**Кафедра терапевтической стоматологии**

**дисциплина «Стоматология» модуль «Эндодонтия»**

**4 курс (7 семестр)**

**промежуточная аттестация (зачет)**

**Какие элементы входят в понятие «полость зуба»:**

1. пульпарная камера, дополнительные корневые каналы, периодонт
2. пульпарная камера, магистральные корневые каналы, кортикальная пластинка
3. пульпарная камера, система корневых каналов\*
4. пульпарная камера, дентин, цемент, эмаль

При­чи­на ост­рой трав­мы пе­рио­дон­та:

1. гру­бая эн­до­дон­ти­че­ская об­ра­бот­ка ка­на­ла\*
2. вред­ные при­выч­ки
3. ску­чен­ность зу­бов
4. трав­ма­ти­че­ская окк­лю­зия

**Форма полости 2.4 зуба:**

1. каплевидная, переходящая в широкий корневой канал
2. щелевидная, вытянутая в щечно-небном направлении с двумя устьями на дне\*
3. щелевидная, переходящая в один корневой канал
4. кубовидная с 3-мя устьями на дне

**Форма полости 4.1 зуба:**

1. каплевидная, постепенно переходящая в достаточно широкий корневой канал
2. щелевидная, переходящая в узкий корневой канал\*
3. щелевидная, вытянутая в щечно-небном направлении с двумя устьями на дне
4. кубовидная, переходящая в широкий корневой канал

**Форма полости 1.7 зуба:**

1. каплевидная, незаметно переходящая в корневой канал;
2. щелевидная, вытянутая в щечно-небном направлении с двумя устьями на дне
3. кубовидная с 3-мя устьями на дне, 2 - щечных, 1- небный\*
4. щелевидная, переходящая в один корневой канал

**Форма полости 3.6 зуба:**

1. кубовидная с 3-мя устьями на дне, 2 -щечных, 1- небный
2. щелевидная, вытянутая в щечно-небном направлении с двумя устьями на дне
3. кубовидная с 3-мя устьями на дне, 2 - медиальных, 1- дистальный\*.
4. грушевидная, незаметно переходящую в корневой канал.

**Процессы, характеризующие старение пульпы:**

1. увеличение размера полости зуба
2. снижение энергетической и функциональной активности клеток\*
3. увеличение количества коллагеновых волокон
4. увеличение количества клеточных элементов

**Характер боли при остром пульпите:**

1. возникают только при приеме пищи
2. самопроизвольная постоянного характера
3. спонтанная, нарастающая в интенсивности
4. самопроизвольная, приступообразная\*

**Характер боли при хроническом гиперпластическом пульпите:**

1. исчезает с удалением раздражающего фактора
2. возникает самопроизвольно, особенно в ночное время
3. чувство распирания в зубе, боль от горячего
4. возникает преимущественно от механических раздражителей\*

**Прямым считается корневой канал при отклонении его от основной оси:**

1. до 10º \*
2. от 10º до 30º
3. 45º
4. более 30º

**Наиболее частый путь инфицирования пульпы:**

1. по артериолам (гематогенное инфицирование)
2. по дентинным канальцам из кариозной полости\*
3. через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
4. травматические повреждения пульпы

**Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:**

1. наличие коллагеновых волокон
2. наличие клеточных слоев
3. наличие аргирофильных волокон\*
4. наличие межклеточного вещества

Чув­ст­во «вы­рос­ше­го» зу­ба при апикальном периодонтите свя­за­но с:

1. час­тич­ным раз­ру­ше­ни­ем фиб­роз­ных и кол­ла­ге­но­вых во­ло­кон
2. ско­п­ле­ни­ем экс­су­да­та в вер­ху­шеч­ном уча­ст­ке пе­рио­дон­та\*
3. ги­пе­ре­ми­ей и оте­ком дес­ны
4. из­бы­точ­ной на­груз­кой на зуб

Вы­ра­жен­ный бо­ле­вой син­дром при ост­ром пуль­пи­те обу­слов­лен:

1. из­ме­не­ни­ем ат­мо­сфер­но­го дав­ле­ния
2. раз­дра­же­ни­ем нерв­ных окон­ча­ний про­дук­та­ми ана­эроб­но­го гли­ко­ли­за\*
3. по­ни­же­ни­ем гид­ро­ста­ти­че­ско­го дав­ле­ния в по­лос­ти зу­ба
4. умень­ше­ни­ем ко­ли­че­ст­ва ва­зо­ак­тив­ных ве­ществ

**Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:**

1. повышением гидростатического давления в полости зуба
2. нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
3. периодическим шунтированием кровотока по артериоловенулярным анастомозам\*
4. увеличением количества вазоактивных веществ

**Клиническая картина хронического апикального периодонтита:**

1. полость зуба вскрыта, зондирование безболезненно\*
2. кариозная полость выполнена кровоточащей разросшейся мягкой тканью
3. кариозная полость сообщается с полостью зуба, глубокое зондирование болезненно
4. полость зуба не вскрыта, зондирование дна кариозной полости резко болезненно

**Клиническая картина острого пульпита:**

1. кариозная полость выполнена малоболезненной, разросшейся мягкой тканью
2. полость зуба вскрыта, зондирование безболезненно
3. кариозная полость сообщается с полостью зуба, глубокое зондирование болезненно
4. полость зуба не вскрыта, зондирование дна кариозной полости резко болезненно\*

**Различия в строении корневой и коронковой пульпы:**

1. корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой\*
2. корневая пульпа является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтитом
3. корневая пульпа по строению ближе к коронковой пульпе, чем к периодонту
4. коронковая пульпа близка к нервной ткани

**Классификация периодонтита по характеру экссудата:**

1. инфекционный, токсический, травматический, химический (медикаментозный)
2. острый, хронический и хронический (обострившийся)
3. ограниченный и разлитой (диффузный)
4. острый серозный и острый гнойный\*

**Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:**

1. корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
2. по соотношению длины корня и коронки зуба
3. по специальным таблицам
4. апекслокатора\*

**Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:**

1. третичного дентина\*
2. клеточного цемента
3. первичного дентина
4. вторичного дентина

**Состояние слизистой оболочки десны при остром апикальном периодонтите:**

1. слизистой оболочки десны бледно-розового цвета
2. гиперемирована и цианотична, имеется свищ с серозно-гнойным отделяемым
3. гиперемирована и инфильтрирована, сглаженность по переходной складке\*
4. цианотична, отечна, десневой карман с серозно-гнойным отделяемым

**Характеристика холодового теста при остром пульпите:**

1. отсутствие боли
2. умеренная кратковременная боль
3. выраженная боль со следовой болью более 5-10 сек, боль от горячего (70°)\*
4. резкая быстропроходящая боль с отсутствием следовой боли

Рентгенологические признаки кис­то­гра­ну­ле­мы:

1. чет­кие кон­ту­ры оча­га де­ст­рук­ции до 5 мм\*
2. от­сут­ст­вие ко­ст­ной струк­ту­ры в оча­ге де­ст­рук­ции
3. рас­ши­ре­ние пе­рио­дон­таль­ной ще­ли
4. очаг де­ст­рук­ции с не­чет­ки­ми кон­ту­ра­ми

**Состояние слизистой десны при хроническом гра­ну­ли­рую­ще­м периодонтите:**

1. гиперемирована и инфильтрирована, сглаженность по переходной складке
2. цианотична, имеется свищ с серозно-гнойным отделяемым\*
3. цианотична, отечна, определяется десневой карман с гнойным отделяемым
4. слизистой оболочки десны бледно-розового цвета

**Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня характерно для:**

1. хронического гранулематозного периодонтита
2. хронического гранулирующего периодонтита
3. хронического фиброзного периодонтита\*
4. острого периодонтита

Це­ль ле­че­ния де­ст­рукт­ив­но­го вер­ху­шеч­но­го пе­рио­дон­ти­та:

1. уст­ра­не­ние оча­га одон­то­ген­ной ин­фек­ции\*
2. воз­дей­ст­вие на мик­ро­фло­ру кор­не­вых ка­на­лов
3. со­хра­не­ние функций зу­ба
4. плом­би­ро­ва­ние кор­не­во­го ка­на­ла

**Сущность лечения пульпита методом витальной ампутации в:**

1. полном удалении коронковой и сохранении верхушечной части корневой пульпы
2. удалении пульпы и рубцевании раны в области корневой пульпы
3. сохранении жизнеспособной корневой пульпы после удаления коронковой части\*
4. мумификации корневой пульпы

**Абсолютным показанием к лечению периодонтита в одно посещение является:**

1. хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
2. острый периодонтит однокорневого зуба
3. хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свища\*
4. хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

**На выбор метода лечения хронического периодонтита не оказывает влияние:**

1. проходимость корневого канала
2. размер очага периапикальной деструкции
3. одно- или многокорневой зуб
4. возраст и пол пациента\*

**Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:**

1. топографией полости зуба\*
2. размером кариозной полости
3. выбором пломбировочного материала для корневой пломбы
4. выбором методики обработки корневого канала

**По системе ISO символ в виде квадрата обозначает:**

1. ример
2. каналонаполнитель
3. К-файл\*
4. глубиномер

**По системе ISO символ в виде круга обозначает:**

1. Н-файл\*
2. рашпиль
3. ример
4. каналонаполнитель

**Цветовое кодирование К-римера 015, 045, 090:**

1. белый\*
2. серый
3. желтый
4. фиолетовый
5. черный

**Цветовое кодирование К-файла 025, 055, 110:**

1. желтый
2. белый
3. фиолетовый
4. черный
5. красный\*

**Цветовая кодировка эндодонтического инструмента обозначает:**

1. фирму-изготовитель
2. длину
3. профиль
4. диаметр\*

**Чему соответствует цифра на ручке эндодонтического инструмента:**

1. длине эндодонтического инструмента
2. длине рабочей части эндодонтического инструмента
3. диаметру кончика эндодонтического инструмента\*
4. порядковый номер эндодонтического инструмента

**Движения файла в корневом канале:**

1. возвратно – поступательные\*
2. вращательные с полным оборотом
3. вращательно – поступательные, как при подзаводке часов
4. вращательные и возвратно-поступательные одновременно

**Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:**

1. введение в канал одного центрального штифта
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с боковым уплотнением
4. последовательное заполнение канала материалом пастообразной консистенции\*

**Рабочая длина зуба – это расстояние от:**

1. устья корневого каналадо физиологического отверстия
2. устья корневого каналадо анатомического отверстия
3. наивысшей точки на коронке зуба до анатомического отверстия
4. наивысшей точки на коронке зуба до физиологического отверстия\*

Ам­пу­та­ция кор­ня – это:

1. уда­ле­ние кор­ня вме­сте с при­ле­жа­щей к не­му ко­рон­ко­вой ча­стью зу­ба
2. рас­се­че­ние мо­ля­ров ниж­ней че­лю­сти на две час­ти по би­фур­ка­ции
3. от­се­че­ние вер­хуш­ки кор­ня и уда­ле­ние па­то­ло­ги­че­ски из­ме­нен­ных тка­ней
4. уда­ле­ние все­го кор­ня до мес­та его от­хо­ж­де­ния без уда­ле­ния ко­рон­ко­вой час­ти\*

**Мастер-файл – это инструмент для:**

1. обработки апикальной части корневого канала на начальном этапе
2. работы, не доходя до физиологического отверстия на 1 мм
3. окончательной обработки апикальной части корневого канала на рабочую длину\*
4. работы в области устья корневого канала

Ре­зек­ция вер­хуш­ки кор­ня – это:

1. рас­се­че­ние мо­ля­ров ниж­ней че­лю­сти на две час­ти по би­фур­ка­ции
2. от­се­че­ние вер­хуш­ки кор­ня и уда­ле­ние па­то­ло­ги­че­ски из­ме­нен­ных тка­ней\*
3. уда­ле­ние кор­ня вме­сте с при­ле­жа­щей к не­му ко­рон­ко­вой ча­стью зу­ба
4. уда­ле­ние все­го кор­ня до мес­та его от­хо­ж­де­ния без уда­ле­ния ко­рон­ко­вой час­ти

Ин­стру­мен­т при плом­би­ро­ва­нии ме­то­дом ла­те­раль­ной кон­ден­са­ции:

1. Н-фай­л
2. спре­де­р\*
3. пла­ге­р
4. К-файл

Ко­ро­но-ра­ди­ку­ляр­ная се­па­ра­ция – это:

1. рас­се­че­ние мо­ля­ров ниж­ней че­лю­сти на две час­ти по би­фур­ка­ции\*
2. от­се­че­ние вер­хуш­ки кор­ня и уда­ле­ние па­то­ло­ги­че­ски из­ме­нен­ных тка­ней
3. уда­ле­ние кор­ня вме­сте с при­ле­жа­щей к не­му ко­рон­ко­вой ча­стью зу­ба
4. уда­ле­ние все­го кор­ня до мес­та его от­хо­ж­де­ния без уда­ле­ния ко­рон­ко­вой час­ти

**Концентрация гипохлорита натрия в современной эндодонтии:**

1. 3 %
2. 5, 25 %
3. 0,5 %
4. 0,5 – 5,25 % \*

Для рас­ши­ре­ния кор­не­во­го ка­на­ла по диа­мет­ру при­ме­ня­ют:

1. пуль­по­экс­трак­тор
2. К-ри­мер
3. К-файл, Н-файл\*
4. ка­на­ло­на­пол­ни­тель

**Усиление очищающего действия ирригации достигается применением:**

1. ультразвуковых колебаний\*
2. депофореза
3. лазерного излучения
4. термокоагуляции

**Для снижения риска отлома эндодонтического инструмента используют:**

1. 1%-5 % р-р гипохлорита натрия
2. файлы № 8, 10 по ISO
3. гель-эндолубрикант \*
4. 2% р-р хлоргексидина

**Первый этап эндодонтической техники «Stepback»:**

1. введение в корневой канал К-файла №35 на 16 мм
2. определение временной рабочей длины к/к
3. прохождение устьевой и срединой трети к/к и опре­деление рабочей длины\*
4. инструментальная обработка верхушечной трети к/к

**Обтурация корневых каналов системой "Термафил" предполагает:**

1. введение в канал одного центрального штифта
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе\*
3. введение в канал гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
4. заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

**Обтурация корневых каналов методом латеральной конденсации предполагает:**

1. импрегнация медикамента в к/к с последующей его полимеризацией
2. заполнение к/к пломбировочным материалом пасто­образной консистенции
3. введение в к/к гуттаперчевых штифтов с последующим боко­вым уплотнением\*
4. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

Основной не­дос­тат­ок пла­сти­че­ских не­твер­дею­щих ма­те­риа­лов для кор­не­вых ка­на­лов:

1. про­ти­во­вос­па­ли­тель­ное дей­ст­вие
2. рас­са­сы­ва­ние в кор­не­вом ка­на­ле\*
3. сти­му­ля­ция ре­па­ра­тив­ных про­цес­сов
4. про­ти­во­экс­су­да­тив­ное дей­ст­вие

**Боры Гейтса используются для:**

1. расширения устья корневого канала\*
2. резекции верхушки корня
3. препарирования апикальной трети корневого канала
4. препарирования кариозной полости

**Количество гуттаперчевых штифтов при пломбировании методом латеральной конденсации:**

1. один
2. пять
3. два-три
4. необходимое для полного заполнения корневого канала \*

**Последний файл, достигший верхушки и формирующий «апикальный упор»:**

1. Initial apical file (iaf)
2. Аpical master file (аmf) \*
3. Final file (ff)
4. контрольный файл

**Депофорез гидроокиси меди-кальция - это введение ионов меди с помощью:**

1. постоянного электрического тока
2. переменного электрического тока\*
3. импульсного тока
4. ультразвука

**Основное действующее вещество препаратов для химического расширения каналов:**

1. 3% раствор гипохлорита натрия
2. этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)\*
3. оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
4. раствор перекиси водорода

**При биологическом методе лечения пульпита осложнения связаны:**

1. с ошибками в диагнозе
2. с неправильным выбором лекарственного препарата
3. с нарушение правил асептики
4. все выше перечисленное \*

**Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение:**

1. кортикостероидных препаратов
2. антибиотиков
3. ферментов
4. гидроксилоаппатита с коллагеном\*

**Корневая пломба при эндодонтическом лечении должна:**

1. достигать верхушечной трети канала
2. достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
3. быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
4. располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгено­логической оценке \*

**Проверка проходимости канала (рекапитуляция) - это:**

1. последовательное использование инструментов для расширения корневого канала
2. удаление дентинных опилок инструментом меньшего разме­ра, чем инструмент для обработки апикальной части корневого канала \*
3. для удаления дентинных опилок использование файла № 45
4. опиливающие движения Н - файла

**Требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:**

1. легко вводиться и извлекаться из корневого канала
2. обладать медленным отверждением
3. не обладать токсическим, аллергенным, мутагенным и канце­рогенным действием
4. все выше перечисленное\*

**Наименьший коэффициент периапекального рассасывания дает метод:**

1. пломбирования одним штифтом
2. пломбирования одной пастой
3. систе­ма «Термафил»\*
4. латеральной конденсации

**Наиболее оптимальным для закрытия перфорации корня является:**

1. фосфат-цемент
2. стеклоиономерный цемент
3. Pro Root MTA\*
4. серебряная амальгама

**В состав корневых силеров гидроокись кальция вводится для:**

1. рентгеноконтрастности
2. стимуляции остеогенеза\*
3. противовоспалительной терапии
4. биосовместимости материала

**Основное свойство комплексонов:**

1. антисептическое действие
2. декальцинация дентина\*
3. увлажнение корневого канала
4. усиление режущих свойств инструментов

**Трансканальный электрофорез - это:**

1. применение с лечебной целью электрического тока
2. воздействие постоянного электрического тока и лекарственного вещества\*
3. применение с лечебной целью тока высокой частоты
4. введение лекарственных веществ с помощью ультразвуково­го аппарата

**Филеры - это:**

1. пластические пломбировочные материалы
2. пластические нетвердеющие пломбировочные материалы
3. пластические отвердевающие пломбировочные материалы
4. твердые пломбировочные материалы\*

**Исходом острого периодонтита не может быть:**

1. восстановление периодонта до состояния нормы \*
2. развитие периостита
3. переход в стадию хронического воспаления
4. развитие остеомиелита

**К-файл предназначен для:**

1. определения проходимости корневых каналов
2. удаления пульпы из корневых каналов
3. прохождения и расширения корневых каналов\*
4. пломбирования корневых каналов

**Спредер предназначен для:**

1. определения проходимости корневых каналов
2. удаления пульпы из корневых каналов
3. пломбирования корневых каналов\*
4. расширения корневых каналов

**Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:**

1. острый периодонтит в фазе интоксикации
2. острый периодонтит в фазе экссудации
3. хронический фиброзный пульпит
4. периостит, подслизистый абсцесс\*

**Антисептическое воздействие на систему корневых каналов оказывается проведением:**

1. инструментальной обработки
2. медикаментозной обработки
3. протравливаем стенок корневого канала
4. сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки\*

**Наиболее благоприятный отток экссудата при остром хроническом периодонтите через:**

1. периодонт с формированием десневого кармана
2. корневой канал\*
3. систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса
4. систему гаверсовых каналов с формированием периостита

**Преимущество системы "Термафил":**

1. короткий период пластичности
2. выведение материала за верхушку
3. трехмерная обтурация канала \*
4. отсутствие болевых ощущений

**Эндолубриканты- это:**

1. препараты на основе гидроокиси кальция
2. силеры, применяемые при пломбировании гуттаперчей
3. препараты, применяемые для гемостаза
4. гели на основе ЭДТА\*

 **Плаггер:**

1. изготовлен из термостойкой стали и предназначен для разогревания гуттаперчи\*
2. предназначен для вертикальной конденсации гуттаперчи
3. инструмент округлого сечения, предназначен для латеральной конденсации гуттаперчи
4. имеет вид спирали и предназначен для введения силера в канал

**Контрольный снимок через год после лечения констатирует:**

1. степень пломбирования основного корневого канала
2. степень сохранения корневой пломбы
3. сохранность кортикальной пластики альвеолярной перегородки
4. нарастание или уменьшение патологии в перикорневой области\*

**Общую интоксикацию организма и очаговообусловленные соматические заболевания вызывает:**

1. хронический фиброзный периодонтит
2. хронический гранулирующий периодонтит
3. хронический гранулематозный периодонтит\*
4. хронический пульпит

**Метод исследования для определения формы апикального периодонтита:**

1. ЭОД
2. реопародонтография
3. рентгенография\*
4. температурная проба

**Состояние лимфатических узлов при остром периодонтите в фа­зе экс­су­да­ции\***

1. пальпируются, не спаяны с окружающими тканями
2. увеличены, болезненны, подвижны\*
3. увеличены, спаяны, безболезненны
4. увеличены, мягкие, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями

**Для снижения риска перфорации в области искривленного корневого канала необходимо:**

1. изогнуть К-ример по кривизне корневого канала\*
2. оказаться от обработки корневого канала
3. применять вращающийся инструмент
4. применять препарат ЭДТА

**Состояние слизистой оболочки десны при хроническом гранулематозном периодонтите:**

1. на слизистой оболочке десны определяется свищ с серозно-гнойным отделяемым
2. слизистая оболочка десны резко гиперемирована, отечна
3. не изменена, иногда определяется небольшое выпячивание\*
4. десна бледно-розового цвета

**Качественная обтурация корневого канала должна обеспечивать:**

1. предупреждение микропросачивания через коронковую реставрацию
2. предупреждение апикального микропросачивания через корневую обтурацию
3. предупреждение микропросачивания через коронковую реставрацию и корневую обтурацию в процессе их продолжительного функционирования\*
4. «красивый» рентгенологический снимок после пломбирования

При от­сут­ст­вии по­ло­жи­тель­ной ди­на­ми­ки эндодонтического ле­че­ния де­ст­рук­тив­но­го пе­рио­дон­ти­та од­но­кор­не­во­го зуба про­во­дит­ся:

1. по­втор­ное эн­до­дон­ти­че­ское ле­че­ние
2. ге­ми­сек­ция
3. ко­ро­но-ра­ди­ку­ляр­ная се­па­ра­ция
4. ре­зек­ция вер­хуш­ки кор­ня\*

**Устья корневых каналов необходимо определять с помощью:**

1. штопфера с маленькой головкой
2. эндодонтического зонда\*
3. файла No 15
4. маленького шаровидного бора

**При чрезмерном расширении апикального отверстия следует:**

1. избегать формирования апикального упора
2. обтурировать корневой канал с выведением пасты за пределы апекса
3. обтурировать корневой канал без избыточного вертикального давления\*
4. импрегнировать корневой канал

**Пасты при лечении пульпита консервативным (биологическим) методом:**

1. содержащие мышьяковистый ангидрид
2. трикрезол-формалиновая, камфоро-фенольная, резорцин-формалиновая
3. содержащие гидроокись кальция\*
4. иодоформная, нафестезиновая или стронциевая

**Девитальная экстирпация- это:**

1. частичное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии
2. полное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии
3. удаление коронковой пульпы после ее девитализации
4. удаление коронковой и корневой пульпы после ее девитализации\*

**Для девитализации пульпы применяются пасты:**

1. резорцин-формалиновая
2. содержащая гидроокись кальция
3. йодоформная
4. параформальдегидная\*

**Цель применения препаратов на основе ЭДТА:**

1. растворение смазанного слоя и открытие микроканалов\*
2. распломбирование корневых каналов
3. растворение остатков некротизированной пульпы
4. соединение с органической основой дентина

**Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:**

1. антибиотиков и протеолитических ферментов
2. гипохлорита натрия и ЭДТА\*
3. хлорамина и перекиси водорода
4. ферментов и перекиси водорода

**При проведении трансканального электрофореза полость зуба изолируют:**

1. водным дентином
2. фосфат-цементом
3. воском\*
4. дентин пастой

**При лечении периодонтита в стадии экссудативного процесса в первое посещение:**

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

**Витальная экстирпация - это:**

1. удаление коронковой и сохранение корневой пульпы в жизнеспособном состоянии
2. удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией\*
3. полное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии
4. удаление всей пульпы после ее девитализации

**Препараты, содержащие гидроокись кальция обладают действием:**

1. одонтотропным\*
2. девитализирующим
3. противовоспалительным
4. обезболивающим

**Введение эндодонтической иглы при промывании к/к из шприца проводится до:**

1. устья корневого канала
2. на 2/3 длины корневого канала\*
3. на 1/2 длины корневого канала
4. за верхушку корневого канала

**Тактика врача-стоматолога при попадании эндодонтического инструмента в ЖКТ:**

1. сделать рентгенографию
2. госпитализировать пациента\*
3. назначить слабительное
4. напоить пациента большим количеством воды

**Причина избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное отверстие:**

1. перфорация стенки корневого канала
2. отсутствие апикального упора \*
3. облом стержневого инструмента в корневом канале
4. плохо высушенный корневой канал

**Применение раббердама:**

1. сложно и занимает много времени
2. нежелательно для большинства пациентов
3. рекомендуется для боковых зубов
4. аксиома при лечении корневых каналов\*

Запикальное выведение инструментов в процессе препарирования к.к. грозит:

1. болями
2. развитием острого воспаления\*
3. развитием хронического воспаления
4. развитием апикальной кисты

Когда наиболее вероятен перелом инструмента при полном вращении:

1. ручным
2. машинном со скоростью вращения 200 об\мин.\*
3. машинном с программированным контролем
4. не имеет значения

 **Недостатки корневой пломбы из силера без штифта:**

1. поры в силере
2. усадка силера
3. трудности контроля апикального упора
4. рассасывание материала\*

**В каких случаях необходимо использование ЭДТА:**

1. при прохождении труднопроходимых каналов\*
2. для растворения путридных масс канала
3. для антисептической обработки
4. для девитализации пульпы

**Основной гуттаперчивый штифт при пломбировании методом латеральной** **конденсации должен входить в к.к.:**

1. на рабочую длину зуба\*
2. на 2/3 длины канала
3. выходить за верхушечное отверстие
4. на ½ длины канала

**Выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба может сопровождаться:**

1. болевыми ощущениями
2. выходом материала через свищевой ход
3. возникновением парестезии
4. все верно\*

**Дифференциальную диагностику острого пульпита и невралгии тройничного нерва определяет:**

1. характер болей, термометрия\*
2. термометрия
3. электрометрия
4. зондирование.

**Недопломбирование корневого канала может сопровождаться:**

1. нарастающими болевыми ощущениями
2. обострением хронического воспаления
3. верно а) и b)\*
4. возникновением парестезии

**Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств:**

1. кортикостероидные гормоны
2. антибиотики и слабые антисептики
3. пирамидиновые основания
4. гидроксилоаппатит с коллагеном\*

**Принятая рабочая длина корневого канала:**

1. точно соответствует анатомической длине зуба
2. короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба\*
3. длиннее на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
4. иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощуще­ниям)

**Корневая пломба должна:**

1. достигать верхушечной трети канала
2. быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
3. располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгено­логической оценке\*
4. достигать уровня дентино-цементного соединения

**Важным критерием отбора зуба для лечения в одно посе­щение является:**

1. отсутствие жалоб
2. однокорневой зуб\*
3. многокорневой зуб
4. боль при перкуссии

**Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:**

1. легко вводится в корневой канал
2. обладать медленным отверждением
3. не обладать токсическим, аллергенным, мутагенным и канце­рогенным действием\*
4. не окрашивает ткани зуба
5. при необходимости легко извлекаться из канала

**Наименьший коэффициент периапекального рассасывания дает:**

1. метод пломбирования одним штифтом
2. пломбирование одной пастой
3. пломбирование с использованием серебряных штифтов
4. пломбирование корневых каналов с использованием систе­мы «Термафил»\*
5. метод латеральной конденсации

**Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при гиперемии пульпы:**

1. девитализацию пульпы
2. сохранение жизнеспособности всей пульпы \*
3. витальную ампутацию
4. витальную экстирпацию

**Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является:**

1. качество обезболивания \*
2. качественное проведение этапа ампутации пульпы
3. готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
4. хорошее знание методики лечения.

**Основные свойства коллагеновых волокон периодонта:**

1. удерживают зуб в правильном положении, распределяя давление на стенки альвеолы\*
2. способны набухать в кислой среде, окрашивая ее
3. создают благоприятные условия для фагоцитоза при воспа­лении
4. обеспечивают физиологическую подвижность зуба

**Перекись водорода действует на распад к.к. за счет:**

1. высушивающий эффект
2. термический эффект
3. декальцификация дентина
4. высвобождение активного кислорода\*

**При отсутствии реакции на ток 100 мкА можно предполо­жить:**

1. кариес дентина
2. интактный зуб
3. хронический периодонтит \*
4. пульпит

**Гранулематозный периодонтит от гранулирующего можно дифференцировать учитывая:**

1. дисколорит тканей коронки
2. продолжительность анамнеза заболевания
3. степень подвижности зуба
4. рентгенологические признаки \*

**Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:**

1. неправильная интерпретация рентгенограмм \*
2. недостаточная герметизация девитализирующей пасты
3. смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
4. закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином

**До какого оптимального размера следует расширить апикальную треть корневого канала:**

1. d1=20
2. d1=25\*
3. d1=30
4. d1=15

**Какая верхушка называется эндодонтической:**

1. физиологическая\*
2. анатомическая
3. рентгенологическая
4. формирующаяся при последовательном выполнении этапов эндодонтического вмешательства

**Какие методы применяют для определения рабочей длины?**

1. метод расчетных длин
2. рентгенологический
3. электрометрический
4. все перечисленное верно\*

**Внутриканальный ирригант, обладаюший способностью проникать в структуры биопленок, разрушать их и вызвать растворение органических тканей:**

1. перекись водорода
2. стерильный физраствор
3. гипохлорит натрия\*
4. хлоргексидин

**Функция ирригации корневого канала заключается в:**

1. суспендировании и вымывании органических остатков, устранении смазанного слоя \*
2. снижении парциального давления кислорода в тканях периодонта
3. прекращении перемещения ионов  за пределы апикального отверстия
4. в связывании в канале гидроокиси кальция в цемент

**Какие средства применяются для удаления смазонного слоя после препарирования и промывания канала:**

* + - 1. 0.5% гипохлорит натрия
			2. 3% гипохлорит натрия
			3. 15%- 17% раствор ЭДТА\*
			4. 3% перекись водорода

Ос­нов­ны­м не­дос­тат­ком пла­сти­че­ских не­твер­дею­щих ма­те­риа­лов для кор­не­вых ка­на­лов яв­ля­ет­ся:

1. про­ти­во­вос­па­ли­тель­ное дей­ст­вие
2. бак­те­ри­цид­ное дей­ст­вие
3. рас­са­сы­ва­ние в кор­не­вом ка­на­ле\*
4. сти­му­ля­ция ре­па­ра­тив­ных про­цес­сов
5. про­ти­во­экс­су­да­тив­ное дей­ст­вие.

**Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого ка­нала:**

1. верхушечная треть канала не подвергается обработке
2. верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
3. формируется апикальный уступ\*
4. проводится резекция верхушки

**Боры Гейтса используются:**

* + - * 1. для расширения устья корневого канала \*
				2. для резекции верхушки корня
				3. для препарирования апикальной трети корневого канала
				4. для препарирования кариозной полости

**Противопоказанием для проведения депофореза гидроокиси меди кальция в корневых каналах является:**

* + - * 1. непроходимость корневого канала
				2. витальная пульпа в корневом канале
				3. девитальная пульпа в корневом канале
				4. обострение апикального периодонтита\*

**Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:**

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

**Обтурация корневых каналов системой "Термафил" предполагает:**

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

**Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:**

1. 3% раствор гипохлорита натрия
2. этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)\*
3. оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
4. смесь соляной и серной кислот
5. раствор перекиси водород

**Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:**

1. хронический фиброзный периодонтит
2. хронический гранулирующий периодонтит
3. хронический грануломатозный периодонтит\*
4. хронический гангренозный пульпит

**Антисептическое воздействие на систему корневых каналов оказывается проведением:**

1. инструментальной обработки
2. медикаментозной обработки
3. общей противовоспалительной терапией
4. протравливаем стенок корневого канала
5. сочетанием инструментальной и медикаментозной обработки\*

**Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:**

1. канал запломбирован не полностью
2. периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
3. канал запломбирован на всем протяжении\*
4. зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
5. канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

**Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:**

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

**Исходом острого периодонтита не может быть:**

1) клиническое выздоровление

2) восстановление периодонта до нормального состояния\*

3) развитие периостита

4) переход в хронический процесс

5) развитие остеомиелита

**При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод:**

1. серебрения (серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканальцев)
2. резорцин-формалиновый (мумифицирует грануляционную ткань)
3. диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции
4. ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью
5. метод депофорез гидроокиси меди-кальция \*

**Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна:**

1. резекция верхушки корня
2. ретроградное пломбирование
3. раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
4. раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала\*
5. вывести зуб из окклюзии

**Наиболее оптимальный способом восстановления коронки зуба после эндодонтического вмешательства:**

1. керамическая коронка
2. вкладка
3. макро- или микроштифты в каналах с последующей реставрацией\*
4. пломба из композитного материала

**Признаки указывающие, что можно приступить к пломбированию каналов:**

1. отсутствие запаха
2. отрицательный результат бактериологического контроля
3. отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
4. отсутствие экссудата из каналов
5. все выше перечисленное\*