**1. Минимально необходимая площадь для организации кабинета терапевтической стоматологии составляет**

1. 10 кв, м
2. 12 кв, м
3. 14 кв, м \*
4. 6 кв, м
5. 20 кв, м

**2. Для хранения ядовитых веществ в кабинете терапевтической стоматологии маркируется буквой**

1. А\*
2. В
3. С
4. Я
5. Б

**3. Характеристика света наиболее важная для переадаптации зрения стоматолога**

1. уровень освещенности
2. спектр излучения
3. равномерность в разных точках помещения\*
4. отсутствие блесткости
5. нет верного ответа

**4. Минимальная площадь для организации дополнительного рабочего места в кабинете терапевтической стоматологии**

1. 5 кв. м.
2. 7 кв. м.
3. 10 кв. м\*
4. 12 кв. м.
5. 15 кв. м.

**5. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют на**

1)юг

2)север\*

3)восток

4)запад

5)юго-запад

**6. Типу энергопитания сфу подразделяются на**

1. питающиеся от сети переменного тока\*
2. питающиеся от энергии светодиодов
3. питающиеся от энергии лазерного излучения
4. верно все перечисленное
5. нет верного ответа

**7. Для повышения срока службы батарей сфу аккумуляторного типа требуется**

1. максимально сокращать время разовой полимеризации материалов
2. минимально сокращать время разовой полимеризации материалов
3. соблюдение режима «зарядки-разрядки» аккумуляторов\*
4. особо тщательный уход за состоянием световода
5. верно все перечисленное

**8.Дуал-световодыпредназначеныдля**

1. для полимеризации материала в небольших полостях
2. для полимеризации материалов в ортодонтической практике
3. только для диагностики кариеса
4. для одновременного подведения светового потока к разным поверхностям зуба\*
5. нет правильного ответа

**9. Опрос включает**

1. анамнез жизни
2. жалобы
3. анамнез болезни
4. верно 1) 2) 3)\*
5. пальпацию

**10. Осмотр зубов – это**

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

**11. При визуальном осмотре определяется**

1. наличие кариозной полости\*
2. глубину кариозной полости
3. сообщение кариозной полости с пульпарной камерой
4. наличие размягченного дентина
5. болезненность дна кариозной полости

**12. Инструменты для первичного осмотра встоматологической практике**

1)зеркало, гладилка

2)зеркало, зонд\*

3)зеркало, пинцет

4)пинцет, зонд

5)зонд, штопфер

**13. Зондирование позволяет определить**

1. наличие и глубину кариозной полости
2. наличие размягченного дентина
3. болезненность дна кариозной полости
4. наличие сообщения кариозной полости с пульпарной камерой
5. верно все, выше перечисленное\*

**14. Пальпация - это**

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности тканей\*
3. оценка целостности эмали с использованием зонда и зеркала
4. определение отклонения зуба от оси
5. определение реакции зуба на тепловые раздражители

**15. Перкуссия зуба - это**

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

**16.Перкуссией оценивается состояние**

1. пульпы
2. периодонта\*
3. эмали
4. дентина
5. слизистой рта

**17. Подвижность зуба – это**

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

**18. Температурная проба - это**

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

**19. Дополнительные методы обследования при кариесе эмали (в стадиипятна)**

1. трансиллюминация
2. люминесценция
3. витальное окрашивание
4. верно 1) 2) 3)\*
5. зондирование

**20. Метод люминисцентной диагностики основан на**

1. тенеобразовании при прохождении пучка света\*
2. способности тканей изменять цвет под действием ультрафиолетовых лучей
3. способности реагировать на действие электрического тока
4. способности реагировать на температурные раздражители
5. определениицелостности эмали

**21. Определение реакции пульпы зуба на тепловые раздражители- это**

* 1. перкуссия
  2. зондирование
  3. элекроодонтометрия
  4. термометрия\*
  5. рентгенография

22. Элекроодонтометрияприменяется для

1. определения состояния нервных окончаний пульпы\*
2. определения состояния нервных окончаний периодонта
3. определения состояния сосудов
4. выявления дентиклей
5. нет верного ответа

**23. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие**

1. снижения рН зубного налета
2. повышения проницаемости эмали в зоне поражения\*
3. нарушения Са/Р соотношения эмали
4. разрушения поверхностного слоя эмали
5. колонизации бактерий на поверхности зуба

**24. При осмотре ЧЛО не пальпируют лимфатические узлы**

1. подбородочные
2. подчелюстные
3. шейные
4. околоушные
5. подмышечные \*

**25. Сведения, подтверждающие анамнез жизни пациента,**

1. здоровье родителей
2. условия труда, быта, питания
3. условия отдыха
4. вредные привычки
5. верно все, выше перечисленное\*

**26. Во время опроса необходимо**

1. установить доверительный контакт
2. определить нервно-психический статус пациента
3. помочь пациенту изложить историю болезни
4. проанализировать жалобы, ход развития болезни
5. верно все, выше перечисленное\*

**27. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на**

1. стабильности эмали
2. уменьшении проницаемости эмали
3. увеличении проницаемости эмали\*
4. изменении органической составляющей эмали
5. изменении неорганической составляющей эмали

**28. Диагноз кариеса в стадии пятна ставят на основании**

1. зондирования поверхности пятна
2. высушивания и окрашивания кариозного пятна\*
3. элекроодонтометрии
4. термометрии
5. рентгенографии

**29. Витальное окрашивание зубов для диагностики кариеса проводят**

1. метиленовым синим\*
2. перманганатом калия
3. препаратами йода
4. эритрозином
5. бриллиантовым зелёным

**30. Лечебно-диагностическое значение медицинской карты стоматологического пациента**

1. по записям осуществляют лечебные мероприятия\*
2. является источником информации о причинах заболеваний
3. характеризуют «лицо» учреждения, уровень лечебной работы
4. может стать предметом судебного разбирательства
5. нет верного ответа

**31. Юридическое значение медицинской карты стоматологического пациента**

1. по записям в ней осуществляют диагностические мероприятия
2. является источником информации о причинах заболеваний
3. характеризуют «лицо» учреждения, уровень лечебной работы
4. может стать предметом судебного разбирательства\*
5. нет верного ответа

**32. Основнаяфункцияслюны**

1. транспортная
2. защитная
3. минерализующая\*
4. чувствительная
5. пластическая

**33. Основной минерализующий защитный фактор ротовой жидкости**

1. слюна, насыщенная ионами кальция и фосфора\*
2. пелликула
3. бикарбонатный буфер в слюне
4. повышение вязкости ротовой жидкости
5. снижение вязкости ротовой жидкости

**34. Основная структурная единица эмали**

1. кристаллгидроксиапатита
2. эмалеваяпризма\*
3. полосыГундера-Шрегера
4. дентинные канальцы
5. отростки одонтобластов

**35. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает**

1. фтор\*
2. молибден
3. стронций
4. кальций
5. магний

**36. Процессы минерализации и реминерализации эмали обеспечиваются за счет поступления из ротовой жидкости**

1. кальция, фосфатов, фторидов\*
2. белков, витаминов
3. кислорода, водорода
4. белков, кислорода
5. органических кислот

**37. Третичный (иррегуляторный) образуется в**

1. процессе развития зуба
2. результате обызвествления дентинных канальцев
3. сформированном зубе в процессе функции
4. ответ на действие внешнего фактора (при патологических состояниях)\*
5. нет верного овета

**38. Содержимое дентинной трубочки**

1. отросток одонтобласта
2. нервное волокно
3. дентинная жидкость
4. верно 2) 3)\*
5. интертубулярный дентин

**39. 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 - это**

1. гипоплазия
2. эрозия
3. истирание
4. кариес\*
5. флюороз

**40. Основа современной теории кариеса**

1. физико-химическая теория
2. биологическая теория
3. химико-паразитарная теория\*
4. трофоневротическая теория
5. биохимическая

**41. 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. среднее число зубов, пораженных кариесом
5. среднее число запломбированных зубов

**42. 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. среднее число зубов, пораженных кариесом
5. среднее число запломбированных зубов

**43. 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. среднее число зубов, пораженных кариесом
5. среднее число запломбированных зубов

**44. В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов**

1. выделять экзотоксины
2. устойчивость к антибиотикам
3. способность вызывать дисбактериоз
4. приспособление к изменяющимся условиям внешней среды
5. образование органических кислот\*

**45. Деминерализация эмали начинается в ее слое**

1. поверхностном
2. подповерхностном\*
3. одновременно во всех слоях
4. глубоком
5. нет верного ответа

**46. Местные кариесогенные факторы**

1. климатические условия
2. изменение количества и качества ротовой жидкости\*
3. диета и питьевая вода
4. содержание фтора в питьевойводе
5. наследственные и соматические заболевания

**47. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит**

1. Str.Salivaris
2. Str. Mutans\*
3. Lactobacillus
4. Str. sangius
5. Str. aureus

**48. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию**

1. третичного дентина\*
2. эмали
3. клеточного цемента
4. первичного дентина
5. иррегулярного дентина

**49. Общие кариесогенные факторы**

1. неполноценное питание
2. питьевая вода с низким содержанием фтора
3. соматические заболевания
4. наследственная предрасположенность
5. верно все, выше перечисленное\*

**50. Для реализации кариесогенных факторов необходим**

1. фактор неожиданности
2. фактор длительности\*
3. фактор внезапности
4. фактор кратковременности
5. фактор последовательности

**51. Кариозный процесс развивается при**

1. равновесии ре-и деминерализации
2. преобладании деминерализации
3. отсутствииреминерализации\*
4. дисминерализации
5. нет верного ответа

**52. Взаимодействие кариесогенной флоры и легкоусвояемых углеводов при низкой резистентности тканей зубов приводит к развитию**

1. некариозных поражений
2. кариеса\*
3. заболеваний пародонта
4. заболеваний слизистой рта
5. дисбактериоза

**53. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию**

1. кислот
2. щелочей
3. кариесогенных факторов\*
4. абразивного фактора
5. температурных факторов

**54. Иммунные зоны зуба**

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

55. Уровень резистентности организма к кариозному процессу снижают

1. зубные отложения
2. заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме\*
3. углеводы и белки пищи
4. недостаточное содержание фтора в питьевой воде
5. верно все, вышеперечисленное.

56. При начальном кариесе в эмали происходит

1. нарушение белковой матрицы эмали
2. дисминерализация и реминерализация\*
3. деминерализация эмали
4. нарушение связи между белковыми компонентами эмали
5. резорбция эмали

57. Основной фактор риска возникновения кариеса

1. высокое содержание фторида в питьевой воде
2. неудовлетворительная гигиена полости рта\*
3. сопутствующие заболевания
4. социальный фактор
5. нерациональное питание

**58. При кариесе эмали из подповерхностного слоя эмали происходит потеря ионов**

1. фтора
2. карбонатов
3. кальция\*
4. натрия
5. стронция

**59. Классификация кариозных полостей по Блэку является**

1. по клиническому течению
2. по глубине поражения
3. топографической\*
4. географической
5. по количеству пораженных зубов

**60. Основа для классификации Блэка**

1. локализация кариеса на поверхности зуба
2. клиническое течение
3. топография кариозных полостей\*
4. глубина поражения
5. методылечения

**61. По классификации БлэкаIV класс – это полости, расположенные на**

1. контактной поверхности моляров и премоляров
2. контактной поверхности резцов и клыков без нарушения режущего края
3. контактной поверхности резцов и клыков с нарушением угла и режущего края\*
4. в пришеечной области всех групп зубов
5. на буграх и режущих краях контактной поверхности резцов и клыков

**62. По классификации Блэка I класс - это кариозные полости расположенные**

1) в фиссурах моляров и премоляров\*

2) на контактной поверхности моляров

3) в пришеечной области моляров

4) на контактной поверхности клыков

5) на контактной поверхности премоляров

**63. По классификации Блэка III класс – этокариозные полости расположенные на**

1) контактной поверхностипремоляров

2) вестибулярной поверхности резцов

3) контактной поверхности резцови клыков\*

4) жевательной поверхности моляров

5) жевательной поверхностипремоляров

**64. По классификации Блэка II класс – это кариозные полости расположенные на**

1) контактной поверхности моляров\*

2) контактной поверхности клыков

3) щечной поверхности моляров

4) медиальной поверхности резцов

5) латеральной поверхности резцов

**65. По классификации Блэка1 класс - это полость расположенная**

1. на контактной поверхности 2.3зуба
2. на передней поверхности 2.7зуба
3. в слепой ямке 1.2зуба\*
4. на вестибулярной поверхности 3,1зуба
5. в пришеечнойобласти

**66. Полость на контактной поверхности зуба 3.3 ниже экватора зуба по классификации Блэка**

1. 1
2. 2
3. 3\*
4. 4
5. 5

**67. Полость на жевательной поверхности зуба 3.8 по классификации Блэка**

1)1\*

2)2

3)3

4)4

5)5

**68. Класс по классификации Блека при локализации кариозной полости на дистальной поверхности зуба 2.6**

1. I
2. II\*
3. III
4. IV
5. V

**69. Класс по классификации Блека при локализации кариозной полости на медиальной поверхности зуба 4.3**

1. I
2. II
3. III\*
4. IV
5. V

**70. Класс по Блека при локализации кариозной полости в слепой ямке зуба 1.1**

1. I\*
2. II
3. III
4. IV
5. V

**71. Укажите классификацию кариеса эмали по ВОЗ (МКБ-10)**

1. К02.0\*
2. К02.1
3. К02.2
4. К02.3
5. К02.6

**72. Укажите классификацию кариеса дентина по ВОЗ (МКБ-10)**

1. К02.0
2. К02.1\*
3. К02.2
4. К02.3
5. К02.6

**73. Укажите классификацию кариеса цемента по ВОЗ (МКБ-10)**

1. К02.0
2. К02.1
3. К02.2\*
4. К02.3
5. К02.4

**74. Укажите классификацию приостановившегося кариеса по ВОЗ (МКБ-10)**

1. К02.0
2. К02.1
3. К02.2
4. К02.3\*
5. К02.5

**75. Коду по МКБ - К02.0 соответствует**

1. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы
2. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области
3. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)
4. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости\*
5. нет верного ответа

**76. Коду по МКБ - К02.1 соответствует**

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости
2. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы\*
3. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области
4. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)
5. нет верного ответа

**77. Коду по МКБ - К02.2 соответствует**

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости
2. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы
3. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области
4. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)\*
5. нет верного ответа

**78. Коду по МКБ - К02.3 соответствует**

1. изменение цвета (матовая поверхность) или текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости
2. поражение обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области\*
3. наличие темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговая деминерализация эмали)
4. деструктивные изменения эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы
5. нет верного ответа

**79. Диагноз «глубокий кариес» соответствует диагнозу по МКБ-10**

1. кариес эмали
2. кариес дентина\*
3. кариес цемента
4. гиперемия пульпы
5. рецидивирующий кариес

**80. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются в области**

1. режущего края
2. бугров жевательной поверхности
3. язычной поверхности
4. фиссур и пришеечной области\*
5. типичной локализации нет

81. Кли­ни­че­ская кар­ти­на кариеса дентина

1. де­фект в фор­ме кли­на в области ше­ек зу­бов
2. ок­руг­лый де­фект на вы­пук­лой час­ти вес­ти­бу­ляр­ной по­верх­но­сти ко­рон­ки
3. де­фект с при­зна­ка­ми де­ми­не­ра­ли­за­ции, ше­ро­хо­ва­тым дном и стен­ка­ми\*
4. пят­но бе­ло­го или жел­то­ва­то­го от­тен­ка на по­верх­но­сти эма­ли
5. по­те­ря бле­ска эма­ли, ме­ло­вид­ные пя­тна с по­сле­дую­щим об­ра­зо­ва­ни­ем де­фек­та

**82. Дентинная боль обусловлена**

1. прямым химическим воздействием на нервные окончания пульпы зуба
2. воздействием на обнаженные дентинные трубочки, сообщающиеся с пульпой зуба\*
3. прямым механическим воздействием на нервные окончания пульпы зуба
4. фактором внутритканевого давления в периапикальной области
5. ничего, из выше перечисленного

**83. Жалобы при кариесе дентинана**

1. ощущение оскомины
2. эстетический дефект
3. кратковременную боль только от химических раздражителей
4. кратковременную боль от температурных, химических и механических раздражителей\*
5. косметический дефект

**84. Основные признаки очага поражения при кариесе эмали**

1. шероховатость поверхности и дефект в пределах эмали\*
2. дефект в пределах плащевого/околопульпарного дентина
3. округлый дефект на вестибулярной поверхности с гладким дном
4. дефект в форме клина с гладкими поверхностям
5. множественные пят­на жел­то­ва­то­го от­тен­ка на всей по­верх­но­сти эма­ли

**85. Основные признаки очага поражения при кариесе дентина**

1. дефект в пределах плащевого/околопульпарного дентина\*
2. округлый дефект на вестибулярной поверхности с гладким дном
3. дефект в форме клина с гладкими поверхностями
4. пят­на бе­ло­го или жел­то­ва­то­го от­тен­ка на всей по­верх­но­сти эма­ли
5. дефект в пределах эмали

**86. Жалобы при кариесе эмалина**

1. боль при накусывании на зуб
2. продолжительную боль от температурных раздражителей
3. ощущение оскомины, кратковременная боль от температурных и химических раздражителей\*
4. дефект в форме клина с гладкими поверхностями
5. эстетический дефект

**87. Рецидив кариеса - это**

1. возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения\*
2. кариозные поражения рядом с пломбой в ранее леченом зубе
3. дефект на вестибулярной поверхности
4. дефект в форме клина в пришеечной области
5. кариозный процесс в постоянных зубах

**88. Признаки, позволяющие поставить диагноз «кариес дентина»**

1. дефект расположен в поверхностных слоях эмали
2. ощущение оскомины, кратковременная боль от химических раздражителей
3. боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну\*
4. продолжительная боль после устранения раздражителя, зондирование болезненно в одной точке
5. кариозная полость сообщается с полостью зуба,боль отсутствует

**89. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с**

1. острым пульпитом
2. эрозией эмали
3. кислотным некрозом
4. флюорозом и гипоплазией\*
5. кариесом дентина

**90. Дифференциальные отличияначального кариеса от эрозии эмали**

1. типичная локализация дефекта, окрашивание раствором метиленового синего, размягчение участков поражения\*
2. отсутствие окраски витальными красителями, твердое дно дефекта
3. дефект только на вестибулярной поверхности
4. дефект в форме клина с гладкими поверхностями
5. кариозный процесс в постоянных зубах

**91. Дифференциальный диагноз кариеса дентина проводят с**

1. кариесом в стадии пятна
2. хроническим гранулематозным периодонтитом
3. деструктивной формой флюороза
4. хроническим пульпитом\*
5. гипоплазией

**92. Обратимость процесса очаговой деминерализации связана с**

1. повышением проницаемости эмали
2. потерей из поврежденного участка ионов кальция
3. сохранением органической основы эмали\*
4. образованием пелликулы на поверхности эмали
5. повышением вязкости слюны

**93. Реминерализирующая терапия – это методика**

1. пломбирования
2. эстетической реставрации
3. искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами\*
4. насыщения эмали органическими компонентами
5. повышением вязкости слюны

**94. Лечение кариеса без препарирования проводят при**

1. генерализованномпроцессе
2. кариесе цемента
3. в стадии белогопятна\*
4. приостановившемся кариесе
5. кариесе дентина

**95. Консервативное лечение кариесапредполагает**

1. некроэктомию
2. мумификацию
3. реминерализацию\*
4. деминерализацию
5. реставрацию

**96. Основные компоненты реминерализующей терапии**

1. натрий, магний
2. йод, бром
3. кальций, фтор\*
4. железо, стронций
5. серебро, золото

**97. При формировании кариозной полости учитывают**

1. топографию полости зуба
2. стадию кариозного поражения
3. активности кариеса
4. локализацию кариозной полости
5. все выше перечисленное\*

**98. Применение гидроокиси кальция при кариесе дентина основано на**

1. антибактериальном эффекте
2. антивоспалительном и одонтотропномдействии\*
3. способности угнетать действие бактериальныхэнзимов
4. десенсибилизирующем эффекте
5. изменении реакции в сторону закисления среды

**99. Эффективность реминерализующей терапии зависит от**

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

**100. Для проведения реминерализирующей терапии применяютраствор**

1. 10% глюконаткальция\*
2. 5%йода
3. 1%хлоргексидина
4. 3% перекисьводорода
5. 10%лизетола

**101. Об эффективности реминерализации можно судить по**

1. увеличению прироста кариеса
2. уменьшению прироста кариеса
3. появлению новых белых кариозных пятен
4. стабилизации или исчезновению белых пятен эмали\*
5. уменьшению воспаления десны

**102. Лекарственные препараты для ремтерапии**

1. 3% ремодент
2. 10% раствор глюконата кальция
3. 2% раствор фторида натрия
4. фторлак
5. верно все, выше перечисленное\*

**103. Эффект местной флюоризации основан на**

1. уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фтораппатита\*
2. улучшении трофики зуба
3. бактерицидном действии фтора
4. укреплении белковой матрицы эмали
5. изменении рН слюны

**104. Наиболее предпочтительный метод лечения кариеса эмали**

1. сошлифование пораженной эмали
2. иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
3. восстановление минерального состава эмали\*
4. все выше перечисленное
5. ни один из перечисленных ответов

**105. План лечебных мероприятий при кариесе дентина**

1. обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, постоянная пломба
2. обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, базовая прокладка, постоянная пломба
3. обезболивание, препарирование, антисептическая обработка, лечебная прокладка, базовая прокладка, постоянная пломба\*
4. антисептическая обработка, лечебная прокладка, базовая прокладка, постоянная пломба
5. препарирование, антисептическая обработка, постоянная пломба

**106. Система препарирования кариозных полостей по G. Black**

1. механическая обработка с последующим пломбированием стеклоиономерными цементами
2. минимальное инвазивное вмешательство
3. профилактическое расширения кариозной полости до интактных зон\*
4. удаление всех пораженных кариесом тканей
5. не требующее создания «ящикообразной» полости

**107. Особенности препарирования глубокой кариозной полости**

1. формирование отвесных стенок
2. формирование плоского дна
3. формирование дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба\*
4. сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
5. финирование краев эмали

**108. Этапы препарирования кариозной полости**

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\*
5. обезболивание, некрэктомию, формирование

**109. Некрэктомия – это**

1. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
2. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
3. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина\*
4. удаление пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
5. сглаживание краев эмали

**110. Финирование – это**

1. удаление размягченного/ пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
3. сглаживание краев эмали\*
4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
5. протравливание эмали

**111. Раскрытие кариозной полости – это**

1. удаление размягченного и пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин\*
3. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
5. нет верного ответа

**112. Первый этап препарирования кариозной полости**

1. антисептическая обработка
2. некрэктомия
3. формирование кариозной полости
4. раскрытие кариозной полости\*
5. протравка

**113. Формирование кариозной полости – это**

1. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина
2. сглаживание краев эмали
3. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
4. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала\*
5. нет верного ответа

**114. Расширение кариозной полости – это**

1. удаление размягченного и пигментированного дентина со дна и стенок кариозной полости
2. удаление нависающих краев эмали, не имеющих опоры на дентин
3. создание наилучших условий для фиксации пломбировочного материала
4. окончательное удаление пораженных тканей эмали и дентина\*
5. протравливание кариозной полости

**115. Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок кариозной полости может привести**

1. к случайному вскрытию полости зуба
2. облому стенки кариозной полости
3. рецидиву кариеса\*
4. острому пульпиту
5. некрозу пульпы

**116. Основной принцип формирования кариозной полости по Блэку**

1. создание дополнительных площадок
2. иссечение нависающих краев полости
3. превентивное расширение полости
4. создание ящикообразной полости\*
5. полное иссечение некротизирующего дентина

**117. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет**

1. сформировать контактный пункт
2. сохранить естественный контактный пункт\*
3. сохранить жевательную поверхность
4. сохранить пульпу зуба
5. сохранить контактную поверхность соседнего зуба

**118. Принцип формирования, направленный на предупреждение рецидивов кариеса**

1. создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
2. иссечение нависающих краев эмали
3. ящикообразная форма полости
4. превентивное расширение полости\*
5. максимальноещажение тканей зуба

**119. Препарирование полости II класса без выведения на жевательную поверхность проводится в случае расположения кариозной полости**

1. ниже экватора зуба при хорошем доступе\*
2. выше экватора при отсутствии доступа
3. ниже экватора при отсутствии доступа
4. выше экватора при хорошем доступе
5. выше и ниже экватора при хорошем доступе

**120. Физический способ препарирования твердых тканей зуба**

1. с использованием системы «Саrisolve» , содержащей смесь аминокислот и гипохлорита натрия
2. с использованием наконечника «Соникфлекс»
3. с применением ротационных и ручных инструментов
4. за счет действия мощного фокусированного потока частиц альфа-оксида алюминия
5. с использованием эрбиевого лазера\*

**121. Удаление размягченного дентина кариозной полости производят**

1. алмазным бором со скоростью 400000 об/мин
2. экскаватором\*
3. шаровидным бором со скоростью вращения 4500 об/мин
4. алмазным бором с белой маркировкой со скоростью вращения 100000 об/мин
5. обратноконусным бором со скоростью вращения 4500 об/мин

**122. Удаление плотного кариозного дентина производят**

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

**123. Критерий окончательного препарирования кариозной полости - наличие**

1. размягченного дентина на дне кариозной полости
2. пигментированного дентина на стенках кариозной полости
3. плотного дентина на дне кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
4. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса\*
5. пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости

**124. Детектор кариеса используется для выявления**

1. наружного слоя кариозного дентина
2. вторичного дентина
3. внутреннего слоя кариозного дентина\*
4. третичного дентина.
5. иррегулярного дентина

**125. Система препарирования кариозных полостей по G. Black**

1. профилактическое расширения кариозной полости до интактных зон\*
2. удаление всех пораженных кариесом тканей- принцип «биологической целесообразности»
3. не требует создания «ящикообразной» полости
4. минимальное инвазивное вмешательство
5. нет верного ответа

**126. Система препарирования кариозных полостей по И.Г. Лукомскому**

1. профилактическое расширения кариозной полости до интактных зон «продление для предотвращения»
2. удаление всех пораженных кариесом тканей- принцип «биологической целесообразности»\*
3. не требует создания «ящикообразной» полости
4. минимальное инвазивное вмешательство
5. нет верного ответа

**127. Воздушно-абразивный способ препарирования твердых тканей зуба**

1. с применением ротационных и ручных инструментов
2. с использованием системы «Саrisolve» , содержащей смесь аминокислот и гипохлорита натрия
3. с использованием наконечника «Соникфлекс»
4. за счет действия мощного фокусированного потока частиц альфа-оксида алюминия\*
5. с использованием эрбиевого лазера

**128. Дополнительную полость в зубе 1.1 формируют на поверхности**

1. медиальной
2. дистальной
3. вестибулярной
4. небной\*
5. язычной

**129. Механический способ препарирования твердых тканей зуба**

1. за счет действия мощного фокусированного потока частиц альфа-оксида алюминия
2. с использованием эрбиевого лазера
3. с применением ротационных и ручных инструментов\*
4. с использованием системы «Саrisolve» , содержащей смесь аминокислот и гипохлорита натрия
5. с использованием наконечника «Соникфлекс»

**130. Форма препарирования кариозной полости 1 класса определяется**

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

**131. Скос эмали под 45°создается для**

1. увеличения адгезии и линии маскировки\*
2. обезболивания
3. уменьшения токсичности материала
4. устранения смазанного слоя
5. увеличения гидрофобности эмали

**132. Препарирование кариозной полости I класса предполагает**

1. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности
2. частичное раскрытие фиссуры
3. полное раскрытие фиссур\*
4. максимальное расширение кариозной полости
5. иссечение бугров

**133. Контактной называется поверхность зуба, обращенная в сторону**

1. язычную
2. вестибулярную
3. небную
4. соседнего зуба\*
5. к зубу антагонисту

**134. Дно полости при кариесе дентина 1 классапо Блэку формируется**

1. плоское
2. наклонное
3. ступенчатое
4. выпуклое
5. повторяющим кривизну пульпарной полости\*

**135.Длина дополнительной ( опорной) площадки при П классе**

1. на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения
2. формируется, исходя из принципа биологической целесообразности
3. не менее ½ длины основной кариозной полости\*
4. равна ширине основной полости
5. нет верного ответа

**136. Ширина дополнительной ( опорной) площадки при П классе**

1. равна ширине основной полости\*
2. на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения
3. не менее ½ длины основной кариозной полости
4. формируется, исходя из принципа биологической целесообразности
5. нет верного ответа

**137. Глубина дополнительной ( опорной) площадки при П классе**

1. формируется, исходя из принципа биологической целесообразности
2. должна быть не менее ½ длины основной кариозной полости
3. должна быть равна ширине основной полости
4. должна быть на 0,5-1,0 мм ниже эмалево-дентинного соединения\*
5. нет верного ответа

**138. МОДП - это полость формируется при поражении кариесом**

1. дистальной поверхности зуба
2. медиальной поверхности зуба
3. дистальной и медиальной поверхностей зуба\*
4. вестибулярной\небной поверхности зуба
5. пришеечной области зуба

**139. Резистентная форма полости обеспечивает**

1. устойчивость оставшихся после препарирования зубных структур к жевательной

нагрузке\*

1. улучшение формы зуба и решение эстетических проблем
2. наилучшее взаимодействие между пломбировочным материалом и зубнойструктурой
3. все выше перечисленное
4. нет верного ответа

140. Абсолютная изоляция от слюны достигается при использовании

1. ватных валиков;
2. валиков и слюноотсоса;
3. мини-дама, валиков, слюноотсоса;
4. коффердама (рабердама)\*
5. матриц и клиньев.

**141. Стенка кариозной полости 1 класса зуба 1.6 обращенная в сторону полости рта -**

1. небная\*
2. вестибулярная
3. язычная
4. медиальная
5. дистальная

**142. При препарировании кариозной полости V класса отсутствует этап**

1. раскрытия\*
2. профилактическое расширение
3. некрэктомия
4. формирование
5. финирование

**143. Лечебная прокладка накладывается**

1. точечно на участок дна полости наиболее близкий к пульпе\*
2. на дно и стенки кариозной полости, повторяя контуры полости
3. на дно полости до эмалево-дентинной границы
4. на стенки кариозной полости
5. на край кариозной полости

**144. Лечебная прокладка при завершенном лечении покрывается**

1. изолирующей прокладкой\*
2. марлевой повязкой
3. постоянной пломбой
4. временной пломбой
5. фторсодержащим лаком

**145. Длительное одонтотропноедействие в составе лечебной прокладки обеспечивается**

1. гидоксиапатитом
2. фторапатитом
3. глюконатом кальция
4. фторидом натрия
5. гидроокисью кальция\*

146. Эв­ге­нол в со­ста­ве ле­чеб­ной про­клад­ки на­ру­ша­ет

1. про­цес­сы ад­ге­зии цинк-фос­фат­но­го це­мен­та
2. про­цес­сы по­ли­ме­ри­за­ции и ад­ге­зии ком­по­зит­ных ма­те­риа­лов\*
3. ад­ге­зию си­ли­ко-фос­фат­ных це­мен­тов
4. цвет рес­тав­ра­ции
5. долговечность пломбы

**147. Методика хемомеханическое препарирование (ART–техника):**

1. удаление всех пораженных кариесом тканей.
2. химическая и механическая обработка кариозной полости с последующим пломбированием стеклоиономерными цементами\*
3. минимальное инвазивное вмешательство
4. не требующее создания «ящикообразной» полости
5. профилактическое расширения кариозной полости до интактных зон.

**148. Пломбирование зубов – это**

1. манипуляции на тканях пародонта
2. манипуляции для восстановления формы и функции зуба\*
3. раздел стоматологии, изучающий методы лечения зуба и прилегающих тканей
4. патологический процесс в твердых тканей зубов
5. манипуляции с пульпой зуба

**149. Для правильного подбора цвета реставрационного материала проводится**

1. предварительное протравливание
2. избирательное пришлифовывание
3. удаление налета с поверхности зуба\*
4. обезболивание
5. освещение ярким светом

**150. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при**

1. свете галогенового светильника
2. искусственном освещении в вечернее время
3. идеально высушенной поверхности зуба
4. нейтральном дневном освещении\*
5. ярком солнечном свете

**151. Прокладку из стеклоиономерного цемента можно подвергать кислотному травлению после фиксации через**

1. 1 мин
2. 2 мин
3. 3 мин
4. 4 мин\*
5. 10 мин

**152. Кислотное травление эмали применяется для**

1. создания механической адгезии
2. удаления бляшек с поверхности эмали
3. создания участка микроретенции\*
4. создания химической адгезии
5. улучшения физико-механических свойств материала

**153. Пломбирование кариозных полостей возможно**

1. туннельным методом
2. сендвич-техникой\*
3. stepbask
4. crowndown
5. реминерализацией

**154. К некариозным поражениям зубов относят**

1. зрозию эмали
2. патологическое стирание
3. гипоплазию эмали
4. флюороз
5. верно все, выше перечисленное\*

155. Патологиятвердых тканей зуба, возникающая в период их развития

1. эрозия зубов
2. гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз\*
3. кислотный некроз
4. клиновидный дефект
5. патологическая стираемость

**156. Причины местной гипоплазии эмали**

1. болезни матери во время беременности
2. болезни ребенка после рождения
3. травматическое повреждение зачатка зуба\*
4. пульпит молочного зуба
5. вредные привычки матери во время беременности

**157. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали**

1. пятно, углубление на эмали\*
2. облитерация полости зуба
3. «рифленые» зубы
4. поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
5. «гипсовые» зубы

**158. Факторы развития системной гипоплазии эмали**

1. хронический периодонтит молочного зуба
2. интоксикация фтором
3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали\*
4. передача патологии твердых тканей по наследству
5. множественный кариес молочных зубов

**159. По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определит**

1. наследственность
2. сроки прорезывания пораженной группы зубца
3. возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание\*
4. заболевания, приведшие к формированию гипоплазии
5. район, где ребенок проживал в период формирования зубрв

**160. Гипоплазия твердых тканей зубов -это**

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

**161. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии**

1. окрашивание коронок зубов в желтый цвет
2. изменение цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
3. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации\*
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
5. хрупкая эмаль

**162. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах**

1. окрашивание коронок зубов в желтый/серый цвет\*
2. изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации
3. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов
5. стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

163. Ано­ма­лия раз­ви­тия зу­ба - это

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

**164. Флюороз - это**

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

**165. Клиническая форма флюороза**

1. чашеобразная
2. меловидно-крапчатая\*
3. бороздчатая
4. «гипсовые» зубы
5. «рифленые» зубы

**166. Причиной эндемического флюороза является**

1. повышенное содержание фторида в питьевой воде\*
2. недостаток кальция в организме ребенка
3. недостаток поступления фторида в организме ребенка
4. системные заболевания матери в период беременности
5. инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни

**167. Клинические проявления флюороза**

1. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
2. пятна, штрихи и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации\*
3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
4. меловидные пятна в пришеечной области зубов
5. борозды, параллельные режущему краю

**168. Жалобы при флюорозе**

1. ночные боли в зубах
2. косметический дефект\*
3. боли от температурных раздражителей
4. боли при накусывании на зуб
5. иррадиирующие боли

169. Штри­хо­вая фор­ма флюо­ро­за

1. хо­ро­шо вы­ра­жен­ные ме­ло­вид­ные пя­тна без по­ло­сок
2. не­боль­шие ме­ло­вид­ные по­ло­ски-штри­хи\*
3. очер­чен­ные пиг­мен­ти­ро­ван­ные пят­на и кра­пин­ки на фо­не ма­то­вой эма­ли
4. на фо­не вы­ра­жен­ной пиг­мен­та­ции эма­ли имеются уча­ст­ки с ее от­сут­ст­ви­ем
5. из­ме­не­ние фор­мы ко­рон­ки вслед­ст­вие эро­зив­но­го раз­ру­ше­ния и сти­ра­ния

170. Пят­ни­стая фор­ма флюо­ро­за ха­рак­те­ри­зу­ет­ся

1. хо­ро­шо вы­ра­жен­ные ме­ло­вид­ные пя­тна без по­ло­сок\*
2. не­боль­шие ме­ло­вид­ные по­ло­ски-штри­хи
3. очер­чен­ные пиг­мен­ти­ро­ван­ные пят­на и кра­пин­ки на фо­не ма­то­вой эма­ли
4. на фо­не вы­ра­жен­ной пиг­мен­та­ции эма­ли имеются уча­ст­ки с ее от­сут­ст­ви­ем
5. из­ме­не­ние фор­мы ко­рон­ки вслед­ст­вие эро­зив­но­го раз­ру­ше­ния и сти­ра­ния

171. Ме­ло­вид­но-крап­ча­тая фор­ма флюо­ро­за

1. хо­ро­шо вы­ра­жен­ные ме­ло­вид­ные пя­тна без по­ло­сок
2. не­боль­шие ме­ло­вид­ные по­ло­ски-штри­хи
3. очер­чен­ные пиг­мен­ти­ро­ван­ные пят­на и кра­пин­ки на фо­не ма­то­вой эма­ли\*
4. на фо­не вы­ра­жен­ной пиг­мен­та­ции эма­ли имеются уча­ст­ки с ее от­сут­ст­ви­ем
5. из­ме­не­ние фор­мы ко­рон­ки вслед­ст­вие эро­зив­но­го раз­ру­ше­ния и сти­ра­ния

**172. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов**

1. диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков)
2. заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов
3. эндокринные заболевания
4. верно 1) 2) 3)\*
5. воздействие кислот на промышленном предприятии

173. Эрозивная фор­ма флюо­ро­за

1. хо­ро­шо вы­ра­жен­ные ме­ло­вид­ные пя­тна без по­ло­сок
2. не­боль­шие ме­ло­вид­ные по­ло­ски-штри­хи
3. очер­чен­ные пиг­мен­ти­ро­ван­ные пят­на и кра­пин­ки на фо­не ма­то­вой эма­ли
4. на фо­не вы­ра­жен­ной пиг­мен­та­ции эма­ли имеются уча­ст­ки с ее от­сут­ст­ви­ем\*
5. из­ме­не­ние фор­мы ко­рон­ки вслед­ст­вие эро­зив­но­го раз­ру­ше­ния и сти­ра­ния

**174. Клинические признаки химического некроза зубов в начальнойстадии**

1. жалобы на «слипание» зубов при сжатии челюстей, блеск эмалиутерян\*
2. стертость всех зубов
3. форма и размер зубов не изменены,гиперестезия
4. частичная потеря зубов, прикус снижен на 3-4мм
5. характерных признаков неимеется

**175. Системную гипоплазию дифференцируют с**

1. флюорозом
2. поверхностным кариесом
3. эрозией твердых тканей зуба
4. клиновидным дефектом
5. кариесом в стадии белого пятна\*

**176. Клиника генерализованной формы гиперестезии дентина**

1. гиперестезия более 25% имеющихся зубов к различным видам раздражителей\*
2. чувствительность отдельных кариозныхзубов
3. чувствительность в области одного зуба приприкосновении
4. чувствительность в области 2-3 эрозий
5. чувствительность 15 % зубов к химическимфакторам

**177. Повышенному стиранию зубов способствуют**

1. бруксизм
2. неполноценное развитие эмали и дентина
3. неправильный прикус
4. употребление грубой пищи
5. верно все, выше перечисленное\*

**178. Факторы риска возникновения клиновидного дефекта**

1. употребление кислых продуктов
2. усиленная чистка зубов жесткой зубной щеткой
3. обнажение шеек зубов
4. эндокринные нарушения
5. верно все, выше перечисленное\*

**179. Эрозия зубов - это**

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

180. Кли­ни­че­ская кар­ти­на эро­зии зу­ба

1. де­фект с при­зна­ка­ми де­ми­не­ра­ли­за­ции, ше­ро­хо­ва­тым дном и стен­ка­ми
2. де­фект в фор­ме кли­на у ше­ек зу­бов
3. ок­руг­лый де­фект на наиболее вы­пук­лой час­ти вес­ти­бу­ляр­ной по­верх­но­сти\*
4. шероховатость поверхности и дефект в пределах эмали
5. пят­на бе­ло­го или жел­то­ва­то­го от­тен­ка на всей по­верх­но­сти эма­ли

**181. При эрозии эмали поражаются преимущественно**

1. фронтальные зубы и премоляры верхней челюсти\*
2. моляры и премоляры нижней челюсти
3. премоляры и передние зубы нижней челюсти
4. фронтальные зубы верхней и нижней челюстей
5. премоляры и моляры верхней челюсти

**182. Дефект поражения твердых тканей зубов при клиновидном дефекте**

1. округлой формы, с гладким плотным дном, края эмали сглажены
2. убыль ткани овальной формы на вестибулярной поверхности
3. пят­на бе­ло­го или жел­то­ва­то­го от­тен­ка на всей по­верх­но­сти эма­ли
4. убыль ткани треугольной формы в пришеечной области вестибулярной (небно-язычной) поверхности\*
5. плавная убыль ткани вестибулярной поверхности

**183. Характеристика дефекта поражения твердых тканей зубов при вертикальной стираемости**

1. округлой формы, с гладким плотным дном, края эмали сглажены
2. округлой формы дно мягкое, окружено белым венчиком эмали
3. убыль ткани овальной формы на вестибулярной поверхности
4. убыль ткани треугольной формы в пришеечной области вестибулярной (небно-язычной) поверхности
5. плавная убыль ткани вестибулярной поверхности\*

184. Внеш­ние фак­то­ры, из­ме­няю­щие цвет зу­ба

1. дли­тель­ный при­ем ан­ти­био­ти­ков тет­ра­цик­ли­но­во­го ря­да
2. пи­ще­вые про­дук­ты и ле­кар­ст­вен­ные ве­ще­ст­ва для по­лос­ка­ния по­лос­ти рта\*
3. кро­во­из­лия­ния в пуль­пу
4. хронический периодонтит
5. эн­до­дон­ти­че­ское ле­че­ние

**185. Болевая чувствительность при гиперестезии твердых тканей зуба I степени**

1. боль в интактном зубе от действия горячего
2. боль в интактном зубе от действия кислого и сладкого\*
3. боль при накусывании на зуб
4. боль от прикосновения
5. самопроизвольная боль, в виде приступов

**186. Один из факторов развития эрозии эмали**

1. употребление кислых продуктов\*
2. высокообразивные средства гигиены полости рта
3. уменьшение количества фтора в питьевой воде
4. работа в кислотных цехах
5. бруксизм

**187. Для обтурации дентинных канальцев с цель снижения чувствительности в зубные пасты вводят**

1. диоксид кремния, двуокись кремния, химически осажденный мел
2. соединения фтора, кальция, стронция\*
3. лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт
4. сорбитол, глицерин, пропиленгликоль
5. мяту,кселит

**188. Дифференциальную диагностику клиновидного дефекта проводят с**

1. гиперестезией
2. флюорозом
3. кариесом \*
4. гипоплазией
5. кислотным некрозом

189. По­вы­ше­ние эф­фек­тив­но­сти плом­би­ро­ва­ния эро­зии зу­бов требу­ет

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

**190.Материалы для пломбирования эрозии**

1. микронаполненные композиты
2. гибридные композиты
3. нанокомпозиты
4. СИЦ
5. верно все, выше перечисленное\*

**191. Рекомендации пациентам при эрозии эмали зуба**

1. ограничение в пищевом рационе плодов цитрусовых\*
2. полоскание полости рта щелочными растворами
3. ограничение приема продуктов, богатых углеводами
4. преимущественно вертикальные движения зубной щетки
5. применение зубного порошка

**192. Методы лечения гиперестезии**

1. реминерализующая терапия
2. пломбирование чувствительных участков
3. новокаиновые блокады
4. щадящая диета, исключающая кислое
5. верно все, выше перечисленное\*

**193. Препараты для местного лечения гиперестезии**

1. Oral В Sensitive
2. флюокаль Ф
3. фторлак
4. белагель Ф
5. верно все,выше перечисленное\*

**194. К полимерным цементам относят**

1. силикатные
2. силико-фосфатные
3. стеклоиономерные\*
4. висфат
5. цинк-фосфатные

**195. Положительные свойства СИЦ**

1. противокариозное действие
2. хорошая химическая адгезия к тканям зуба
3. высокая биосовместимость с тканями зуба
4. минимальная усадка
5. верно все, выше перечисленное\*

**196. Типы стеклоиономерных цементов**

1. фксирующие (для фиксации ортопедических конструкций)
2. восстановительные (для пломб и реставраций коронок зубов)
3. подкладочные
4. все перечисленное выше\*
5. нет верного ответа

**197. 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 клиновидных дефектов\*
5. восстановление коронки зуба

**198. Соединение карбоксилатных групп полимерной молекулы кислоты с кальцием твердых тканей зубов обеспечивает адгезию**

1. цинк-фосфатного цемента
2. силикофосфатного цемента
3. стеклоиономерного цемента\*
4. силикатного цемента
5. полиалкиноатного

**199. Отделку пломбы из стеклоиономерного цемента следует проводить через**

1. 6 часов
2. 12 часов
3. 18 часов
4. 24 часа\*
5. 48 часов

**200. Металлические пломбировочные материалы - это**

1. стеклоиономерные цементы, модифицированные добавлением металла
2. амальгамы и материалы на основе галлия\*
3. цементы, модифицированные добавлением металла
4. материалы на основе акриловых и эпоксидных пластмасс
5. материалы с составными компонентами: органические мономеры и неорганические наполнители

**201. Какие материалы относят к полимерным**

1. материалы с составными компонентами: органические мономеры и неорганические наполнители
2. стеклоиономерные цементы, модифицированные добавлением металла
3. амальгамы и материалы на основе галлия
4. цемент, модифицированный полимером
5. материалы на основе акриловых и эпоксидных пластмасс\*

**202. Какие материалы относят к композиционным**

1. амальгамы и материалы на основе галлия
2. стеклоиономерные цементы, модифицированные добавлением металла
3. материалы на основе акриловых и эпоксидных пластмасс
4. цемент, модифицированный полимером
5. материалы с составными компонентами: органические мономеры и неорганические наполнители \*

**203. Классификация композитов по размеру частиц наполнителя**

1. микронаполненные, макронаполненные, мининаполненные, гибридные\*
2. микронаполненные, ненаполненные
3. для пломбирования передних зубов, для пломбирования жевательных поверхностей, универсальные
4. обычной (средней) плотности, высокой плотности (пакуемые), низкой плотности (текучие, жидкие)
5. ничего, из перечисленного выше

**204. Классификация композитов по клиническому назначению**

1. микронаполненные, макронаполненные, мининаполненные, гибридные
2. для пломбирования передних зубов, для пломбирования жевательных поверхностей, универсальные\*
3. только для пломбирования жевательных поверхностей
4. обычной (средней) плотности, высокой плотности (пакуемые), низкой плотности (текучие, жидкие)
5. ничего, из перечисленного выше

**205. Классификация композитов по плотности (консистенции, вязкости)**

1. микронаполненные, макронаполненные, мининаполненные, гибридные
2. для пломбирования передних зубов, для пломбирования жевательных поверхностей, универсальные
3. обычной (средней) плотности, высокой плотности (пакуемые), низкой плотности (текучие, жидкие)\*
4. обычной плотности
5. ничего, из перечисленного выше

**206. Микронаполненные композиты (микрофилы) характеризуются**

1. высокой прочностью и малой усадкой, но имеют низкую абразивную устойчивость и плохую цветостойкость
2. хорошо полируются, но имеют небольшую прочность и высокий коэффициент термического расширения \*
3. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, но плохо полируются
4. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, но плохо полируются
5. низкой прочностью и устойчивостью к стиранию

**207. Макронаполненные композиты (макрофилы) характеризуются**

1. высокой прочностью и малой усадкой, но имеют низкую абразивную устойчивость и плохую цветостойкость\*
2. хорошо полируются, но имеют небольшую прочность и высокий коэффициент термического расширения
3. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, но плохо полируются
4. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, но плохо полируются
5. низкой прочностью и устойчивостью к стиранию

**208. Гибридные композиты характеризуются**

1. низкой прочностью и устойчивостью к стиранию
2. высокой прочностью и малой усадкой, но имеют низкую абразивную устойчивость и плохую цветостойкость
3. хорошо полируются, но имеют небольшую прочность и высокий коэффициент термического расширения
4. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, но плохо полируются
5. высокой прочностью и устойчивостью к стиранию, а также хорошо полируются \*

**209. Основой современных композитов является**

1. эпоксидная смола
2. полиакриловая кислота
3. ортофосфорная кислота
4. БИСГМА\*
5. ортофосфорная кислота

**210. Макронаполненные композиты**

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

**211. Керметы – это**

1. амальгамы и материалы на основе галлия
2. стеклоиономерные цемент, модифицированный полимером
3. материалы на основе акриловых и эпоксидных пластмасс
4. цементы, модифицированные добавлением металла\*
5. материалы с составными компонентами: органические мономеры и неорганические наполнители

**212. Для реставрации фронтальных зубов используют**

1. амальгаму
2. силикофосфатный цемент
3. силикатный цемент
4. композиты химического и светового отверждения\*
5. поликарбоксилатный цемент

**213. Время удаления (смывания водой) кислотного геля**

1. 10 с
2. 20 с
3. 30 с
4. 40 с
5. соответствует времени протравливания\*

**214. Отделка пломбы из амальгамы проводится**

1. непосредственно после пломбирования
2. через 24 часа\*
3. через 48 часов
4. через 72 часа
5. через 1 неделю

**215. Износо- и цветостойкость обеспечивается**

1. сохранением поверхностного слоя, ингибированного кислородом
2. кондиционированием эмали
3. шлифованием и полированием\*
4. использованием адгезивной системы
5. пломбированием с использованием колпачков

**216. Протравливание, кондиционирование дентина проводится для:**

1. усиления бактерицидных свойств композитов
2. усиления краевого прилегания
3. удаления смазанного слоя\*
4. формирования гибридного слоя
5. сохранения смазанного слоя

**217. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении**

1. дна кариозной полости
2. протравленной эмали
3. источника света
4. периферии
5. центра\*

**218. Наибольшей биосовместимостью с твердыми тканями обладают**

1. ормокеры\*
2. жидкотекучие композиты
3. пакуемые композиты
4. микрогибриды
5. макрофилы

**219. Адгезив (адгезивный агент, бонд, бондинг агент) предназначен**

1. для заполнения (герметизации) фиссур на жевательной поверхности моляров и премоляров
2. для осуществления связи между тканями зуба и пломбировочным материалом\*
3. для защиты обнаженной поверхности корня зуба от внешних воздействий
4. для заполнения краевых щелей, трещин и царапин поверхности пломбы
5. нет верного ответа

**220. Праймер - это вещество**

1. с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала\*
2. обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладки)
3. растворяющее минеральные структуры эмали
4. для лечения гиперестезии эмали
5. верно все,выше перечисленное

**221. Бонд – это вещество**

1. с высокой смачивающей способностью, облегчающее проникновение в поры и углубления дентина и эмали пломбировочного материала
2. обеспечивающее сцепление композита и дентина (базовой прокладкой)\*
3. растворяющее минеральные структуры эмали
4. для лечения гиперестезии эмали
5. верно все выше перечисленное

**222. Универсальная адгезивная система (2 в 1) предназначена для**

1. микромеханического сцепления с протравленной кислотой эмалью
2. связывания с влажным дентином как механически, так и химически
3. связывания с эмалью и дентином\*
4. связывания с дентином механически
5. адгезии к тканям зуба, металлу, пластмассе, керамике

223. Существенный недостаток композиционных материалов

1. частые сколы
2. изменение цвета
3. неудобство при внесении в полость
4. нарушение краевого прилегания
5. полимеризационная усадка\*

**224. Противопоказанием к применениюфотокомпозитов является**

1. экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость
2. поддесневое распространение кариеса
3. низкая гигиена полости рта
4. верно 1)2 ) 3)\*
5. непереносимость ультрафиолетовых лучей

**225. Результат объемной усадки фотокомпозита**

1. краевая щель (дебондинг)
2. отломы стенок зуба
3. изменение цвета тканей зуба
4. воспаление десневого края
5. верно 1) и 2)\*

**226. Смазанный слой- это**

1. образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба\*
2. формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство
3. образуется на поверхности дентина при пломбировании
4. образуется на поверхности эмали при препарировании тканей зуба
5. тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки

**227. Гибридная зона - это**

1. образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба
2. формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство\*
3. образуется на поверхности эмали и дентина при пломбировании
4. тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки
5. образуется на поверхности дентина при пломбировании

**228. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону**

1. источника света\*
2. полости зуба
3. вестибулярную
4. оральную
5. медиальную

**229. Слой, ингибированный кислородом (СИГ)**

1. образуется на поверхности дентина при препарировании тканей зуба
2. формируется при проникновении адгезивной системы в дентинные трубочки и межколлагеновое пространство
3. тонкий слой жидкости - «выпот» образуется на поверхности композита в результате усадки\*
4. образуется на поверхности эмали при препарировании тканей зуба
5. нет верного ответа

**230. Микроретенция пломбировочного материала – это**

1. фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
2. фиксация пломбировочного материала в ретенционных пунктах
3. проникновение адгезива и пломбировочного материала в микропространства протравленной эмали\*
4. фиксация пломбировочного материала за счет адгезии
5. фиксация пломбы за счет пинов, постов

**231. Достоинствафотокомпозитных пломбировочных материалов**

1. соответствие цвета и прозрачности эмали и дентину зуба
2. цветостойкость
3. высокая прочность на истирание и сжатие
4. достаточное время для моделирования реставрации
5. все выше перечисленное\*

**232. Достоинства компомера**

1. микроретенция за счет гибридизации дентина и бондинга эмали
2. выделение ионов фтора
3. повышенная износоустойчивость
4. верно 1) 2) 3)\*
5. полимеризационная усадка

**233. Причинапостпломбировочных болей при работе с композитами**

1. слишком длительное протравливание
2. образование краевой щели
3. пересушивание дентина
4. повреждение пульпы при препарировании или бактериальная инвазия в пульпу
5. верно все, выше перечисленное\*

**234. Причиной разгерметизации фотокомпозитной пломбы является**

1. одномоментная полимеризация больших объемов фотокомпозита
2. нерациональное направление пучка света
3. неправильное формирование кариозной полости
4. бприменениестеклоиономерного цемента в качестве прокладки
5. верно 1 ) 2 )\*

**235. Для повышения качества краевого прилегания пломбы проводят**

1. шлифование поверхности пломбы
2. полирование поверхности пломбы
3. постбондинг
4. ремтерапию прилежащих областей
5. верно все, выше перечисленное\*

236. При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью

1. увеличения площади сцепления\*
2. химической связи композиционного материала с эмалью;
3. равномерного распределения нагрузки на ткани зуба;
4. улучшения полирования композита;
5. улучшения отдаленных результатов пломбирования.

237. Эффект мимикрии в композите зависит от

1. бондинг-системы;
2. состава и времени протравки;
3. правильного формирования и пломбирования полости;
4. от формы, размера и вида наполнителя\*
5. от времени отвердения.

238. Наиболее «ценные» качества текучих композитов

1. высокая прочность
2. отличные эстетические характеристики
3. высокая эластичность, тиксотропность\*
4. низкая полимеризационная усадка
5. высокая пространственная стабильность.

**239. Тиксотропность – это**

1. способность к кристаллизации
2. способность к полимеризоваться
3. способность к реминерализации
4. способность стекать по наклонной поверхности
5. способность не стекать по наклонной поверхности\*

240. Положительные свойства микрофилов

1. хорошая полируемость и стойкость глянцевой поверхности
2. высокая цветостабильность
3. эластичность
4. низкий абразивный износ
5. верно все, выше перечисленное\*

**241. Адгезивные системы V поколения обеспечивают надежное сцепление**

1. эмали и композита
2. дентина и композита
3. дентина и компомера
4. гстеклоиономера и композита
5. верно все, выше перечисленное\*

**242. Для отверждения фотокомпозита применяют свет**

1. солнечный
2. ультрафиолетовый
3. галогеновый с длиной волны 400 - 500 нм\*
4. инфракрасный
5. красный

**243. Требования, предъявляемые к временным пломбировочным материалам**

1. безвредность по отношению к твердым тканям зуба и тканям системы эндо- и периодонта
2. индифферентность к лекарственным препаратам
3. легкое введение в кариозную полость и выведение из нее
4. герметичность закрытия
5. верно все, выше перечисленное\*

**244. При пломбировании кариозных полостей композитами изолирующая прокладка закрывает**

1. дно полости\*
2. стенки полости
3. дно и стенки полости
4. края полости
5. дно и стенки полости до дентиноэмалевого соединения

**245. При пломбировании кариозных полостей амальгамами изолирующая прокладка закрывает**

1. дно полости
2. стенки полости
3. края полости
4. дно и стенки полости
5. дно и стенки полости до дентиноэмалевого соединения \*

246. Свойства СИЦ препятствующие их использованию при пломбировании полостей 2 класса

1. низкая токсичность
2. способность выделять ионы фтора в окружающие ткани
3. хрупкость\*
4. низкая полимеризационная усадка
5. химическая адгезия к твердым тканям зуба

247. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо

1. протравливать эмаль и дентин 15 сек.
2. протравливать эмаль 30-60 сек
3. протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.
4. протравливать эмаль 30 сек., а дентин -15 сек.\*
5. не имеет значения

**248. Базовая прокладка (базовый слой пломбы) - это**

1. толстый слой (более 1 мм) подкладочного материала\*
2. тонкий слой изолирующего материала, нанесенный на дно (при необходимости стенки) кариозной полости
3. изолирующие лаки (жидкие лайнеры)
4. все выше перечисленное
5. нет верного ответа

**249. План лечения эрозий эмали зубов**

1. пломбирование композитными материалами
2. направление в ортопедический кабинет для зубного протезирования
3. обследование у смежного специалиста с последующей реминерализующей общей и местной терапией и пломбированием зубов\*
4. пломбирование цементами
5. обработка дефектов фторсодержащими препаратами

**250. Рациональный выбор постоянного материала основан на**

1. возрастных особенностях строения твердых тканей зуба
2. степени активности кариеса
3. данных физико-механических свойств применяемого материала
4. расположении полости на поверхности зуба и глубины кариозного процесса
5. верно все, вышеперечисленное\*