**База тестовых заданий по дисциплине «Стоматология // Эндодонтия».**

Воспаление пульпы

001. Частота обращаемости больных с пульпитом:

1) 15-25% 2) 28-30% 3) 38-40% 4) 48-50% 5) 60-70%

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

1) 1 часа; 2) 2-х часов; 3) 3-х часов; 4) 4-х часов; 5) 5-ти часов

003. При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области:

1) всего дна кариозной полости 4) пришеечной

2) проекции одного из рогов пульпы 5) эмали

3) эмалево-дентинного соединения

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

1) 2-6; 2) 10-12; 3) 15-25; 4) 30-60; 5) выше 100

005. Для диффузного пульпита характерна боль:

1) постоянная; 2) ночная; 3) локализованная; 4) дневная; 5) ноющая

006. Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симпто-мом пульпита:

1) острого очагового

2) острого диффузного

3) хронического фиброзного (ремиссия)

4) хронического гипертрофического (ремиссия)

5) хронического гангренозного (ремиссия)

007. Клиника хронического фиброзного пульпита отличается от клиники острого очагового пульпита:

1) болью от холодного раздражителя

2) болью от горячего раздражителя

3) болью от механического раздражителя

4) длительностью течения

5) отсутствием клинических проявлений

008. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

1) среднего кариеса

2) глубокого кариеса

3) хронического фиброзного пульпита

4) хронического фиброзного периодонтита

5) гипоплазии

009. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1) среднем кариесе; 2) остром пульпите; 3) хроническом пульпите;

4) остром периодонтите; 5) глубоком кариесе

010. Основная функция одонтобластов:

1) образование межклеточного вещества; 2) защитная функция;

3) образование коллагеновых волокон; 4) образование дентина;

5) резорбция дентина

011. Специфической структурной особенностью пульпы зуба является:

1) наличие коллагеновых волокон 4) наличие клеточных слоев

2) наличие аргирофильных волокон 5) наличие межклеточного веще-ства

3) отсутствие эластических волокон

012. Процессы, характеризующие старение пульпы:

1) увеличение размера полости зуба

2) снижение синтетической, энергетической и функциональной активности

клеток

3) увеличение количества коллагеновых волокон

4) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов

5) увеличение количества клеточных элементов

013. Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет харак-тер:

1) острого диффузного пульпита

2) острого очагового пульпита

3) обострения хронического фиброзного пульпита

4) обострения хронического гангренозного пульпита

5) обострения хронического гипертрофического пульпита

014. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

1) изменением атмосферного давления

2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза

3) понижением гидростатического давления в полости зуба

4) уменьшением количества вазоактивных веществ

5) повышением температуры тела

015. Расстояние между физиологическим и анатомическим отверстиями:

1) 0,1-0,5 мм; 2) 0,5-1,0 мм; 3) 1,0-1,5 мм; 4) 1,5-2,0 мм; 5) 2,0-2,5 мм

016. Содержание воды в пульпите:

1) 60% 2) 85% 3) 90% 4) 95% 5) 100%

017. В структуре пульпы отсутствуют:

1) одонтобласты; 2) фибробласты; 3) эластические волокна4

4) коллагеновые волокна; 5) звездчатые клетки

018. Количество морфологических зон в пульпите:

1) 2; 2)3; 3) 4; 4) 5; 5) 6

019. Периферическая зона пульпы образована клетками:

1) фибробластами; 2) остеобластами; 3) одонтобластами

4) цементобластами; 5) пульпоцитами

020. Субодонтобластическая зона пульпы содержит:

1) одонтобласты; 2) фибробласты; 3) пульпоциты звездчатой формы;

4) цементобласты; 5) остеобласты

021. Большое количество нервных рецепторов пульпы в виде сплетений рас-

положено в:

1) центральной зоне 4) в пульпопериодонтальной зоне

2) периферической зоне 5) по эмалево-дентинному соединению

3) субодонтобластической зоне

022. Коронковая пульпа содержит одонтобластов (максимально):

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

023. В корневой пульпе одонтобласты формируют:

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

024. Сохранение жизнеспособности пульпы возможно при:

1) остром очаговом пульпите

2) остром диффузном пульпите

3) хроническом фиброзном пульпите

4) хроническом гипертрофическом пульпите

5) обострении хронического пульпита

025. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

1) третичного дентина; 2) клеточного цемента; 3) неклеточного цемента;

4) первичного дентина; 5)вторичного дентина

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

1) острых формах пульпита

2) хроническом фиброзном пульпите

3) хроническом гангренозном пульпите

4) всех формах пульпита

5) обострении хронического пульпита

027. Хронический гипертрофический пульпит является следствием:

1) глубокого кариеса

2) острого очагового пульпита

3) острого диффузного пульпита

4) хронического фиброзного пульпита (длительное течение)

5) хронического гангренозного пульпита

028. Хронический гипертрофический пульпит встречается чаще у лиц:

1) до 30 лет; 2) до 40 лет; 3) до 50 лет; 4) в пожилом возрасте;

5) в старческом возрасте

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

1) острого очагового; 2) острого диффузного; 3) хронического фиброзного;

4) хронического гипертрофического; 5) хронического гангренозного

030. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование

коронковой части пульпы практически безболезненно является симпто-

мом пульпита:

1) острого диффузного 4) хронического гангренозного

2) хронического фиброзного 5) острого очагового пульпита

3) хронического гипертрофического

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

1) острого диффузного 4) хронического гангренозного

2) хронического фиброзного 5) обострения хронического пульпита

3) хронического гипертрофического

032. Для обострения хронического пульпита характерна:

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

2) ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего,

сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур

3) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при

приеме пищи

4) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжи-

тельная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при

аналогичных жалобах в прошлом

5) приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу

ветвей тройничного нерва

033. Проведение биологического метода возможно:

1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет

2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет

3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом

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

5) при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения

034. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

1) по артериолам (гематогенное инфицирование)

2) по дентинным канальцам из кариозной полости

3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

4) по лимфатическим сосудам

5) травматические повреждения пульпы

035. В этиологии пульпита основную роль играют:

1) фузобактерии

2) спирохеты

3) гемолитические и негемолитические стрептококки

4) лактобактерии

5) простейшие

036. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пуль-

пы:

1) под анестезией 4) после применения препаратов йода

2) после ее некротизации 5) под наркозом

3) после применения антибиотиков

037. Мышьяковистая паста (быстродействующая) для некротизации пульпы в

молярах должна быть наложена на:

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

038. При хроническом фиброзном пульпите в пульпе происходит:

1) некроз ткани пульпы

2) фиброзное перерождение пульпы

3) значительное разрастание грануляционной ткани

4) уменьшение количества волокнистых элементов

5) увеличение количества клеточных элементов

039. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен:

1) повышением гидростатического давления в полости зуба

2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза

3) периодическим шунтированием кровотока по артериоловенулярным ана-

стомозам

4) увеличением количества вазоактивных веществ

5) снижением гидростатического давления в полости зуба

040. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

1) повышением гидростатического давления в полости зуба

2) изменением атмосферного давления

3) понижением гидростатического давления в полости зуба

4) повышением температуры тела

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

1) хронический фиброзный 4) хронический гангренозный

2) острый диффузный 5) острый периодонтит

3) хронический гипертрофический

042. Самопроизвольная боль, боль от всех видов раздражителей, ночная при-

ступообразная от 10 до 30 минут:

1) острый очаговый пульпит

2) острый диффузный пульпит

3) хронический фиброзный пульпит

4) хронический гангренозный пульпит

5) хронический гипертрофический пульпит

043. Приступообразная, интенсивная ночная боль с короткими светлыми про-

межутками, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва:

1) острый очаговый пульпит

2) острый диффузный пульпит

3) острый периодонтит

4) обострение хронического пульпита

5) хронический гипертрофический пульпит

044. Ноющая боль, дискомфорт от температурных раздражителей, ноющая

боль при смене температур:

1) острый очаговый пульпит

2) острый диффузный пульпит

3) хронический фиброзный пульпит

4) хронический гангренозный пульпит

5) хронический гипертрофический пульпит

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

1) острый очаговый пульпит

2) острый диффузный пульпит

3) хронический фиброзный пульпит

4) хронический гангренозный пульпит

5) хронический гипертрофический пульпит

046. Проведение биологического метода возможно при:

1) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 57 лет

2) остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 17 лет

3) хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной поло-

стью в пришеечной области

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

5) обострении хронического фиброзного пульпита у пациента 18 лет

047. Метод витальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

1) под анестезией

2) без анестезии

3) после ее девитализации препаратами мышьяка

4) после применения антибиотиков

5) после ее девитализации параформальдегидной пастой

048. Мышьяковистая (быстродействующая) паста для некротизации пульпы в

однокорневых зубах накладывается на:

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

049. При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит:

1) некроз ткани пульпы

2) фиброзное перерождение пульпы

3) значительное разрастание грануляционной ткани

4) уменьшение количества волокнистых элементов

5) развитие отека и полнокровия

050. Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится с:

1) глубоким кариесом

2) острым и обострившимся хроническим периодонтитом

3) хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии

4) альвеолитом

5) острыми формами пульпита

051. Полное сохранение пульпы зуба проводится при:

1) глубоком кариесе 4) остром периодонтите

2) остром очаговом пульпите 5) обострении хронического пульпита

3) остром диффузном пульпите

052. Метод витальной ампутации пульпы применяют в:

1) клыках верхней челюсти; 2) резцах; 3) молярах; 4) премолярах;

5) клыках нижней челюсти

053. Одонтотропные средства в лечебных прокладках:

1) глюкокортикоиды; 2) гидроокись кальция; 3) гипохлорит натрия;

4) хлоргексидин; 5) НПВС

054. Противовоспалительные средства в лечебных прокладках:

1) НПВС; 2) гидроокись кальция; 3) гипохлорит натрия; 4) хлорамин;

5) гидроксиапатит

055. Антимикробные средства в лечебных прокладках:

1) гидроокись кальция; 2) фториды; 3) лизоцим; 4) метронидазол;

5) гидроксиапатит

056. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого ка-нала:

1) верхушечная треть канала не подвергается обработке

2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно

3) верхушка расширена

4) формируется апикальный уступ

5) проводится резекция верхушки

057. Обнаружение устьев каналов проводится с помощью:

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

058. Для расширения устьев каналов используют:

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

5) К-файл

059. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:

1) до анатомической верхушки

2) до физиологической верхушки

3) за пределы апикального отверстия

4) не доходя 2 мм до апикального отверстия

5) на 2/3 длины канала

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

1) в устье канала; 2) на 1/3 канала; 3) на 1/2 канала; 4) до верхушки;

5) в полость зуба

061. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения не

обходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):

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

062. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

1) перекисью водорода; 2) 96° спиртом; 3) гипохлоритом натрия;

4) дистиллированной водой; 5) камфара-фенолом

063. 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 пасто-

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

064. 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 пасто

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

065. 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 пасто-

образной консистенции

5) импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

066. Рентгенологические изменения в 50% случаях встречаются при пульпите:

1) остром очаговом; 2) остром диффузном; 3) хроническом фиброзном;

4) хроническом гангренозном; 5) хроническом гипертрофическом

067. Для медленной девитализации пульпы используют:

1) мышьяковистую пасту 4) параформальдегидную пасту

2) резорцинформалиновую пасту 5) дентин-пасту

3) цинкоксиэвгеноловую пасту

068. Метод витальной ампутации не показан в случае:

1) острого очагового пульпита

2) случайного вскрытия пульпы зуба

3) острого диффузного пульпита

4) неэффективности биологического метода

5) хронического фиброзного пульпита

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

1) острых формах пульпита

2) хроническом фиброзном пульпите

3) хроническом гангренозном пульпите

4) хроническом гипертрофическом пульпите

5) всех формах пульпита

070. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

1) ферментов; 2) антибиотиков; 3) антидотов;

4) хлорсодержащих препаратов; 5) кислородсодержащих препаратов

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

1) остром очаговом; 2) остром диффузном; 3) хроническом фиброзном;

4) хроническом гангренозном; 5) хроническом гипертрофическом

Воспаление периодонта

001. Пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие соседние зубы:

1) транссептальные; 2) свободные волокна десны; 3) циркулярные волокна;

4) альвеолярные гребешковые волокна; 5) косые волокна

002. Волокна периодонта, охватывающие шейку зуба:

1) транссептальные 4) альвеолярные гребешковые волокна

2) свободные волокна десны 5) косые волокна

3) циркулярные волокна

003.Волокна периодонта от вершины альвеолярных гребней к цементу корня:

1) транссептальные 4) альвеолярные гребешковые волокна

2) свободные волокна десны 5) косые волокна

3) циркулярные волокна

004. Волокна периодонта, идущие под углом к оси зуба:

1) свободные волокна десны 4) косые волокна

2) циркулярные волокна 5) транссептальные волокна

3) альвеолярные гребешковые волокна

005. Наружное (ближе к лунке) сплетение сосудов состоит из:

1) капилляров

2) сосудов среднего калибра

3) крупных, продольно расположенных сосудов

4) капиллярных петель в виде клубочков

006.Терминальные веточки кустиковых нервных окончаний обеспечивают регуляцию:

1) защитной функции

2) распределения силы жевательного давления

3) сенсорной функции

4) опорно-удерживаюшей функции

5) пластической функции

007. Клубочковые окончания обеспечивают регуляцию:

1) пластической функции 4) опорно-удерживающей функции

2) силы жевательного давления 5) защитной функции

3) сенсорной функции

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

1) опорно-удерживающей; 2) распределения давления; 3) пластической;

4) сенсорной; 5) защитной

009. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:

1) стафилококки; 2) стрептококки; 3) вейлонеллы; 4) лактобактерии;

5) простейшие

010. Причиной острой травмы периодонта может быть:

1) грубая эндодонтическая обработка канала

2) вредные привычки

3) скученность зубов

4) травматическая окклюзия

5) употребление мягкой пищи

011. Чувство "выросшего" зуба связано с:

1) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон

2) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта

3) гиперемией и отеком десны

4) избыточной нагрузкой на зуб

5) температурным воздействием на зуб

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

1) с хроническим гранулирующим периодонтитом

2) с хроническим гранулематозным периодонтитом

3) со средним кариесом

4) с кистогранулемой

5) с хроническим фиброзным пульпитом

013. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:

1) хроническим фиброзным периодонтитом

2) хроническим гранулирующим периодонтитом

3) хроническим гранулематозным периодонтитом

4) острым периодонтитом в фазе интоксикации

5) хроническим гангренозным пульпитом

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

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) среднего кариеса

015. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области вер-

хушки корня соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) хронического гангренозного пульпита

016. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими

контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) кистогранулемы

5) хронического гангренозного пульпита

017. Для кистогранулемы характерен признак:

1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм

2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции

3) расширение периодонтальной щели

4) очаг деструкции с нечеткими контурами

5) сужение периодонтальной щели

018. Зрелая гранулема (по Fich) содержит:

1) 2 зоны; 2) 3 зоны; 3) 4 зоны; 4) 5 зон; 5) 6 зон

019. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остеобластов и фибробластов:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения

4) зона стимуляции; 5) зона распада и деминерализации

020. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:

1) резорцин-формалиновый метод 4) депофорез

2) трансканальный электрофорез йодом 5) удаление

3) трансканальный электрофорез с ферментами

021. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:

1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба

2) острый периодонтит однокорневого зуба

3) хронический фиброзный периодонтит

4) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при нали-

чии свищевого хода

5) хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

022. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:

1) топографией полости зуба

2) размером кариозной полости

3) выбором пломбировочного материала для корневой пломбы

4) выбором методики обработки корневого канала

5) выбором анестетика

023. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала;

1) ример и К-файл; 2) Н-файл (бурав Хедстрема); 3) каналонаполнитель;

4) спредер; 5) пульпэкстрактор

024. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

1) ример (дрильбор); 2) К-файл и Н-файл; 3) каналонаполнитель;

4) спредер; 5) пульпэкстрактор

025. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:

1) ример (дрильбор); 2) К-файл; 3) Н-файл; 4) каналонаполнитель и спредер

5) пульпэкстрактор

026. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:

1) корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола

2) корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы

3) апекслокатора

4) по соотношению длины корня и коронки зуба

5) по специальным таблицам

027. Первым этапом эндодонтической техники "Step back" (шаг назад) является:

1) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм

2) определение временной рабочей длины

3) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и ом|"

деление рабочей длины

4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала

5) введение в корневой канал пульпоэкстрактора

028. Основным действующим веществом препаратов для химического рас-ширения каналов является:

1) 3% раствор гипохлорита натрия

2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)

3) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)

4) смесь соляной и серной кислот

5) раствор перекиси водорода

029. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препа- раты (камфарафенол, крезофен и т.д.):

1) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку

2) оставляют на ватном, хорошо отжатом тампоне в устье корневого канала

под временную повязку

3) выводят за верхушку корня на тонком бумажном штифте

4) оставляют на ватном, обильно смоченном тампоне в устье корневого канала

5) не используют

030. Основой для нетвердеющих паст является:

1) эвгенол 2) резорцин-формалиновая смесь 3) вазелин-глицериновая смесь

4) эпоксидные смолы 5) дистиллированная вода

031. Для определения формы хронического периодонтита в план обследовании включается:

1) ЭОД; 2) реопародонтография; 3) рентгенография;

4) реоплетизмография; 5) температурная проба

032. Минимальные сроки восстановления костной ткани (месяцы):

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

033. Средняя толщина периодонта (мм):

1) 0-0,1; 2) 0,10-0,15; 3) 0,20-0,25; 4) 0,25-0,30; 5) 0,35-0,40

034. В периодонте в норме преобладает коллаген:

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

035. Дельтовидные разветвления каналов обнаруживаются в молярах в:

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

036.Резекция верхушки корня - это:

1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой

части

5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

037. Короно-радикулярная сепарация - это:

1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой

части

5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

038. Гемисекция - это:

1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой

части

5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

039. Ампутация корня - это:

1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

3) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

4) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

5) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку

040. Реплантация зуба - это:

1) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

2) отсечение верхушки корня и удаление патологически измененных тканей

3) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой

части

4) удаление с последующим пломбированием и возвратом зуба в лунку.

5) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

041. Рабочая длина корня при удалении живой пульпы:

1) равна рентгенологической длине корня 4) на 1,5 мм меньше

2) на 0,5 мм меньше 5) на 2 мм меньше

3) на 1,0 мм меньше

042. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или рас-пада:

1) равна рентгенологической длине корня 4) на 1,5 мм меньше

2) на 0,5 мм меньше 5) на 2 мм меньше

3) на 1,0 мм меньше

043. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

1) хронический фиброзный периодонтит

2) хронический гранулирующий периодонтит

3) хронический гранулирующий периодонтит

4) кистогранулема

5) хронический гангренозный пульпит

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

1) хронический фиброзный периодонтит 4) кистогранулема

2) хронический гранулирующий периодонтит 5) радикулярная киста

3) хронический гранулирующий периодонтит

045. Свищевой ход является симптомом обострения:

1) фиброзного хронического периодонтита 4) кистогранулемы

2) гранулирующего хронического периодонтита 5) радикулярной кисты

3) гранулематозного хронического периодонтита

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

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

047. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор

гипохлорита натрия в концентрации:

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

048. Для химического расширения корневого канала используют:

1) хлоргексидин; 2) ЭДТА; 3) эвгенол; 4) формалин

5) гипохлорит натрия

049. Эвгенол является основой для:

1) материалов для постоянных пломб

2) паст для постоянного пломбирования каналов

3) паст для временного пломбирования каналов

4) для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения

5) для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

050. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

1) хлорамин Т, хлоргексидин; 2) протеолитические ферменты;

3) гидроокись меди-кальция; 4) бетадин, йодинол; 5) перекись водорода

051. Ферментные препараты для медикаментозной обработки корневых каналов:

1) гипохлорит натрия, хлорамин; 2) йодинол, бетадин;

3) диметилмульфоксид; 4) лизоцим, трипсин; 5) перекись водорода

052. Препарат с выраженным поверхностно активным действием для медика-

ментозной обработки каналов:

1) лизоцим, трипсин; 2) йодинол, бетадин; 3) гипохлорит натрия;

4) диметилсульфоксид; 5) перекись водорода

053. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной актив-

ностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

1) диклофенак натрия; 2) метронидазол; 3) гипохлорит натрия;

4) фурацилин; 5) перекись водорода

054. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудатив-ного процесса в первое посещение:

1) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки

2) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами

3) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым

4) проводят разрез по переходной складке

5) пломбируют канал временными пломбировочными материалами

055. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительный явлений:

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

5) через 14 дней

056. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодон-тита является:

1) сохранение зуба

2) устранение очага одонтогенной инфекции

3) прохождение корневого канала

4) воздействие на микрофлору корневых каналов

5) пломбирование корневого канала

057. 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

058. Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:

1) антибиотиков и протеолитических ферментов

2) йодсодержащих препаратов и лизоцима

3) гипохлорита натрия и ЭДТА

4) хлорамина и перекиси водорода

5) ферментов и перекиси водорода

059. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

1) эвгенол; 2) формалин; 3) гидроокись кальция; 4) эпоксидные смолы;

5) параформ

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

1) требует повторного эндодонтического лечения

2) не требует дополнительного вмешательства

3) требует резекции верхушки корня

4) требует удаления зуба

5) требует реплантации зуба

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

1) повторное эндодонтическое лечение 4) резекция верхушки корня

2) гемисекция 5) ампутация корня

3) короно-радикулярная сепарация

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

1) перфорация стенки корневого канала

2) избыточное расширение апикального отверстия

3) облом стержневого инструмента в канале

4) недостаточная медикаментозная обработка

5) плохо высушенный канал

063. Причиной острой травмы периодонта может быть:

1) грубая эндодонтическая обработка канала

2) вредные привычки

3) скученность зубов

4) травматическая окклюзия

5) препарирование кариозной полости

064. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:

1) устье канала

2) средняя часть канала

3) верхушечная часть канала

4) околоверхушечная часть канала

5) обсеменение равномерно по всей длине канала

065. Зона, содержащая некротизированные ткани и бактерии:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

066. Зона, содержащая лейкоциты, лимфоциты и остеокласты:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения;

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

067. Зона, содержащая грануляционную ткань:

1) зона некроза; 2) зона контаминации; 3) зона раздражения

4) зона стимуляции; 5) ни одна из зон так не характеризуется

068. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:

1) гранулирующий; 2) гранулематозный; 3) фиброзный; 4) кистогранулема

5) нет зависимости от формы периодонтита

069. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

1) ферментов; 2) антибиотиков; 3) антидотов;

4) хлорсодержащих препаратов; 5) кислородсодержащих препаратов

070. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:

1) периодонт с формированием пародонтального кармана

2) корневой канал

3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса

4) систему гаверсовых каналов с формированием периостита

5) для сохранности зуба не играет роли

071. 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

072. На выбор метода лечения хронического периодонтита практически не

оказывает влияние:

1) проходимость корневого канала

2) размер очага периапикальной деструкции

3) одно- или многокорневой зуб

4) наличие очаговообусловленных заболеваний

5) возраст и пол пациента

073. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

1) канал запломбирован не полностью

2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом

3) канал запломбирован полностью

4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного мате-

риала за верхушку корня

074. Для медикаментозной обработки каналов (промывания) чаще всего ис-пользуются:

1) раствор хлорамина; 2) 3% раствор перекиси водорода;

3) 12% раствор перекиси карбамида; 4) камфара-фенол; 5) фенол-формалин

075. В возрастных изменениях периодонта выделяют:

1) 2 периода; 2) 3 периода; 3) 4 периода; 4) 5 периодов; 5) 6 периодов

076. Волокна периодонта, расположенные в разных направлениях, выполняют функцию:

1) распределения давления; 2) опорно-удерживающую; 3) пластическую;

4) трофическую; 5) защитную

077. Форма корневого канала после инструментальной обработки должна

быть идентична форме:

1) К-файла№ 15; 2) К-файла № 20; 3) К-файла № 25; 4) К-файла № 30;

5) последнему римеру, применявшемуся в инструментальной обработке

078. В процессе инструментальной обработки апикальную часть канала (до

физиологического отверстия) расширяют:

1) на 1-2 номера от первоначального размера; 2) на 2-3 номера

3) на 3-4 номера; 4) на 5-6 номеров; 5) оставляют без изменений

079. Содержание в периодонте 60% тканевой жидкости (без учета большого количества лимфы и крови в его сосудах) способствуют выполнению функции

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

080. Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб, характеризует:

1) обострение хронического гангренозного пульпита

2) острый периодонтит в фазе интоксикации

3) острый периодонтит в фазе экссудации

4) хронический фиброзный пульпит

5) периостит, подслизистый абсцесс

081. Постоянная сильная боль, "чувство выросшего зуба" характеризует:

1) обострение хронического гангренозного пульпита

2) острый периодонтит в фазе интоксикации

3) острый периодонтит в фазе экссудации

4) хронический фиброзный пульпит

5) периостит, подслизистый абсцесс

082. Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:

1) обострение хронического гангренозного пульпита

2) острый периодонтит в фазе интоксикации

3) острый периодонтит в фазе экссудации

4) хронический фиброзный пульпит

5) периостит, подслизистый абсцесс