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме +
- д) отсутствие свища на десне

146. Каналы молочных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

- а) резорцин-формалиновой пастой
- б) пастой из окиси цинка на масляной основе +
- в) фосфат-цементом
- г) штифтами
- д) пастой Каласепт

147. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

- а) острого диффузного пульпита +
- б) травмы зуба
- в) хронического фиброзного пульпита
- г) передозировки мышьяковистой пасты
- д) пломбирования канала резорцин-формалиновой пастой

148. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности:

- а) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано +
- б) компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано
- в) компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован
- г) компактное и губчатое вещество представлены поровну
- д) губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

149. При легкой степени пародонтита на рентгенограмме выявляются изменения:

- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
- б) резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок +
- в) сохранность кортикальной пластинки лунок зубов
- г) нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка
- д) уплотнение компактных пластинок и вершин перегородок

150. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:

- а) генерализованном гингивите
- б) локальном пародонтите +
- в) локальном и генерализованном гингивите
- г) атрофическом гингивите
- д) гипертрофическом гингивите

151. Пародонтолиз наблюдается при:

- а) синдроме Папийона-Лефевра +
- б) функциональной перегрузке зубов
- в) эндемическом зобе
- г) заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- д) заболеваниях сердечно-сосудистой системы

152. Формалиновая проба положительна при:

- а) катаральном гингивите
- б) гипертрофическом гингивите
- в) атрофическом гингивите
- г) пародонтите +
- д) папиллите

153. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:

- а) переходу в следующую фазу заболевания
- б) стабилизации процесса +
- в) выздоровлению
- г) не влияет на течение заболевания
- д) обострению процесса

154. При подсчете индекса РМА десну окрашивают:

- а) метиленовым синим
- б) раствором Шиллера-Писарева +
- в) йодиолом
- г) бриллиантовым зеленым
- д) эритрозином

155. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:

- а) болезни Иценко-Кушинга
- б) гипофизарном нанизме
- в) синдроме Папийона-Лефевра +

- г) циклической нейтропении
- д) врожденном сифилисе

156. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

- а) заболевания желудочно-кишечного тракта
- б) скученность зубов +
- в) заболевания крови
- г) экссудативный диатез
- д) болезни почек

157. Раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

- а) 3% H₂O₂
- б) 30% AgNO₃
- в) 30% трихлоруксусной кислоты +
- г) 40% формалина
- д) йодиол

158. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- а) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков +
- б) десна увеличена в размере, деформирована
- в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- д) десна бледная, обнажение шеек зубов

159. Лечение хронического катарального гингивита:

- а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок +
- в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- д) обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

160. Для проведения формалиновой пробы применяют раствор:

- а) 0,5%
- б) 3% +
- в) 10%
- г) 20%
- д) 40%

161. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

- а) 2,5% р-р йода
- б) 0,06% хлоргексидина +

- в) 20% AgNO₃
- г) 40% формалина
- д) р-р бриллиантовой зелени

162. При легкой степени пародонтита карманы:

- а) глубиной до 6 мм
- б) глубиной до 3 мм +
- в) ложные десневые
- г) костные
- д) глубиной до 1 см

163. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

- а) пародонтозом
- б) фиброматозом десен +
- в) пародонтитом
- г) хроническим катаральным гингивитом
- д) атрофическим гингивитом

164. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази:

- а) 0,25% оксолиновую
- б) 2% неомициновую
- в) 2% бонафтоновую
- г) 5% бутационовую +
- д) 5% синтомициновую

165. Клинические признаки атрофического гингивита:

- а) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- б) десна увеличена в размере, деформирована
- в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм +
- г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- д) десна гиперемирована

166. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

- а) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- б) десна увеличена в размере, деформирована +
- в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- д) десна гиперемирована, отечна

167. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

- а) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- б) десна увеличена в размере, деформирована
- в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах +
- д) десна гиперемирована, отечна

168. Лечение гипертрофического гингивита:

- а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия +
- б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- д) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

169. Лечение атрофического гингивита:

- а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа +
- г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- д) обезболивание, массаж, физиотерапия

170. Лечение язвенно-некротического гингивита:

- а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства +
- д) гигиена полости рта, обезболивание, массаж

171. Жалобы при ушибе временных и постоянных зубов в первые 2-3 дня после травмы:

- а) постоянные ноющие боли
- б) жалоб нет
- в) интенсивные приступообразные ночные боли
- г) чувство «выросшего зуба», отказ от твердой пищи +
- д) боли от температурных раздражителей

172. Перелом в средней части корня зуба сопровождается:

- а) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба
- б) болью при накусывании, при перкуссии и подвижностью зуба +
- в) изменением цвета коронки зуба
- г) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей

д) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

173. Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:

- а) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет +
- б) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет
- в) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
- г) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет
- д) подвижность зуба I-II степени, изменений видимой части коронки нет

174. При лечении ушиба однокоренного постоянного зуба необходимо:

- а) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- б) удаление травмированного зуба
- в) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета +
- г) эндодонтическое лечение
- д) ограничение жевательной нагрузки

175. Отлом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы зуба сопровождается:

- а) болью при накусывании на зуб
- б) болью от температурных раздражителей и при зондировании линии отлома +
- в) жалобы отсутствуют
- г) самопроизвольной болью
- д) болью от химических раздражителей

176. Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

- а) периодонтальная щель равномерно расширена
- б) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба
- в) на рентгенограмме изменений нет +
- г) периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба
- д) периодонтальная щель отсутствует на всем протяжении

177. Отлом коронки с обнажением пульпы зуба сопровождается:

- а) подвижностью зуба III степени
- б) болью от всех раздражителей +
- в) отсутствием жалоб
- г) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
- д) изменением цвета коронки зуба

178. Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба:

- а) укорочение видимой части коронки
- б) увеличение видимой части коронки
- в) лунка зуба пустая +
- г) смещение коронки в сторону соседнего зуба

д) смещение коронки выше окклюзионной плоскости

179. Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2-3 дня чаще происходит в зубах:

- а) сформированных однокорневых +
- б) несформированных однокорневых
- в) сформированных многокорневых
- г) несформированных многокорневых
- д) несформированных однокорневых и многокорневых

180. При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо:

- а) удаление зуба
- б) репозиция и шинирование зуба, эндодонтическое лечение +
- в) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- г) только динамическое наблюдение
- д) репозиция

181. При переломе коронки несформированного зуба с обнажением пульпы в первые 6 часов следует провести:

- а) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой +
- б) закрытие линии перелома фтор-цементом
- в) витальную ампутацию
- г) высокую ампутацию
- д) девитальную экстирпацию

182. При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба показана:

- а) высокая ампутация пульпы
- б) экстирпация пульпы +
- в) удаление зуба
- г) витальная ампутация
- д) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

183. Клинические признаки при неполном вывихе временного и постоянного зуба в первые дни после травмы:

- а) зуб погружен в лунку до десны, подвижность зуба II-III степени
- б) лунка зуба пустая
- в) коронка смещена в различном направлении +
- г) видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность
- д) укорочение видимой части коронки, подвижности нет

184. При лечении вколоченного вывиха временных несформированных резцов необходимо:

- а) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- б) репозиция

- в) удаление зуба
- г) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления +
- д) шинирование зуба сроком на 3-4 недели

185. Отлом коронки в пределах эмали сопровождается:

- а) жалобами на косметический дефект +
- б) болью при зондировании по линии перелома
- в) подвижностью II-III степени
- г) болями от раздражителей
- д) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

186. Рентгенологические признаки вколоченного вывиха постоянного сформированного зуба:

- а) на рентгенограмме изменений нет
- б) периодонтальная щель «отсутствует» у верхушки корня +
- в) периодонтальная щель расширена у верхушки корня
- г) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны
- д) зуб отсутствует в лунке

187. Клинические признаки при ушибе постоянного или временного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

- а) зуб короче симметричного, погружен в лунку
- б) болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует +
- в) смещение коронки в различном направлении
- г) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия
- д) патологии не выявляется

188. При лечении полного вывиха временных зубов необходимо:

- а) динамическое наблюдение без вмешательства
- б) рациональное протезирование при отсутствии зуба +
- в) при сохранности зуба – пломбирование канала
- г) шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели
- д) реплантация

189. При лечении вколоченного вывиха временных сформированных резцов необходимо:

- а) удаление зуба +
- б) репозиция внедренного зуба
- в) динамическое наблюдение
- г) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- д) шинирование зуба

190. При лечении вколоченного вывиха постоянных несформированных резцов в первые 2 дня после травмы необходимо:

- а) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

- б) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение +
- в) удаление зуба
- г) репозиция зуба и шинирование на 3-4 недели
- д) эндодонтическое лечение

191. При лечении ушиба однокоренного временного зуба необходимо:

- а) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтических аппаратов
- б) удаление травмированного зуба
- в) сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета +
- г) эндодонтическое лечение
- д) шинирование зуба

192. Рентгенологические признаки неполного вывиха временного и постоянного зуба со смещением в сторону соседнего зуба:

- а) равномерное расширение периодонтальной щели
- б) периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня
- в) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
- г) расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие с другой +
- д) изменений на рентгенограмме нет

193. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:

- а) репозиция
- б) удаление зуба +
- в) динамическое наблюдение за зубом
- г) эндодонтическое лечение
- д) шинирование

РАЗДЕЛ 3 ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

1. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- а) покрытие зубов фторлаком +
- б) фторирование питьевой воды
- в) фторирование молока
- г) прием таблеток фторида натрия
- д) фторирование соли

2. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- а) покрытие зубов фторлаком
- б) прием таблеток фторида натрия +
- в) полоскания фторидсодержащими растворами
- г) аппликации фторидсодержащими растворами
- д) использование фторидсодержащих зубных паст

3. Основной источник поступления фторида в организм человека - это:

- а) пищевые продукты

- б) питьевая вода +
- в) воздух
- г) лекарства
- д) витамины

4. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холодным климатом составляет (мг/л):

- а) 0,8
- б) 1,2 +
- в) 1,0
- г) 1,5
- д) 2,0

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

- а) больше оптимального
- б) субоптимальное
- в) менее половины оптимального +
- г) оптимальное

6. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов:

- а) невозможно +
- б) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы
- в) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное
- г) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
- д) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

7. Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса постоянных зубов наиболее эффективно с возраста (лет):

- а) 2 +
- б) 5
- в) 6
- г) 10
- д) 12

8. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

- а) каждый день +
- б) через день
- в) 1 раз в неделю
- г) 1 раз в месяц
- д) 1 раз в полгода

9. Содержание фторида натрия (мг) в 1 л фторированного молока составляет:

- а) 0,5
- б) 1,0
- в) 1,5

- г) 2,5 +
- д) 5,0

10. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

- а) 0,01; 0,02
- б) 0,02; 0,05; 0,1
- в) 0,05; 0,1; 0,2 +
- г) 0,5; 1,0; 1,5
- д) 1; 2; 3

11. 0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

- а) день +
- б) неделю
- в) 2 недели
- г) полгода
- д) год

12. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят:

- а) ежедневно
- б) 1 раз в неделю +
- в) 1 раз в 2 недели
- г) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

13. При проведении процедуры покрытия зубов фторлаком первой проводится манипуляция:

- а) очищение зубов от налета +
- б) нанесение фторлака
- в) высушивание зубов
- г) изоляция от слюны
- д) протравливание эмали

14. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики кариеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

- а) 3
- б) 6 +
- в) 10
- г) 12
- д) 15

15. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppт):

- а) 500
- б) 1000 +
- в) 1500
- г) 2000

д) 5000

16. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят:

- а) ежедневно
- б) 1 раз в неделю
- в) 1 раз в 2 недели +
- г) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

17. При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

- а) перекиси водорода 3%
- б) глюконата кальция 10% +
- в) хлоргексидина 0,06%
- г) сульфата магния 10%
- д) глюкозы 40%

18. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса предпочтительно применять в виде:

- а) полосканий
- б) аппликаций +
- в) для приема внутрь
- г) электрофореза
- д) ротовых ванночек

19. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период:

- а) с 2 до 12 лет
- б) с 3 до 15 лет +
- в) с 4 до 10 лет
- г) с 6 до 12 лет
- д) с 12 до 18 лет

20. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

- а) нельзя +
- б) можно у детей до 12 лет
- в) можно в сочетании с системными средствами
- г) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента
- д) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

21. В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение:

- а) таблеток фторида натрия +
- б) фторидсодержащих растворов для полосканий
- в) фторидсодержащих зубных паст

- г) фторлака или фторгеля
- д) 3% раствора «Ремодент»

22. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

- а) прием таблеток фторида натрия
- б) употребление фторированного молока
- в) употребление фторированной соли
- г) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами +
- д) фторирование питьевой воды в школах

23. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- а) 6-8 +
- б) 9-12
- в) 12-14
- г) 16-18
- д) в любое время после прорезывания зуба

24. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- а) 6-8
- б) 9-12 +
- в) 12-14
- г) 16-18
- д) в любое время после прорезывания зуба

25. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- а) 5-6
- б) 6-8
- в) 9-12
- г) 12-14 +
- д) в любое время после прорезывания зуба

26. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- а) сразу +
- б) через 2-3 года
- в) через 4-6 лет
- г) через 10-12 лет
- д) срок не ограничен

27. Силанты - это материалы для:

- а) пломбирования кариозных полостей
- б) пломбирования корневых каналов
- в) герметизации фиссур +
- г) изолирующих прокладок

д) лечебных прокладок

28. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

- а) плохая гигиена полости рта
- б) узкие и глубокие фиссуры
- в) неполное прорезывание коронки зуба
- г) средний или глубокий кариес +
- д) повышенное содержание фторида в питьевой воде

29. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит:

- а) химиотверждаемый герметик
- б) светоотверждаемый герметик
- в) композиционный пломбировочный материал
- г) стеклоиономерный цемент +
- д) компомер

30. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- а) профессионального очищения фиссуры
- б) контролируемой чистки зубов
- в) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора +
- г) покрытия фиссуры фторлаком
- д) избирательного пришлифовывания бугров моляров

31. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

- а) определение гигиенического состояния полости рта
- б) полоскание полости рта водой
- в) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты +
- г) очищение контактных поверхностей зубов флоссами
- д) обучение пациента чистке зубов на моделях

32. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) Более 95 +

33. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие:

- а) снижения рН зубного налета
- б) повышения проницаемости эмали в зоне поражения +
- в) нарушения Са/Р соотношения эмали

- г) разрушения поверхностного слоя эмали
- д) колонизации бактерий на поверхности зуба

34. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области:

- а) режущего края
- б) бугров жевательной поверхности
- в) язычной поверхности
- г) пришеечной области +
- д) типичной локализации нет

35. При кариесе в стадии пятна из поврежденного подповерхностного слоя эмали происходит преимущественно потеря ионов:

- а) фтора
- б) карбонатов
- в) кальция +
- г) натрия
- д) стронция

36. Кариес в стадии пятна дифференцируют с:

- а) клиновидным дефектом
- б) флюорозом +
- в) средним кариесом
- г) эрозией эмали
- д) патологической стираемостью твердых тканей зуба

37. Деминерализация эмали начинается в ее слое:

- а) поверхностном
- б) подповерхностном +
- в) среднем
- г) глубококом
- д) одновременно во всех слоях эмали

38. Обратимость процесса очаговой деминерализации связана с:

- а) повышением проницаемости эмали
- б) потерей из поврежденного участка ионов кальция
- в) сохранением органической основы эмали +
- г) образованием пелликулы на поверхности эмали
- д) повышением вязкости слюны

39. К реминерализующим средствам относится раствор:

- а) перекиси водорода 10%
- б) эуфиллина 2,4%
- в) метиленового синего 2%
- г) фторида натрия 2% +
- д) гипохлорита натрия 1%

40. Об эффективности реминерализации можно судить по:

- а) увеличению прироста кариеса
- б) появлению новых белых кариозных пятен
- в) стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса +
- г) уменьшению воспаления тканей десны
- д) увеличению слюновыделения

41. Реминерализирующую терапию рекомендуется проводить при:

- а) кариесе в стадии пятна +
- б) среднем кариесе
- в) глубоком кариесе
- г) осложненном кариесе
- д) пародонтите

42. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор:

- а) Шиллера-Писарева
- б) эритрозина
- в) фуксина
- г) метиленового синего +
- д) бриллиантового зеленого

43. Начальный кариес характеризуется появлением:

- а) меловидного пятна на поверхности эмали +
- б) эрозии эмали
- в) полости в пределах эмали
- г) полости в пределах дентина
- д) кровоточивости десен

44. Степень поражения эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью:

- а) зондирования
- б) электроодонтодиагностики
- в) витального окрашивания эмали +
- г) рентгенологического исследования
- д) определения индекса Грин-Вермиллиона

45. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии пятна и некариозных поражений твердых тканей зубов проводят:

- а) определение гигиенических индексов
- б) витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего +
- в) электроодонтодиагностику
- г) рентгенологическое исследование
- д) микробиологическое исследование

46. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали:

- а) микротвердость

- б) плотность
- в) растворимость
- г) проницаемость +
- д) резистентность

47. Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:

- а) наследственность
- б) инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
- в) высокое содержание фторида в питьевой воде
- г) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта +
- д) использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

48. К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов, относятся:

- а) кислотный некроз
- б) клиновидный дефект
- в) флюороз +
- г) эрозия эмали
- д) очаговая деминерализация эмали

49. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

- а) системная гипоплазия
- б) флюороз
- в) несовершенный амело- и дентиногенез
- г) клиновидный дефект +
- д) очаговая деминерализация эмали

50. Системный характер поражения зубов наблюдается при:

- а) местной гипоплазии эмали
- б) флюорозе +
- в) клиновидном дефекте
- г) эрозии эмали
- д) кариесе в стадии пятна

51. Причиной эндемического флюороза является:

- а) недостаток кальция в организме ребенка
- б) недостаток фтора в организме ребенка
- в) системные заболевания матери в период беременности
- г) инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни
- д) повышенное содержание фторида в питьевой воде +

52. Флюороз возникает при употреблении питьевой воды с содержанием фторида:

- а) менее половины оптимального
- б) субоптимальном
- в) оптимальным

- г) выше оптимального +
- д) при отсутствии фторида в воде

53. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- а) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- б) замена водоисточника +
- в) соблюдение гигиены полости рта
- г) прием фторидсодержащих таблеток
- д) прием кальцийсодержащих препаратов

54. В районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде не рекомендуется использовать зубные пасты:

- а) кальцийсодержащие
- б) гигиенические
- в) фторидсодержащие +
- г) с растительными добавками
- д) с соевыми добавками

55. В полости рта пациента, который с рождения проживал в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде можно увидеть:

- а) множественные меловидные пятна на зубах +
- б) адентию
- в) макродентию
- г) множественный кариес
- д) генерализованный пародонтит

56. При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

- а) жевательной
- б) вестибулярной
- в) язычной
- г) контактных
- д) на всех поверхностях +

57. Наиболее часто системной гипоплазией поражаются зубы:

- а) временные резцы и клыки
- б) временные моляры и резцы
- в) временные и постоянные моляры
- г) постоянные резцы, клыки и первые моляры +
- д) премоляры и постоянные моляры

58. Поражение симметричных зубов характерно для:

- а) флюороза
- б) системной гипоплазии +
- в) местной гипоплазии
- г) очаговой деминерализации эмали
- д) клиновидного дефекта

59. Одной из причин возникновения системной гипоплазии постоянных зубов является:

- а) наследственность
- б) заболевания матери во время беременности
- в) средний кариес зубов у матери в период беременности
- г) заболевания ребенка на первом году жизни +
- д) высокое содержание фторида в питьевой воде

60. Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:

- а) наследственность
- б) заболевания матери в период беременности
- в) заболевания ребенка на первом году жизни
- г) хронический периодонтит временного моляра +
- д) неудовлетворительная гигиена полости рта

61. Профилактикой местной гипоплазии постоянных зубов является:

- а) реминерализирующая терапия
- б) замена водопровода
- в) своевременное лечение кариеса временных зубов +
- г) полноценное питание ребенка на первом году жизни
- д) прием фторидсодержащих таблеток

62. Некариозное поражение твердых тканей зуба, при котором прорезывается один зуб измененной формы – это:

- а) флюороз
- б) системная гипоплазия
- в) местная гипоплазия +
- г) истирание твердых тканей зуба (клиновидный дефект)
- д) очаговая деминерализация эмали

63. Окрашивание участков поражения эмали 2% раствором метиленового синего характерно для:

- а) флюороза
- б) системной гипоплазии
- в) местной гипоплазии
- г) кариеса в стадии пятна +
- д) всех перечисленных заболеваний

64. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- а) наследственность
- б) наличие микробного налета +
- в) вредные привычки
- г) подвижность зубов
- д) наличие эндокринной патологии

65. Для катарального гингивита характерно:

- а) кровоточивость десен +
- б) наличие пародонтальных карманов
- в) ретракция десны
- г) гипертрофия десны
- д) атрофия альвеолы

66. Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

- а) фторидсодержащие
- б) кальцийсодержащие
- в) с растительными добавками +
- г) гигиенические
- д) отбеливающие

67. Основным методом профилактики катарального гингивита является:

- а) рациональная гигиена полости рта +
- б) сбалансированное питание
- в) полоскание полости рта растворами фторидов
- г) санация полости рта
- д) избирательное шлифование зубов

68. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

- а) мягкой +
- б) средней жесткости
- в) жесткой
- г) очень жесткой
- д) чистка зубов не требуется

69. Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:

- а) катарального гингивита
- б) язвенно-некротического гингивита
- в) пародонтита +
- г) пародонтоза
- д) пародонтомы

70. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- а) катарального гингивита
- б) язвенно-некротического гингивита
- в) гипертрофического гингивита +
- г) хронического пародонтита
- д) хронического пародонтита в стадии обострения

71. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

- а) заболевания желудочно-кишечного тракта
- б) скученность зубов +
- в) заболевания крови

- г) гиповитаминоз С
- д) низкое содержание фтора в питьевой воде

72. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

- а) отсутствие контактного пункта между соседними зубами
- б) нависающий край пломбы
- в) эндокринные заболевания +
- г) скученность зубов
- д) нарушение техники чистки зубов

73. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:

- а) равномерная атрофия альвеол
- б) снижение высоты межальвеолярных перегородок
- в) резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
- г) склеротические изменения альвеолярной кости
- д) изменений нет +

74. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- а) прием фторидсодержащих препаратов
- б) проведение профессиональной гигиены +
- в) реминерализующая терапия
- г) уменьшение употребления углеводов
- д) прием витаминов

75. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

- а) пародонтит +
- б) пародонтоз
- в) эпулис
- г) фиброматоз
- д) все перечисленные заболевания

76. Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструменты:

- а) стоматологические зонды
- б) пародонтальные зонды +
- в) серповидные скейлеры
- г) кюреты
- д) экскаваторы

77. Ранним клиническим признаком воспаления десны является:

- а) деформация десневых сосочков
- б) пародонтальный карман глубиной 4–5 мм
- в) кровоточивость при зондировании +
- г) неприятный запах изо рта
- д) подвижность зубов

78. С помощью индекса РМА определяют:

- а) кровоточивость десны
- б) наличие зубного камня
- в) степень воспаления десны +
- г) наличие зубного налета
- д) интенсивность кариеса зубов

79. Для диагностики состояния тканей пародонта используют:

- а) индекс СРITN +
- б) индекс Грин-Вермиллиона
- в) индекс РНР
- г) витальное окрашивание эмали
- д) перкуссию зубов

80. При обследовании тканей пародонта по индексу СРITN у взрослого пациента исследуют пародонт в области зубов:

- а) 17/16 11 26/27 36/37 31 46/47 +
- б) 16/15 21 25/26 35/36 41 46/45
- в) 17/14 11/21 24/27 34/37 41/31 47/44
- г) 16 11 26 36 31 46
- д) 16 12 24 36 32 44

81. Индекс СРITN у взрослых регистрирует следующие признаки:

- а) зубной налет, зубной камень
- б) кровоточивость десен, зубной камень
- в) зубной камень, пародонтальный карман
- г) кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман +
- д) зубной налет, зубной камень, пародонтальный карман

82. Для определения степени тяжести гингивита используется индекс:

- а) СРITN
- б) РМА +
- в) ОНI-S
- г) АРI
- д) РНР

83. При регистрации индекса СРITN код 3 соответствует:

- а) здоровому пародонту
- б) кровоточивости десен
- в) зубному камню
- г) пародонтальному карману глубиной 4–5 мм +
- д) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

84. При определении индекса СРITN признак зубного камня соответствует коду:

- а) 0
- б) 1

- в) 2 +
- г) 3
- д) 4

85. Воспаление десневого сосочка по индексу РМА соответствует коду:

- а) 0
- б) 1 +
- в) 2
- г) 3
- д) 4

86. Интенсивность поражения тканей пародонта у одного пациента определяется как:

- а) сумма здоровых секстантов
- б) сумма секстантов с признаками поражения +
- в) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов
- г) отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов
- д) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов, выраженное в процентах