

**Перечень  
экзаменационных вопросов по дисциплине «Терапевтическая  
стоматология» для студентов 4 курса стоматологического факультета  
специальности 31.05.03 «Стоматология»**

1. Этиология и патогенез герпетических поражений СОПР. Классификация.
2. Эмаль зуба. Гистологическое и химическое строение, обеспечивающее функции эмали. Роль эмалево-дентинной границы в возникновении болевой чувствительности при кариесе зуба.
3. Дентин и цемент зуба. Гистологическое и химическое строение, возрастные изменения, функции.
4. Теории возникновения кариеса зубов: Миллера, Энтина, Лукомского, Боровского, Рыбакова и их оценка.
5. Кариес зубов. Современные представления об этиологии и патогенезе заболевания. Распространенность кариеса зубов. Факторы, предрасполагающие к развитию кариеса.
6. Донозологическая диагностика и прогнозирование кариеса зубов: индикация кариеса различными методами, оптическая и лазерная диагностика, КОСР-тест, ТЕР-тест.
7. Кариес зуба в стадии пятна. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, средства и методы реминерализующей терапии.
8. Поверхностный кариес. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в зависимости от локализации полости.
9. Средний кариес. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в зависимости от локализации полости. Классификация изолирующих прокладок.
10. Глубокий кариес. Клиника, патологическая анатомия, дифференциальная диагностика, лечение в зависимости от локализации полости. Варианты лечения в 1 и 2 посещения. Классификация лечебных прокладок.
11. Клиника, диагностика, лечение острого герпетического стоматита.
12. Изолирующие и лечебные прокладки. Виды, показания к применению, особенности работы с различными представителями прокладочных материалов.
13. Морфологические и функциональные особенности строения слизистой оболочки полости рта в разные возрастные периоды.
14. Новые технологии лечения кариеса зубов: химико-механическая система лечения кариеса; воздушно-кинетический метод; лазерная флюоресценция; Ison-технология. Патогенетическое обоснование применения. Материалы, методики.
15. Функции слизистой оболочки полости рта.
16. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов. Причины, профилактика.
17. Понятие о профилактике кариеса зубов. Местная и общая профилактика кариеса.
18. Гипоплазия эмали. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
19. Гиперплазия эмали. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
20. Флюороз зубов. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
21. Стирание твердых тканей зуба. Этиология, патологоанатомические изменения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

22. Клиновидные дефекты. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика и лечение.
23. Эрозия твердых тканей зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика и лечение.
24. Химический некроз твердых тканей зубов. Этиологические факторы, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
25. Острая и хроническая травма зуба. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
26. Гиперестезия твердых тканей зуба. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Классификация десенситайзеров.
27. Особенности проявлений первичных элементов поражения на слизистой рта и на губах. Патоморфологические изменения, лежащие в их основе.
28. Особенности проявлений вторичных элементов поражения на слизистой рта и на губах. Патоморфологические изменения, лежащие в их основе.
29. Травматические поражения слизистой рта от действия механических факторов. Травматическая эрозия, язва острая и хроническая (пролежень). Прикусывание щеки и губ. Афты Беднара. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
30. Травматические поражения слизистой рта от действия химических факторов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
31. Лучевая травма, лучевая болезнь. Оральный синдром. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
32. Патологические процессы, возникающие в слизистой оболочке полости рта (паракератоз, гиперкератоз, баллонизирующая дегенерация, акантолиз, акантоз).
33. Декубитальная язва. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
34. Ротовая жидкость как биологическая среда полости рта. Химический состав слюны, его изменения под влиянием различных факторов, роль слюны в «созревании» эмали после прорезывания зубов и в патогенезе кариеса.
35. Поражения слизистой оболочки полости рта при кори. Дифференциальная диагностика, лечение.
36. Поражения слизистой оболочки полости рта при дифтерии. Дифференциальная диагностика, лечение.
37. Пульпа зуба. Гистологическое строение, основные функции, изменения при ее воспалении.
38. Клиническая классификация острых и хронических форм пульпитов. Причины, затрудняющие дифференциальную диагностику (клинико-гистологические параллели).
39. Острый очаговый пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
40. Острый диффузный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
41. Хронический фиброзный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
42. Хронический гипертрофический пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
43. Хронический гангренозный пульпит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
44. Обострение хронического пульпита. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
45. Методы сохранения воспаленной пульпы. Биологический метод и витальная ампутация. Показания и противопоказания. Критерии положительного результата лечения.

46. Девитализация пульпы. Механизм действия мышьяковистой пасты и безмышьяковистого девитализатора. Возможные ошибки и осложнения, их профилактика.
47. Дифференциальная диагностика различных форм пульпита.
48. Ошибки и осложнения при лечении различных форм пульпита. Причины, способы устранения, профилактика.
49. Этиологические факторы развития пульпита. Патогенез развития болезни пульпы. Классификация пульпитов по МКБ-10.
50. Периодонт зуба. Гистологическое строение, основные функции. Патологическая анатомия при воспалении периодонта.
51. Этиология и патогенез периодонтитов. Пути проникновения инфекции в периодонт. Классификация периодонтитов (клиническая и по МКБ-10).
52. Клиническая картина острого периодонта. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
53. Хронический фиброзный периодонтит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
54. Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
55. Хронический гранулирующий периодонтит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
56. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и меры их профилактики.
57. Дифференциальная диагностика различных форм периодонтита.
58. Лейкоплакия. Этиология. Патогенез. Патоморфология элементов поражения.
59. Эндодонтическое лечение: метод Seer - Vask. Показания, методика проведения.
60. Лейкоплакия. Клинические формы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
61. Обтурация корневых каналов гуттаперчей: техника вертикальной и латеральной конденсации.
62. Аппаратные методы пломбирования корневых каналов. Система «Термофил».
63. Поражения слизистой оболочки полости рта при скарлатине. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Обоснование и способы проведения заапекальной терапии периодонтита.
65. Ошибки и осложнения при лечении различных форм периодонтитов. Причины, способы устранения, профилактика.
66. Организация современной системы пародонтологической помощи: требования к оснащению пародонтологического кабинета, документация врача-пародонтолога, структура системы пародонтологической помощи.
67. Анатомо-гистологические особенности строения слизистой оболочки десны, периодонта, цемента корня, альвеолярной кости.
68. Зубодесневое соединение, особенности строения и физиология десневой бороздки, десневая жидкость.
69. Функции пародонта. Возрастные изменения пародонта. Клиническая классификация заболеваний пародонта и классификация МКБ – 10.
70. Основные этиологические факторы в развитии заболеваний пародонта. Патогенетические механизмы их развития.
71. Общая симптоматика заболеваний пародонта.
72. Обследование больных с патологией пародонта - пробы: Кулаженко, Парма, Кетчке, гистаминовая, волдырная.
73. Обследование больных с патологией пародонта - индексы: ПМА, ПИ, упрощенный индекс гигиены ОНI-s (Грин-Вермильон), CPITN (индекс нуждаемости в лечении).

74. Характеристика изменений в костной ткани при заболеваниях пародонта.
75. Катаральный гингивит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
76. Язвенный гингивит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
77. Гипертрофический гингивит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
78. Пародонтит легкой степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
79. Пародонтит средней степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
80. Пародонтит тяжелой степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
81. Пародонтит в стадии ремиссии. Клиника, дифференциальная диагностика. Поддерживающая терапия.
82. Пародонтит в стадии абсцедирования. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
83. Пародонтоз. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
84. Общие клинические признаки заболеваний и синдромов, сопровождающихся прогрессирующим лизисом тканей пародонта.
85. Рентгенологические изменения при заболеваниях и синдромах, сопровождающихся прогрессирующим лизисом тканей пародонта.
86. Профессиональная гигиена – ручные и аппаратные методы снятия зубных отложений. Показания и противопоказания. Порядок и правила работы.
87. Лечебные и защитные пародонтологические повязки (состав, показания, противопоказания, рекомендации).
88. Лекарственные препараты для общего и местного лечения патологии пародонта. Показания и противопоказания к назначению.
89. Современные методы диагностики заболеваний пародонта – пародонтограмма, Флорида Прoub.
90. Современные методы консервативного лечения заболеваний пародонта - фотодинамическая терапия, Вектор-терапия. Суть метода. Принцип работы. Показания, противопоказания.
91. Основные принципы хирургического лечения заболеваний пародонта. Классификация хирургических вмешательств на пародонте. Показания к удалению зубов. Операции, проводимые по неотложным показаниям.
92. Хирургические методы лечения патологии пародонта: гингивотомия, гингивэктомия. Открытый кюретаж. Показания, противопоказания, методика проведения.
93. Современные остеопластические препараты. Показания к применению остеотропных материалов и биомембран в пародонтологии. Принцип работы.
94. Физические методы лечения патологии пародонта: флюктуаризация, дарсонвализация, УВЧ-терапия, микроволновая терапия. Показания к применению.
95. ВИЧ - инфекция. Этиология, патогенез. Диагностика. Пути заражения пациента. Меры защиты врача и персонала при приёме инфекционных и ВИЧ - инфицированных больных.
96. Местная и общая профилактика заболеваний пародонта.
97. Характеристика предметов гигиены: зубные щетки, флоссы, зубочистки, ершики, ирригаторы, зубные пасты.
98. Локальная рецессия десны. Классификация Miller. Современные методы лечения локальной рецессии десны.

99. Временное и постоянное шинирование зубов при патологии пародонта. Показания, методики проведения.

100. Проявление ВИЧ - маркерных заболеваний в полости рта.

Заведующий кафедрой  
терапевтической

стоматологии



д.м.н., проф. Караков К.Г.

**Перечень**  
**практических навыков по дисциплине «Терапевтическая стоматология»**  
**для студентов 4 курса стоматологического факультета специальности**  
**31.05.03 «Стоматология»**

1. Постановка кофердама. Наложение и укрепление матрицы, матрицедержателя, клинышков при пломбировании полости на контактной поверхности.
2. Замешивание и наложение лечебной и изолирующей прокладки. Наложение временной пломбы.
3. Проведение электроодонтодиагностики.
4. Аппликационное обезболивание. Виды и способы проведения.
5. Вскрытие полости зуба. Наложение мышьяковистой пасты под повязку.
6. Определение проходимости и длины корневых каналов.
7. Проведение диатермокоагуляции.
8. Подготовка зуба для проведения внутриканального электрофореза лекарственных веществ.
9. Проведение импрегнационного метода лечения в плохо проходимых корневых каналах.
10. Анализ внутриротовых прицельных рентгеновских снимков.
11. Анализ ортопантограммы.
12. Диагностика очаговой деминерализации методом витального окрашивания и трансиллюминации.
13. Определение уровня прикрепления уздечки верхней и нижней губы и глубины преддверия полости рта.
14. Определение гигиенического индекса Грина-Вермильона. Дать характеристику результатов.
15. Определение гигиенического индекса Федорова-Володкиной. Дать характеристику результатов.
16. Проведение пробы Шиллера-Писарева. Дать характеристику результатов.
17. Обучение, коррекция и контроль индивидуальной гигиены полости рта.
18. Определение целостности зубодесневого соединения и измерение глубины пародонтальных карманов.
19. Определение индекса РМА. Дать характеристику результатов.
20. Определение индекса ПИ. Дать характеристику результатов.
21. Определение степени рецессии десны.
22. Определение вида, цвета, консистенции и локализации зубных отложений.
23. Определение гнойного отделяемого из пародонтальных карманов (пальпация, проба с йодиолом).
24. Медикаментозная обработка пародонтальных карманов (ирригация). Проведение аппликаций с лекарственными веществ на ткани пародонта.

25. Приготовление и наложение изолирующих и лечебных десневых повязок. Показания, противопоказания.
26. Введение турунды с лекарственным веществом в пародонтальный карман.
27. Местная флюоризация при гиперестезии твердых тканей зуба.
28. Определение степени подвижности зуба.
29. Определение степени поражения фуркации.
30. Определение индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта CPITN.
31. Проведение пальпации регионарных лимфатических узлов, мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, больших слюнных желез.
32. Биомодификация (кондиционирование) поверхности корня. Инструменты, медикаменты.
33. Подготовка фиссуры к герметизации.
34. Наложение твёрдой пародонтальной повязки (репин). Особенности фиксации.
35. Наложение полутвёрдой пародонтальной повязки. Особенности фиксации.
36. Наложение пломбы из временных пломбировочных материалов: дентин-паста, водный дентин, парасепт.
37. Люминесцентная диагностика при кариесе зубов.
38. Шинирование зубов при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из быстротвердеющей пластмассы и композитов).
39. Введение в гипертрофированный десневой сосочек лекарственные вещества с целью склерозирования.
40. Провести лечебные манипуляции по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса и его осложнений.

Заведующий кафедрой  
терапевтической

стоматологии



д.м.н., проф. Караков К.Г.

## **Экзаменационные тесты для студентов 4 курса по терапевтической стоматологии.**

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

- 1) гипоплазия
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) кариес
- 5) флюороз

**2. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:**

- 1) СРITN
- 2) PMA
- 3) ИДЖ
- 4) КПУ
- 5) УИГ

**3. Причины возникновения кариеса:**

- 1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

**4. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:**

- 1) климатические условия
- 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 3) диета и питьевая вода
- 4) белковые пищевые остатки в полости рта
- 5) наследственные и соматические заболевания

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

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного
- 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

**6. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:**

- 1) стабильности эмали
- 2) уменьшении проницаемости эмали
- 3) увеличении проницаемости эмали
- 4) изменении органической составляющей свойств эмали
- 5) изменении неорганической составляющей эмали

**7. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:**

- 1) гиперплазией
- 2) эрозией твердых тканей
- 3) глубоким кариесом
- 4) острым пульпитом
- 5) хроническим фиброзным пульпитом

**8. 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

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

- 1) всего дна кариозной полости
- 2) проекции одного из рогов пульпы
- 3) эмалево-дентинного соединения
- 4) пришеечной
- 5) эмали

**10. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):**

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

**11. Для диффузного пульпита характерна боль:**

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

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

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного (ремиссия)
- 4) хронического гипертрофического (ремиссия)
- 5) хронического гангренозного (ремиссия)

**13. Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:**

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического фиброзного периодонтита
- 5) гипоплазии

**14. 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

**15. Причиной острой травмы периодонта может быть:**

- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
- 2) вредные привычки
- 3) скученность зубов
- 4) травматическая окклюзия
- 5) употребление мягкой пищи

**16. 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

**17. 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

**18. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:**

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита

**19. 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, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

**20. Флюороз - 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, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- 5) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

**21. Возраст, при котором физиологическое стирание ограничено пределами эмали:**

- 1) до 25 лет
- 2) до 30 лет
- 3) до 35 лет
- 4) до 40 лет
- 5) до 50 лет

**22. Недостаточное насыщение ротовой жидкости гидроксиапатитом и фтора-патитом характерно для:**

- 1) гипоплазии
- 2) эрозии эмали
- 3) кариеса
- 4) флюороза
- 5) гиперплазии

**23. Клиническая картина эрозии зуба - это:**

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- 2) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием

дефекта

5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

**24. Действующее вещество отбеливающих систем:**

- 1) гипохлорит натрия
- 2) перекись водорода
- 3) хлорамин
- 4) соляная кислота
- 5) хлоргексидин

**25. Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:**

- 1) десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- 2) десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба
- 3) десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба
- 4) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
- 5) десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба

**26. Функция пародонта, которая проявляется в сохранении целостности его структурных компонентов при внешних воздействиях:**

- 1) барьерная
- 2) трофическая
- 3) пластическая
- 4) регулирующая, нейросенсорная
- 5) амортизирующая, опорно-удерживающая

**27. Мягкотканное анатомическое образование в полости рта, состоящее из многослойного плоского ороговевающего эпителия, собственной пластинки с поверхностным сосочковым и более глубоким сетчатым слоем:**

- 1) десна
- 2) твердое небо
- 3) переходная складка
- 4) слизистая оболочка альвеолярного отростка
- 5) слизистая оболочка дорзальной поверхности языка

**28. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:**

- 1) межзубными
- 2) межкорневыми
- 3) кортикальными
- 4) вестибулярными
- 5) аппроксимальными

**29. Гингивит - это заболевание:**

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) инфекционное
- 5) опухолевидное

**30. Альвеолярная десна - это:**

- 1) десневой сосочек и десна вокруг зуба
- 2) десна, окружающая зуб
- 3) десна, покрывающая альвеолярный отросток
- 4) десна, покрывающая альвеолярный отросток и переходная складка
- 5) десна, покрывающая альвеолярный отросток и небо

**31. Индекс CRITN определяется с помощью зонда:**

- 1) стоматологического
- 2) серповидного
- 3) штыковидного

4) пуговчатого

5) не требует применения инструмента

**32. Индекс CRITN у взрослых - это показатель:**

1) зубного налета

2) зубного камня

3) кровоточивости

4) пародонтальных карманов

5) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

**33. Индекс ПМА определяет тяжесть:**

1) гингивита

2) пародонтита

3) пародонтоза

4) пародонтолиза

5) стоматита

**34. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:**

1) отсутствует

2) на 1/3 длины корня зуба

3) на 1/2 длины корня зуба

4) на 2/3 длины корня зуба

5) на 3/4 длины корня зуба

**35. Пародонтит - заболевание:**

1) воспалительное

2) воспалительно-дистрофическое

3) дистрофическое

4) опухолевидное

5) инфекционное

**36. Основным этиологическим фактором пародонтита является:**

1) микробный зубной налет (микробная бляшка)

2) зубной налет курильщика

3) плотный зубной налет

4) наддесневой зубной камень

5) поддесневой зубной камень

**37. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:**

1) пародонтита легкой степени

2) пародонтита средней степени

3) пародонтита тяжелой степени

4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

**38. Пародонтальные карманы при пародонтозе:**

1) менее 3 мм

2) до 4 мм

3) до 5 мм

4) более 5 мм

5) отсутствуют

**39. Обнажение шеек и корней зубов - характерная жалоба пациента при:**

1) катаральном гингивите

2) гипертрофическом гингивите

3) язвенно-некротическом гингивите

4) пародонтите

5) пародонтозе

**40. Осмотр стоматологического пациента начинают с:**

- 1) осмотра полости рта
- 2) внешнего осмотра
- 3) осмотра лимфатических узлов
- 4) изучения рентгенограммы зубов
- 5) оценки клинического анализа крови

**41. Основной метод обследования стоматологического больного:**

- 1) рентгенологический
- 2) цитологический
- 3) гистологический
- 4) сбор анамнеза
- 5) аллергологический

**42. Папула, в переводе с латинского, - это:**

- 1) бугорок
- 2) узелок
- 3) узел
- 4) рубец
- 5) чешуйка

**43. Декубитальная язва вызвана фактором:**

- 1) физическим
- 2) химическим
- 3) механическим
- 4) трофическим
- 5) радиологическим

**44. Лечение травматической язвы включает:**

- 1) хирургическое иссечение участка поражения
- 2) прижигание раствором бриллиантового зеленого
- 3) антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
- 4) устранение травмирующих факторов
- 5) устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств

**45. Профилактика хронической механической травмы включает:**

- 1) диету
- 2) своевременную коррекцию съемных протезов
- 3) прием поливитаминов
- 4) замену металлических коронок на металло-керамические
- 5) исключение курения и приема алкоголя

**46. Острый герпетический стоматит является заболеванием:**

- 1) вирусным
- 2) бактериальным
- 3) грибковым
- 4) аутоиммунным
- 5) аллергическим

**47. Синдром приобретенного иммунодефицита является заболеванием:**

- 1) аллергическим
- 2) грибковым
- 3) бактериальным
- 4) вирусным
- 5) аутоиммунным

**48. Источником ВИЧ-инфекции является:**

- 1) крупный рогатый скот
- 2) человек - носитель ВИЧ
- 3) кровососущее насекомое

4) птица

5) грызун

**49. Язвенно-некротический гингивит Венсана вызывается симбиозом:**

1) стафилококков и пептострептококков

2) фузобактерий и спирохет

3) стрептококков и фузобактерий

4) стрептококков и лактобацилл

5) верно 1) и 4)

**50. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:**

1) пятно

2) афта

3) налет

4) эрозия

5) язва

**51. Пелликула зуба образована:**

1) коллагеном

2) кератином

3) скоплением микроорганизмов и углеводов

4) гликопротеидами слюны

5) полиненасыщенными жирными кислотами

**52. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:**

1) кислот

2) щелочей

3) кариесогенных факторов

4) абразивного фактора

5) температурных факторов

**53. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:**

1) формирование отвесных стенок

2) формирование плоского дна

3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба

4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина

5) финирирование краев эмали

**54. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:**

1) 3 класса

2) 4 класса

3) 5 классов

4) 6 классов

5) 7 классов

**55. Детектор кариеса используется для выявления:**

1) наружного слоя кариозного дентина

2) вторичного дентина

3) внутреннего слоя кариозного дентина

4) третичного дентина.

5) иррегулярного дентина

**56. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:**

1) наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости

2) наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости

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

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

5) наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости

**57. Вторичный кариес - это:**

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

**58. Приступы самопроизвольной боли возникают при:**

- 1) среднем кариесе
- 2) остром пульпите
- 3) хроническом пульпите
- 4) остром периодонтите
- 5) глубоком кариесе

**59. 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

**60. В структуре пульпы отсутствуют:**

- 1) одонтобласты
- 2) фибробласты
- 3) эластические волокна
- 4) коллагеновые волокна
- 5) звездчатые клетки

**61. 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

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

- 1) третичного дентина
- 2) клеточного цемента
- 3) неклеточного цемента
- 4) первичного дентина.
- 5) вторичного дентина

**63. 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

**64. 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

**65. 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

**66. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:**

- 1) резорцин-формалиновый метод
- 2) трансканальный электрофорез йодом
- 3) трансканальный электрофорез с ферментами
- 4) депофорез
- 5) удаление

**67. 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 наличии свищевого хода
- 5) хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

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

- 1) топографией полости зуба
- 2) размером кариозной полости
- 3) выбором пломбирочного материала для корневой пломбы
- 4) выбором методики обработки корневого канала
- 5) выбором анестетика

**69. Системность поражения зубов всегда характерна для:**

- 1) пульпита
- 2) кариеса
- 3) гипоплазии
- 4) эрозии зубов
- 5) гингивита

**70. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются:**

- 1) заболевания матери в период беременности
- 2) заболевания ребенка в первый год после рождения
- 3) генетические факторы
- 4) высокое содержание фтора в питьевой воде
- 5) низкое содержание фтора в воде

**71. Штриховая форма флюороза характеризуется:**

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

**72. Пятнистая форма флюороза характеризуется:**

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием

5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

**73. Концентрация фтора в питьевой воде, при которой выявляются легкие формы флюороза (мг/л):**

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

**74. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:**

- 1) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- 2) замена водоисточника
- 3) гигиена полости рта
- 4) герметизация фиссур
- 5) фторирование молока

**75. Клиническая десневая борозда соответствует погружению градуированного зонда между поверхностью зуба и десной в апикальном направлении на глубину менее (мм):**

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 1

**76. Клиническим признаком пародонтального кармана является погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями пародонта от края десны в апикальном направлении на глубину (мм).**

- 1) 1 и более
- 2) 2 и более
- 3) 3 и более
- 4) 4 и более
- 5) 5 и более

**77. Причиной воспаления в пародонте является:**

- 1) микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта
- 2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ
- 3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология
- 4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ
- 5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

**78. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:**

- 1) содержимое пародонтальных карманов
- 2) уровень резорбции альвеолярной кости
- 3) регионарную гемодинамику в пародонте
- 4) парциальное давление кислорода в тканях
- 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

**79. На рентгенограмме при катаральном гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

**80. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:**

- 1) папиллярной
- 2) папиллярной и маргинальной

- 3) маргинальной и альвеолярной
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- 5) папиллярной и альвеолярной

**81. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:**

- 1) 1 неделю
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяц
- 4) 6 месяцев
- 5) 1 год

**82. Количественную выраженность катарального гингивита можно определить с помощью индекса:**

- 1) ПМА
- 2) Грина-Вермильона
- 3) пародонтального
- 4) CRITN
- 5) верно 2) и 3)

**83. Воспаление десны - характерный признак:**

- 1) пародонтоза
- 2) пародонтита
- 3) паротита
- 4) фиброматоза десны
- 5) верно 3) и 4)

**84. Наличие ложного десневого кармана характерно для:**

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита
- 4) катарального, гингивита
- 5) язвенно-некротического гингивита

**85. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:**

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

**36. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:**

- 1) I—II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

**87. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:**

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени
- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени
- 5) пародонтозу тяжелой степени

**88. Гиперестезия твердых тканей зубов - характерная жалоба пациента при:**

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите

4) пародонтите

5) пародонтозе

**89. Окраска десны при пародонтозе:**

1) бледно-розовая

2) бледная

3) гиперемированная

4) желтоватая

5) цианотичная

**90. Слизистая оболочка полости рта состоит из:**

1) 5 слоев

2) 4 слоев

3) 3 слоев

4) 2 слоев

5) 1 слоя

**91. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговевает на:**

1) мягком небе

2) дне полости рта

3) щеках

4) губах

5) твердом небе

**92. К первичным элементам поражения относятся:**

1) пузырь

2) эрозия

3) афта

4) рубец

5) трещина

**93. Дополнительные методы обследования при травматической язве:**

1) проба Кулаженко

2) аллергологический

3) цитологический

4) проба Ясиновского

5) соскоб на наличие грибов Candida

**94. Признаки озлокачествления травматической язвы:**

1) изменение размеров язвы

2) блюдцеобразная форма язвы

3) эозинофилия

4) уплотнение краев и дна язвы

5) изменение цвета окружающих тканей

**95. После устранения травмирующего фактора выраженную склонность к заживлению имеют язвы:**

1) травматическая

2) лучевая

3) раковая

4) сифилитическая

5) туберкулезная

**96. Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:**

1) афта

2) корка

3) папула

4) эрозия

5) пузырьки

**97. Первичной мишенью для ВИЧ-инфекции являются:**

- 1) эритроциты
- 2) Т-хелперы
- 3) Т-киллеры
- 4) фибробласты
- 5) лейкоциты

**98. Инкубационный период ВИЧ-инфекции составляет:**

- 1) от 3 до 12 часов
- 2) от 3 до 12 дней
- 3) от 3 до 12 недель
- 4) от 3 до 12 месяцев
- 5) от 3 до 12 лет

**99. Дополнительные методы обследования при язвенно-некротическом гингивите Венсана:**

- 1) общий клинический анализ крови
- 2) анализ крови на содержание глюкозы
- 3) анализ крови на ВИЧ-инфекцию
- 4) бактериоскопия
- 5) верно 1), 3) и 4)

**100. Патологические процессы в зоне поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:**

- 1) некроз
- 2) акантолиз
- 3) воспалительный инфильтрат
- 4) вакуольная дистрофия
- 5) верно 1) и 3)

**101. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:**

- 1) слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
- 2) пелликула
- 3) бикарбонатный буфер в слюне
- 4) повышение вязкости ротовой жидкости
- 5) снижение вязкости ротовой жидкости

**102. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:**

- 1) зубная бляшка
- 2) диета и питьевая вода
- 3) углеводистые пищевые остатки в полости рта
- 4) полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба
- 5) белковые пищевые остатки в полости рта

**103. Кариес в стадии пятна характеризуется:**

- 1) некрозом эмали
- 2) нарушением формирования эмали
- 3) поверхностной деминерализацией
- 4) подповерхностной деминерализацией
- 5) гиперминерализацией

**104. Основой современной теории кариеса является:**

- 1) физико-химическая теория
- 2) биологическая теория
- 3) химико-паразитарная теория
- 4) трофоневротическая теория
- 5) биохимическая

**105. Зубная бляшка начинает накапливаться после чистки зубов через:**

- 1) Час
- 2) 2 часа
- 3) 3 часа
- 4) 4 часа
- 5) 5 часов

**106. Начальные повреждения эмали возникают при рН:**

- 1) 3,5-1,5
- 2) 4,5-5,5
- 3) 5,5-6,5
- 4) 6,5-7,5
- 5) 7,5-8,0

**107. Кариозный процесс развивается при:**

- 1) равновесии ре- и деминерализации
- 2) преобладании деминерализации
- 3) отсутствии реминерализации
- 4) дисминерализации
- 5) реминерализации

**108. 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

**109. 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

**110. 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

**111. Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита:**

- 1) острого диффузного
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гипертрофического
- 4) хронического гангренозного
- 5) острого очагового пульпита

**112. 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

**113. 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

**114. Эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала:**

- 1) ример и К-файл
- 2) Н-файл (бурав Хедстрема)
- 3) каналонаполнитель
- 4) спредер
- 5) пульпэкстрактор

**115. Эндодонтические инструменты для пломбирования корневых каналов:**

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

**116. 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) апексолокатора
- 4) по соотношению длины корня и коронки зуба
- 5) по специальным таблицам

**117. 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 определение рабочей длины
- 4) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 5) введение в корневой канал пульпэкстрактора

**118. Основным действующим веществом перпаратов для химического расширения каналов является:**

- 1) 3% раствор гипохлорита натрия
- 2) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
- 3) оксиэтилендифосфовая кислота (ксидифон)
- 4) смесь соляной и серной кислот
- 5) раствор перекиси водорода

**119. Меловидно-крапчатая форма флюороза:**

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

**120. Эрозивная форма флюороза:**

- 1) наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
- 2) появлением небольших меловидных полосок-штрихов
- 3) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- 4) на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
- 5) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания

**121. Клиническая картина клиновидного дефекта:**

- 1) дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

- 2) дефект в форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
- 3) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки
- 4) потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
- 5) пятна белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали

**122. Назначение антибиотиков тетрациклинового ряда может привести к развитию «тетрациклиновых» зубов у детей в возрасте:**

- 1) от 1 года до 6 лет
- 2) от 6 мес. до 6 лет
- 3) от 1 мес. до 6 лет
- 4) от 6 мес. до 12 лет
- 5) от 6 лет до 12 лет

**123. Форма системной гипоплазии в виде точечных углублений:**

- 1) волнистая форма
- 2) точечная форма
- 3) бороздчатая форма
- 4) лестничная форма
- 5) аплазия

**124. Избыток фтора в воде приводит к:**

- 1) недостаточному образованию эмали
- 2) нарушению минерализации
- 3) дефектам в образовании кристаллов апатита
- 4) отложению эндогенного материала
- 5) изменению структуры органической матрицы

**125. На рентгенограмме при пародонтите средней степени резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

**126. Катаральный гингивит легкой степени включает воспаление десны:**

- 1) папиллярной
- 2) папиллярной и маргинальной
- 3) маргинальной и альвеолярной
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной
- 5) папиллярной и альвеолярной

**127. Клинические признаки хронического катарального гингивита:**

- 1) кровоточивость при зондировании папиллярной и маргинальной десны
- 2) поддесневой зубной камень
- 3) карманы до 5 мм
- 4) обнажение корней
- 5) некроз десневого сосочка

**128. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:**

- 1) кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
- 2) разрастание не измененной в цвете десны
- 3) резкая гиперемия и отек десневых сосочков
- 4) боль при жевании
- 5) участки некроза маргинальной десны

**129. Пародонтит - заболевание:**

- 1) воспалительное

- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное
- 5) инфекционное

**130. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:**

- 1) вертикальный
- 2) горизонтальный неравномерный
- 3) горизонтальный равномерный
- 4) смешанный
- 5) очаговый

**131. Рецессия десны характерна для:**

- 1) катарального гингивита
- 2) гипертрофического гингивита
- 3) язвенно-некротического гингивита
- 4) пародонтита
- 5) пародонтоза

**132. Пародонтальные карманы при пародонтозе:**

- 1) менее 3 мм
- 2) до 4 мм
- 3) до 5 мм
- 4) более 5 мм
- 5) отсутствуют

**133. Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:**

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) пародонтите
- 5) пародонтозе

**134. Обнажение шеек и корней зубов - характерная жалоба пациента при:**

- 1) катаральном гингивите
- 2) гипертрофическом гингивите
- 3) язвенно-некротическом гингивите
- 4) пародонтите
- 5) пародонтозе

**135. Обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:**

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

**136. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:**

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

**137. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 - рентгенологический признак:**

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтоза легкой степени

4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени

**138. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе проводят:**

1) реопародонтографию

2) УВЧ-терапию

3) реминерализующую терапию

4) противовоспалительную терапию

5) десенсибилизирующую терапию

**139. Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты:**

1) гигиенические

2) противовоспалительные

3) реминерализующие

4) солевые

5) ферментосодержащие

**140. К вторичным элементам поражения относятся:**

1) чешуйка

2) бугорок

3) узелок

4) узел

5) пятно

**141. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:**

1) бугорок

2) рубец

3) гнойничок

4) узелок

5) пятно

**142. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток**

**Тцанка:**

1) паракератоз

2) гиперкератоз

3) акантоз

4) акантолиз

5) гранулез

**143. Возможные осложнения, возникающие после наложения мышьяковистой пасты:**

1) декубитальная язва

2) трофическая язва

3) щелочной некроз

4) кислотный некроз

5) деминерализация тканей зуба

**144. Антидотом мышьяка является:**

1) раствор бикарбоната натрия

2) раствор марганцево-кислого калия

3) 3% раствор гипохлорита натрия

4) унитиол

5) 3% раствор перекиси водорода

**145. Воздействие гальванического тока на слизистую оболочку рта относят к травме:**

1) химической

2) острой механической

3) хронической механической

- 4) острой физической
- 5) хронической физической

**146. Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:**

- 1) актиномицеты
- 2) палочка Леффлера
- 3) дрожжеподобные грибы
- 4) вирус простого герпеса
- 5) фузоспирохета Венсана

**147. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:**

- 1) плоская лейкоплакия
- 2) волосистая лейкоплакия
- 3) веррукозная лейкоплакия
- 4) эрозивная лейкоплакия
- 5) лейкоплакия Таппейнера

**148. При лечении ВИЧ-инфицированного пациента стоматологу не следует использовать:**

- 1) высокооборотную турбину
- 2) механическую бормашину
- 3) слюноотсос
- 4) пылесос
- 5) апекслокатор

**149. Местные факторы, провоцирующие рецидив язвенно-некротического гингивита Венсана:**

- 1) хронические воспалительные заболевания пародонта
- 2) несанированная полость рта
- 3) гальваноз
- 4) полуретинированный зуб мудрости
- 5) верно 1), 2) и 4)

**150. Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:**

- 1) раствор 0,05% хлоргексидина
- 2) гель метрогил-дента
- 3) трипсин
- 4) индометациновая мазь
- 5) верно 1), 2) и 3)

**151. Снижение pH ротовой жидкости как основная причина возникновения кариеса, представлена теорией:**

- 1) Энтина Д.Э.
- 2) Миллера В.
- 3) Лукомского И.Г.
- 4) Шарпенака А.Э.
- 5) Шатца А., Мартина Д.

**152. Поддержание гомеостаза эмали происходит за счет:**

- 1) кровеносных сосудов
- 2) нервов
- 3) гетероионного обмена с ротовой жидкостью
- 4) лимфатических сосудов
- 5) фторирования воды

**153. Диагноз кариеса в стадии пятна ставят на основании:**

- 1) зондирования поверхности пятна
- 2) ЭОД
- 3) рентгенодиагностики
- 4) высушивания и окрашивания пятна

5) реодентографии

**154. Поверхностный кариес характеризуется наличием:**

- 1) белого пятна
- 2) полости в пределах эмали
- 3) полости средних размеров
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) пигментированного пятна

**155. Средний кариес (caries media) характеризуется наличием:**

- 1) пигментированного пятна
- 2) кариозной полости в пределах эмали
- 3) кариозной полости средних размеров в эмали и дентине
- 4) глубокой кариозной полости
- 5) белого пятна

**156. Основными компонентами реминерализующей терапии являются:**

- 1) натрий, магний
- 2) йод, бром
- 3) кальций, фтор
- 4) железо, стронций
- 5) серебро, золото

**157. 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

**158. В этиологии пульпита основную роль играют:**

- 1) фузобактерии
- 2) спирохеты
- 3) гемолитические и негемолитические стрептококки
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

**159. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:**

- 1) под анестезией
- 2) после ее некротизации
- 3) после применения антибиотиков
- 4) после применения препаратов йода
- 5) под наркозом

**160. 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

**161. 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

**162. 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 артериоловеноулярным анастомозам
- 4) увеличением количества вазоактивных веществ
- 5) снижением гидростатического давления в полости зуба

**163. 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

**164. Основой для нетвердеющих паст является:**

- 1) эвгенол
- 2) резорцин-формалиновая смесь
- 3) вазелин-глицериновая смесь
- 4) эпоксидные смолы
- 5) дистиллированная вода

**165. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:**

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентгенография
- 4) реоплетизмография
- 5) температурная проба

**166. 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

**167. Корона-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

**168. 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

**169. Для домашнего отбеливания применяют перекись карбамида в концентрации:**

- 1) 5-7%
- 2) 10-12%
- 3) 25-35%
- 4) 35<sup>^</sup>%
- 5) 40<sup>^</sup>%

**170. Концентрация перекиси карбимида для клинического («офисного») отбеливания:**

- 1) 5-7%
- 2) 10-12%
- 3) 25-35%

4) 35^0%

5) 40-45%

**171. Клиновидные дефекты наиболее выражены на:**

- 1) резцах верхней челюсти
- 2) резцах нижней челюсти
- 3) молярах верхней челюсти
- 4) клыках и премолярах верхней и нижней челюсти
- 5) молярах нижней челюсти

**172. Наиболее благоприятный для сохранения зуба перелом корня:**

- 1) продольный
- 2) косой
- 3) оскольчатый
- 4) поперечный (в области верхней трети корня)
- 5) поперечный (в области середины корня)

**173. Местные противопоказания к отбеливанию зубов:**

- 1) загрязнение поверхности зубов
- 2) убыль эмали, обнажение корней зубов
- 3) беременность и кормление грудью
- 4) наличие аллергических реакций на перекись водорода
- 5) возраст (до 18 лет)

**174. Общие противопоказания к отбеливанию зубов:**

- 1) большая пульпарная полость
- 2) обширные реставрации
- 3) аллергические реакции на перекись водорода, беременность, кормление грудью
- 4) выраженные воспалительные явления в пародонте
- 5) перфорация в пришеечной области

**175. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:**

- 1) клинический карман 3 мм
- 2) симптом кровоточивости десны
- 3) патологическая подвижность зуба
- 4) неудовлетворительная гигиена полости рта
- 5) изменение цвета и формы десневого сосочка

**176. Полярография тканей пародонта позволяет определить:**

- 1) содержимое пародонтальных карманов
- 2) уровень резорбции альвеолярной кости
- 3) регионарную гемодинамику в пародонте
- 4) парциальное давление кислорода в тканях
- 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

**177. Реопародонтография позволяет определить:**

- 1) содержимое пародонтальных карманов
- 2) уровень резорбции альвеолярной кости
- 3) регионарную гемодинамику в пародонте
- 4) парциальное давление кислорода в тканях
- 5) интенсивность и распространенность воспалительных изменений

**178. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:**

- 1) зондирования пародонтального кармана
- 2) реографического исследования тканей пародонта
- 3) рентгенологического исследования челюстных костей
- 4) эхоостеометрического исследования альвеолярной кости
- 5) определения индексов кровоточивости десны при зондировании

**179. Наличие пародонтального кармана характерно для:**

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гингивита
- 4) эпюлиса
- 5) фиброматоза

**180. Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:**

- 1) локализованному
- 2) генерализованному
- 3) ювенильному
- 4) быстро прогрессирующему
- 5) верно и 2) и 4)

**181. При лечении хронического катарального гингивита проводят:**

- 1) обработку десны резорцином
- 2) коррекцию гигиены полости
- 3) аппликацию протеологических ферментов
- 4) гингивэктомию
- 5) гингивотомию

**182. Для обезболивания десны при язвенно-некротическом гингивите используют анестезию:**

- 1) аппликационную
- 2) суггестивную
- 3) стволовую
- 4) проводниковую

**183. В ходе лечения язвенно-некротического гингивита следует отдавать предпочтение применению анестетиков в виде:**

- 1) спреев
- 2) инъекций
- 3) ротовых ванн
- 4) аппликаций
- 5) верно 2) и 3)

**184. Удаление наддесневого зубного камня проводят:**

- 1) до кюретажа карманов
- 2) в процессе кюретажа
- 3) после кюретажа
- 4) не имеет значения
- 5) не проводят

**185. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:**

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

**186. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:**

- 1) I—II степени
- 2) II—III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

**187. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:**

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени

- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени
- 5) пародонтозу тяжелой степени

**188. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:**

- 1) жалобы пациента
- 2) длительность заболевания
- 3) кровоточивость десны при чистке зубов
- 4) глубина пародонтального кармана
- 5) степень подвижности зубов

**189. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:**

- 1) кюретаж карманов
- 2) операция «открытый кюретаж»
- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

**190. Линейный дефект слизистой оболочки - это:**

- 1) афта
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) трещина
- 5) чешуйка

**191. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия - это:**

- 1) эрозия
- 2) язва
- 3) чешуйка
- 4) корка
- 5) рубец

**192. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:**

- 1) акантозе
- 2) акантолизе
- 3) гиперкератозе
- 4) паракератозе
- 5) папилломатозе

**193. Дополнительные методы обследования при травматической язве:**

- 1) проба Кулаженко
- 2) аллергологический
- 3) цитологический
- 4) проба Ясиновского
- 5) соскоб на наличие грибов Candida

**194. Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы:**

- 1) трофическая
- 2) сифилитическая
- 3) туберкулезная
- 4) травматическая
- 5) афта Сеттона

**195. Гальваноз появляется при наличии в полости рта:**

- 1) разнородных металлов
- 2) однородного металла и пластмассы
- 3) однородного металла и композитных материалов
- 4) съемных и несъемных ортопедических конструкций

5) пломб из композитных материалов светового и химического отверждения

**196. Симптомы, характерные для опоясывающего лишая:**

- 1) регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемизованном фоне слизистой оболочки
- 2) невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволон на коже и слизистой оболочке
- 3) одиночный пузырь на слизистой оболочке с геморрагическим содержимым
- 4) одиночные округло-овальные эрозии с венчиком гиперемии
- 5) обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки на губах и коже

**197. Диагноз ВИЧ-инфекция устанавливается после исследования:**

- 1) цитологического
- 2) гистологического
- 3) иммуноферментного анализа крови
- 4) биохимического анализа крови
- 5) серологического анализа крови

**198. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:**

- 1) хейлит Манганотти
- 2) лимфома Ходжкина
- 3) отек Квинке
- 4) саркома Капоши
- 5) синдром Милькерсона-Розенталя

**199. В острой стадии язвенно-некротического гингивита Венсана не показано:**

- 1) применение обезболивающих препаратов
- 2) удаление зубов
- 3) применение кератопластиков
- 4) проведение профессиональной гигиены полости рта
- 5) верно 2) и 3)

**200. Для общего лечения язвенно-некротического гингивита Венсана применяют:**

- 1) поливитамины
- 2) десенсибилизирующие препараты
- 3) гормональные препараты
- 4) противомикробные препараты
- 5) верно 1), 2) и 4)

**201. ЭОД при глубоком кариесе (мкА):**

- 1) 2-6
- 2) 10-12
- 3) 15-20
- 4) 20-25
- 5) 25-30

**202. Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:**

- 1) свете галогенового светильника стоматологической установки
- 2) искусственном освещении в вечернее время
- 3) идеально высушенной поверхности зуба
- 4) нейтральном дневном освещении
- 5) ярком солнечном свете

**203. Расстояние между излучателем света и пломбировочным материалом не более:**

- 1) 5 мм
- 2) 10 мм
- 3) 15 мм
- 4) 20 мм
- 5) 25 мм

**204. Для реставрации фронтальных зубов используют:**

- 1) амальгаму
- 2) силикофосфатный цемент
- 3) силикатный цемент
- 4) композиты химического и светового отверждения
- 5) поликарбоксилатный цемент

**205. 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)

**206. Основой современных композитов является:**

- 1) эпоксидная смола
- 2) полиакриловая кислота
- 3) ортофосфорная кислота
- 4) БИСГМА
- 5) ортофосфорная кислота

**207. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении:**

- 1) источника света
- 2) протравленной эмали
- 3) центра
- 4) периферии
- 5) дна кариозной полости

**208. 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

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

- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- 3) верхушка расширена
- 4) формируется апикальный уступ
- 5) проводится резекция верхушки

**210. 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

**211. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:**

- 1) перекисью водорода
- 2) 96° спиртом
- 3) гипохлоритом натрия
- 4) дистиллированной водой
- 5) камфара-фенолом

**212. 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

**213. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:**

- 1) ферментов
- 2) антибиотиков
- 3) антидотов
- 4) хлорсодержащих препаратов
- 5) кислородсодержащих препаратов

**214. Свищевой ход является симптомом обострения:**

- 1) фиброзного хронического периодонтита
- 2) гранулирующего хронического периодонтита
- 3) гранулематозного хронического периодонтита
- 4) кистогранулемы
- 5) радикулярной кисты

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

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

**216. Для химического расширения корневого канала используют:**

- 1) хлоргексидин
- 2) ЭДТА
- 3) эвгенол
- 4) формалин
- 5) гипохлорит натрия

**217. 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

**218. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительных явлений:**

- 1) на 2-3 сутки
- 2) на 4-5 сутки
- 3) на 5-7 сутки
- 4) через 10 дней
- 5) через 14 дней

**219. Зубы Гетчинсона - это проявление:**

- 1) системной гипоплазии
- 2) местной гипоплазии
- 3) флюороза
- 4) стирания
- 5) кариеса

**220. Предельно-допустимая концентрация фтора в воде (мг/л):**

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

**221. Жалобы больных при пятнистой форме флюороза:**

- 1) иррадиирующие боли по ходу ветвей тройничного нерва
- 2) ночные боли в зубах
- 3) косметический дефект
- 4) боли от температурных раздражителей
- 5) боли при накусывании на зуб

**222. Клинический признак, характерный для синдрома Стейнтона-Кандепона:**

- 1) наличие ночных болей
- 2) кариозные полости
- 3) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 4) «рифленые» зубы
- 5) «гипсовые» зубы

**223. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:**

- 1) пломбирование кариозных полостей
- 2) депульпирование зуба
- 3) удаление зуба
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- 5) ортопедические методы

**224. К неблагоприятным факторам развития флюороза относится:**

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) заболевания женщины в период беременности

**225. Клинически определяемая граница между десной и слизистой оболочкой альвеолярного отростка:**

- 1) линия улыбки
- 2) десневой желобок
- 3) переходная складка
- 4) цемента-эмалевое соединение
- 5) слизисто-десневое соединение

**226. Зубные альвеолы отделены друг от друга перегородками:**

- 1) межзубными
- 2) межкорневыми
- 3) кортикальными
- 4) вестибулярными
- 5) аппроксимальными

**227. Резорбция кортикальной пластины на вершине межальвеолярной перегородки является симптомом:**

- 1) эпюлиса
- 2) гингивита
- 3) пародонтита
- 4) пародонтоза
- 5) фиброматоза десны

**228. Для определения тяжести пародонтита и пародонтоза необходимо определить:**

- 1) уровень альвеолярной кости
- 2) размер обнажения корня зуба

- 3) глубину пародонтального кармана
- 4) размер гипертрофированной десны
- 5) патологическую подвижность зуба

**229. На рентгенограмме при остром язвенно-некротическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

**230. На рентгенограмме при пародонтите легкой степени резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

**231. На рентгенограмме при пародонтите средней степени резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) отсутствует

**32. На рентгенограмме при пародонтите тяжелой степени резорбция межальвеолярной перегородки:**

- 1) на 1/3 длины корня зуба
- 2) на 1/2 длины корня зуба
- 3) на 2/3 длины корня длины корня зуба
- 4) на 3/4 длины корня зуба
- 5) верно 3) и 4)

**233. Клинический признак гипертрофического гингивита фиброзной формы:**

- 1) кровоточивость десны при чистке зубов и откусывании пищи
- 2) разрастание не измененной в цвете десны
- 3) резкая гиперемия и отек десневых сосочков
- 4) боль при жевании
- 5) участки некроза маргинальной десны

**234. При отечной форме гипертрофического гингивита проводят:**

- 1) гингивотомию
- 2) гингивэктомию
- 3) открытый кюретаж
- 4) лоскутную операцию
- 5) противоотечное лечение

**235. обнажение поверхности корня зуба (рецессия десны) проявляется на поверхностях зубов:**

- 1) только на вестибулярной
- 2) только на оральной
- 3) как на вестибулярной, так и на оральной
- 4) на жевательной
- 5) на контактной

**236. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:**

- 1) уменьшают

- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

**237. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:**

- 1) пародонтитасредней степени
- 2) пародонтита тяжелой степени
- 3) пародонтоза легкой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

**238. Индекс ПМА при пародонтозе:**

- 1) менее 30%
- 2) до 50%
- 3) до 70%
- 4) около 100%
- 5) не изменяется

**239. Ортодоитическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:**

- 1) до операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 2) после операций по пластике уздечек и предверия полости рта
- 3) до рентгенологического исследования
- 4) после рентгенологического исследования
- 5) до индексной оценки состояния пародонта

**240. Диагностическими клетками при вульгарной пузырчатке являются:**

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Лангханса
- 4) многоядерные полиморфные клетки
- 5) ксантомные клетки

**241. Для подтверждения диагноза «вторичный сифилис» используют дополнительный метод исследования:**

- 1) цитологический
- 2) рентгенологический
- 3) серологический
- 4) клинический анализ крови
- 5) гистологический

**242. Латинское название пятна:**

- 1) nodus
- 2) ulcus
- 3) papula
- 4) macula
- 5) aphta

**243. Цитологическая картина при травматической язве характеризуется наличием:**

- 1) атипичных клеток эпителия
- 2) элементов воспаления
- 3) акантолитических клеток
- 4) клеток Лангханса
- 5) гигантских многоядерных клеток

**244. Профилактика хронической механической травмы включает:**

- 1) диету
- 2) своевременную коррекцию съемных протезов
- 3) прием поливитаминов

4) замену металлических коронок на металло-керамические

5) исключение курения и приема алкоголя

**245. Меры предупреждения ожога слизистой оболочки рта при использовании 3% раствора гипохлорита натрия:**

1) применение коффердама

2) применение слюноотсоса

3) полоскание раствором бикарбоната натрия

4) применение пылесоса

5) применение коффердама, пылесоса, слюноотсоса

**246. Лечебные мероприятия при опоясывающем лишае направлены на:**

1) блокаду вируса в нервных трофических окончаниях

2) исключение анаэробной инфекции

3) выявление и устранение очагов хронической инфекции

4) санацию полости рта

5) стимуляцию слюноотделения

**247. Источником ВИЧ-инфекции является:**

1) крупный рогатый скот

2) человек - носитель ВИЧ

3) кровососущее насекомое

4) птица

5) грызун

**248. Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:**

1) плоский лишай

2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит

3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит

4) многоформная экссудативная эритема

5) глоссалгия

**249. Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям:**

1) вирусным

2) аллергическим

3) бактериальным

4) аутоиммунным

5) неврогенным

**250. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического гингивита Венсана проводят с:**

1) острым герпетическим стоматитом

2) ВИЧ-инфекцией

3) сахарным диабетом

4) глоссалгией

5) верно 1) и 2)

Заведующий кафедрой

терапевтической стоматологии



д.м.н., проф. Караков К.Г.

**Перечень  
экзаменационных вопросов по дисциплине «Терапевтическая  
стоматология» для студентов 5 курса стоматологического факультета  
специальности 31.05.03 «Стоматология»**

1. Строение слизистой оболочки губ. Особенности иннервации и кровоснабжения.
2. Строение языка. Виды сосочков языка. Особенности иннервации и кровоснабжения.
3. Строение твердого и мягкого неба. Особенности иннервации и кровоснабжения.
4. Строение слизистой оболочки щек. Особенности иннервации и кровоснабжения.
5. Специальные методы исследования СОПР – диаскопия, стоматоскопия, люминесцентная диагностика, серологические исследования.
6. Специальные методы исследования СОПР – специфические аллергологические тесты: клеточные тесты, мукозная проба, тест Шелли.
7. Специальные методы исследования СОПР – кожные пробы: аппликационная, капельная, скарификационная, внутрикожная.
8. Цитологические методы исследования СОПР – мазок-соскоб, мазок-отпечаток, мазок-перепечаток.
9. Микрофлора полости рта – типы микрофлоры, функции.
10. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта по ММСИ, И.Г. Лукомскому, А.И. Рыбакову.
11. Изменения эпителия СОПР – паракератоз, гиперкератоз, дискератоз, спонгиоз, акантолиз, вакуольная дистрофия, баллонизирующая дистрофия.
12. Первичные морфологические элементы СОПР – пятно, узелок, узел, бугорок. Клинические примеры.
13. Первичные морфологические элементы СОПР – пузырек, пузырь, гнойник, киста. Клинические примеры.
14. Вторичные морфологические элементы СОПР – чешуйка, эрозия, афта, язва. Клинические примеры.
15. Вторичные морфологические элементы СОПР – трещина, корка, рубец, вегетация. Клинические примеры.
16. Симптом Никольского. Разновидности. Варианты проведения.
17. Механическая травма СОПР – причины, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
18. Механическая травма СОПР – принципы лечения.
19. Химическая травма СОПР – причины, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
20. Химическая травма СОПР – принципы лечения.
21. Физическая травма СОПР – причины, клинические проявления, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
22. Лучевая болезнь и поражения СОПР при лучевой терапии. Клинические проявления, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
23. Лейкоплакия СОПР - причины, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
24. Лейкоплакия СОПР – местная и общая терапия.

25. Актинический хейлит - причины, клинические проявления, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
26. Острый герпетический стоматит и хронический рецидивирующий герпес. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
27. Острый герпетический стоматит и хронический рецидивирующий герпес. Принципы специфического и неспецифического лечения.
28. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
29. Ящур. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
30. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
31. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Принципы специфического и неспецифического лечения.
32. Первичный сифилис. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
33. Вторичный сифилис. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
34. Третичный сифилис. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
35. Принципы специфического и неспецифического лечения сифилиса.
36. Дифтерия. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
37. Скарлатина. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
38. Корь. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
39. Туберкулез. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
40. Острые формы кандидоза СОПР. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
41. Хронические формы кандидоза СОПР. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
42. Принципы специфического и неспецифического лечения кандидоза СОПР
43. Проявления аллергических реакций замедленного типа на СОПР.
44. Многоформная экссудативная эритема токсико-аллергическая форма. Причины, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
45. Многоформная экссудативная эритема инфекционно-аллергическая форма. Причины, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
46. Многоформная экссудативная эритема. Принципы местного и общего лечения.
47. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
48. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Принципы местного и общего лечения.

49. Красный плоский лишай типичная форма. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
50. Красный плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
51. Красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Красный плоский лишай буллезная форма. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
53. Красная волчанка. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
54. Красная волчанка. Принципы местного и общего лечения.
55. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР. Дифференциальная диагностика.
56. Пузырчатка. Принципы местного и общего лечения.
57. Десквамативный глоссит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
58. Десквамативный глоссит. Принципы лечения.
59. Ромбовидный глоссит. Причины возникновения, клинические проявления.
60. Ромбовидный глоссит. Дифференциальная диагностика, лечение.
61. Складчатый язык. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
62. Черный «волосатый» язык. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
63. Черный «волосатый» язык. Принципы лечения.
64. Атопический хейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
65. Атопический хейлит. Принципы лечения.
66. Гландулярный хейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
67. Гландулярный хейлит. Принципы лечения.
68. Эксфолиативный хейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
69. Эксфолиативный хейлит. Принципы лечения.
70. Макрохейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
71. Макрохейлит. Принципы лечения.
72. Экзематозный хейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
73. Экзематозный хейлит. Принципы лечения.
74. Хронические трещины губ. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика.
75. Хронические трещины губ. Принципы лечения.
76. Метеорологический хейлит. Причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
77. Изменения СОПР при висмутовой интоксикации. Причины возникновения, клинические проявления.

78. Изменения СОПР при свинцовой интоксикации. Причины возникновения, клинические проявления.
79. Изменения СОПР при ртутной интоксикации. Причины возникновения, клинические проявления.
80. Болезнь Боуэна. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
81. Бородавчатый предрак. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
82. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
83. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
84. Рак слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, классификация.
85. Рак слизистой оболочки полости рта. Клинические проявления. Принципы лечения.
86. Острая ВИЧ-инфекция. Классификация поражений слизистой оболочки полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией.
87. СПИД-ассоциированные поражения СОПР. Саркома Капоши.
88. Синдром Стивенса-Джонсона. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
89. Синдром Лайелла. Причины возникновения, клинические проявления. Принципы лечения.
90. Изменения СОПР при заболеваниях ЖКТ. Клинические проявления.

Заведующий кафедрой  
терапевтической

стоматологии



д.м.н., проф. Караков К.Г.

**Перечень практических навыков по терапевтической стоматологии для проведения итоговой государственной аттестации студентов 5 курса**

1. Провести общеклиническое обследование больного и оформить историю болезни.
2. Препарирование и формирование кариозной полости I класса с поражением жевательной поверхности на фантомных зубах.
3. Препарирование и формирование кариозной полости II класса без и с дополнительной площадкой на фантомных зубах.
4. Формирование медио-окклюзио-дистальной полости (МОД) на фантомных зубах.
5. Препарирование и формирование кариозной полости III класса с дополнительной площадкой и без неё.
6. Препарирование и формирование кариозной полости IV класса с различными видами ретенционных элементов.
7. Препарирование и формирование кариозной полости V класса.
8. Постановка кофердама. Наложение и укрепление матрицы, матрицедержателя, клинышков при пломбировании полости на контактной поверхности.
9. Замешивание и наложение лечебной и изолирующей прокладки. Наложение временной пломбы.
10. Пломбирование кариозной полости I класса композиционными материалами.
11. Пломбирование кариозной полости II класса композиционными материалами с применением матриц, клинышков, ретракционных нитей.
12. Пломбирование кариозной полости III класса композиционными материалами с применением матриц, клинышков, ретракционных нитей.
13. Пломбирование кариозной полости IV класса композиционными материалами с применением матриц, клинышков, ретракционных нитей.

14. Пломбирование кариозной полости V класса композиционными материалами.
15. Проведение электроодонтодиагностики.
16. Аппликационное обезболивание. Виды и способы проведения.
17. Вскрытие полости зуба. Наложение мышьяковистой пасты под повязку.
18. Инструментальное расширение устьев корневых каналов. Определение проходимости и длины корневых каналов. Инструментальная обработка корневых каналов.
19. Применение антисептиков для медикаментозной обработки кариозной полости и корневых каналов.
20. Проведение диатермокоагуляции.
21. Подготовка зуба для проведения внутриканального электрофореза лекарственных веществ.
22. Проведение импрегнационного метода лечения в плохо проходимых корневых каналах.
23. Пломбирование корневых каналов пастами.
24. Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации.
25. Распломбирование корневого канала. Методы, средства для проведения.
26. Восстановление разрушенной коронки зуба при помощи внутрипульпарных штифтов.
27. Анализ внутриротовых прицельных рентгеновских снимков и ортопантомограмм.
28. Диагностика очаговой деминерализации методом витального окрашивания и трансиллюминации.
29. Проведение ремтерапии.
30. Проведение эстетической реставрации зуба.
31. Провести осмотр и дать характеристику пародонтологического статуса (десневого сосочка, маргинальной и прикрепленной десны).
32. Определение уровня прикрепления уздечки верхней и нижней губы и глубины преддверия полости рта.

33. Определение гигиенического индекса Грина-Вермильона. Дать характеристику результатов.
34. Определение гигиенического индекса Федорова-Володкиной. Дать характеристику результатов.
35. Проведение пробы Шиллера-Писарева. Дать характеристику результатов.
36. Обучение, коррекция и контроль индивидуальной гигиены полости рта.
37. Определение целостности зубодесневого соединения и измерение глубины пародонтальных карманов.
38. Определение индекса РМА. Дать характеристику результатов.
39. Определение индекса ПИ. Дать характеристику результатов.
40. Определение степени рецессии десны.
41. Определение вида, цвета, консистенции и локализации зубных отложений.
42. Определение гнойного отделяемого из пародонтальных карманов (пальпация, проба с йодиолом).
43. Оценка состояния тканей пародонта по рентгенограмме.
44. Медикаментозная обработка пародонтальных карманов (ирригация). Проведение аппликаций с лекарственными веществ на ткани пародонта.
45. Удаление зубных отложений мануальным и аппаратным способами.
46. Шлифование и полирование корня зуба после удаления зубных отложений.
47. Приготовление и наложение изолирующих и лечебных десневых повязок. Показания, противопоказания.
48. Введение турунды с лекарственным веществом в пародонтальный карман.
49. Местная флюоризация при гиперестезии твердых тканей зуба.
50. Оформление направления на физиотерапевтическое лечение заболеваний пародонта.
51. Определение степени подвижности зуба.

52. Определение степени поражения фуркации.
53. Определение индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта CPITN.
54. Проведение пальпации регионарных лимфатических узлов, мягких тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава, больших слюнных желез.
55. Определение болевой и тактильной чувствительности СОПР, кожных покровов лица.
56. Определение глоточного рефлекса и вкусовой чувствительности.
57. Определение морфологических элементов поражения СОПР.
58. Назначение схемы неспецифического лечения заболеваний СОПР.
59. Местная обработка поражений слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошения, аппликации.
60. Направление на лабораторные исследования (микробиологическое, клиническое, биохимическое) и оценка их результатов.
61. Взятие мазка (соскоба) с СОПР.
62. Проведение лечения заболеваний слизистой оболочки с применением лазеротерапии.
63. Взятие материала для прямого микроскопирования на грибы, фузоспирохеты.
64. Оказать помощь при неотложных соматических патологических состояниях пациента: обморок.
65. Оказать помощь при неотложных соматических патологических состояниях пациента: коллапс.
66. Оказать помощь при неотложных соматических патологических состояниях пациента: шок.
67. Адгезивная техника. Виды адгезивов. Принципы работы с адгезивами 4-6 поколения.
68. Биомодификация (кондиционирование) поверхности корня. Инструменты, медикаменты.
69. Выполните осмотр, пальпацию мягких тканей, костей лицевого скелета, лимфатических узлов, слюнных желез, точек Вайля.

70. Заполните пародонтограмму для пациента с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.
71. Защитные повязки. Средства. Техника наложения.
72. Инструменты для исследования зоны фуркации. Принцип работы.
73. Выберите средства гигиены полости рта при заболеваниях пародонта.
74. Соберите набор инструментов для проведения кюретажа в области боковой группы зубов верхней челюсти.
75. Соберите набор инструментов для проведения кюретажа в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.
76. Продемонстрируйте технику обработки корневого канала ручными протейперами.
77. Проведите инструментальную обработку корневого канала методикой Step back.
78. Проведите инструментальную обработку корневого канала методикой Crown Down.
79. Проведите антисептическую обработку кожных покровов лица и шеи пациента перед стоматологическим вмешательством.
80. Подготовьте фиссуру к герметизации.
81. Офисное отбеливание. Техника. Средства.
82. Определите глубину преддверия полости рта.
83. Обработайте руки перед проведением осмотра пациента.
84. Наложите твёрдую пародонтальную повязку (репин). Особенности фиксации.
85. Наложите полутвёрдую пародонтальную повязку. Особенности фиксации.
86. Наложите пломбу из временных пломбировочных материалов: дентин-паста, водный дентин, парасепт.
87. Наложите мягкую пародонтальную повязку. Лекарственные средства. Особенности фиксации.

88. Люминесцентная диагностика при кариесе зубов.
89. Люминесцентная диагностика при кератозах.
90. Заполните бланк направления биоматериала в патоморфологическое отделение РКБ (фрагменты иссечённой десны больного с гипертрофическим гингивитом, грануляции из пародонтального кармана, содержимое радикулярной кисты).
91. Заполните бланк направления в микробиологическую лабораторию для определения микробной обсеменённости очага поражения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
92. Замешайте СИЦ для изолирующей подкладки.
93. Выполните шлифование и полирование пломбы. Выбор инструментария и средств полирования.
94. Выполните пломбирование корневого канала методом одного штифта.
95. Выполните пломбирование корневого канала временной лечебной пастой.
96. Выписать рецепты на лекарственные препараты.
97. Ввести лекарственные средства под элементы поражения. Обосновать их применение.
98. Шинирование зубов при болезнях пародонта (лигатурное связывание, шины из быстротвердеющей пластмассы и композитов).
99. Ввести в гипертрофированный десневой сосочек лекарственные вещества с целью склерозирования.
100. Провести лечебные манипуляции по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса и его осложнений.

Заведующий кафедрой  
терапевтической

стоматологии



д.м.н., проф. Караков К.Г.