Тестовые задания по теме « Основы пародонтологии »

1. Чем обосновано выделение группы заболеваний пародонта?

1.Единством онтогенического развития, а также общностью функции и развития патологических процессов;

2. Общностью патоморфологических изменений при различных заболеваниях;

3. Особенностями проявлений в различные возрастные периоды;

4. Единством принципов лечения различных заболеваний;

5. Особенностями клинических проявлений заболеваний.

2. Эпителий, покрывающий свободную (маргинальную) часть десны называется:

1. Многослойный плоский неороговевающий;

2.Многослойный плоский ороговевающий;

3. Однослойный цилиндрический;

4. Однослойный плоский;

5. Переходный.

3. Эпителий, покрывающий альвеолярную (прикрепленную) часть десны называется:

1. Переходный;

2. Однослойный плоский;

3. Однослойный кубический;

4. Многослойный плоский ороговевающий;

5.Многослойный плоский неороговевающий.

4. При каком заболевании имеет место преимущественно дистрофическое поражение тканей пародонта:

1. Гингивит;

2. Пародонтит;

3.Пародонтоз;

4. Пародонтома;

5. Идиопатического заболевания пародонта.

5. Какой фактор из перечисленных ниже НАИБОЛЕЕ вероятно способствует развитию заболеваний пародонта?

1. Генетическая предрасположенность;

2. Снижение иммунореактивности;

3. Окклюзионная травма;

4. Алиментарный фактор;

5.Микробный фактор.

6. При каком заболевании пародонта встречается катаральная, язвенная и гипертрофическая формы поражения:

1.Гингивит;

2. Пародонтоз;

3. Пародонтит;

4. Пародонтома;

5. Пародонтолиз.

7. Метод исследования кровоснабжения тканей пародонта (определить интенсивность кровотока, тонуса, эластичности сосудов) называется:

1. Полярография;

2. Эхоостеометрия;

3. Биомикроскопия;

4. Капилляроскопия;

5.Реопародонтография.

8. Метод определения кислородного баланса, как показателя интенсивности окислительновосстановительных процессов пародонта называется:

1. Реопародонтография;

2. Капилляроскопия;

3. Биомикроскопия;

4. Эхоостеометрия;

5.Полярография.

9. Укорочение времени образования гематом при проведении вакуум пробы по Кулаженко указывает на:

1.Повышение проницаемости и снижение эластичности сосудистых стенок пародонта;

2. Нарушение целостности зубодесневого прикрепления;

3. Нарушение кислородного баланса в десне;

4. Отсутствие воспаления в десне;

5. Наличие гликогена в десне.

10. С помощью какой пробы можно обнаружить накопление гликогена в десне?

1. Проба Айнамо;

2. Проба Кулаженко;

3. Проба Ясиновского;

4.Проба Шиллера-Писарева;

5. Проба на целостность эпителия.

11. Какой метод исследования проводят для определения воспаления десен у детей?

1. Определение гигиенического индекса по Грин -Вермильону;

2.Определение индекса РМА;

3. Пробу Шиллера-Писарева;

4. Определение индекса ПИ;

5. Рентгенологический.

12. Время образования гематомы во фронтальном участке зубов в норме при проведении пробы Кулаженко:

1. 70-100 с;

2.50-60 с;

3. 30-40 с;

4. 70-80 с;

5. 10-20 с.

13. Какой из патологических процессов перечисленных ниже НАИБОЛЕЕ характерен для хронического генерализованного пародонтита?

1. Воспалительно-дистрофический процесс тканей пародонта;

2.Воспалительно-деструктивный процесс тканей пародонта;

3. Воспалительный процесс десны;

4. Опухолеподобный процесс;

5. Идиопатический процесс.

14. Иммунологические тесты принимают для:

1. Оценки состояния пародонта у каждого зуба;

2. Оценки функционального состояния сосудов пародонта;

3. Оценки степени активности воспалительного процесса в десне;

4. Оценки тяжести заболевания пародонта, эффективности проводимого лечения;

5.Оценки тяжести и активности процесса в пародонте, прогнозирования заболеваний.

15. По РН слюны, по содержанию лизоцима, активности протеолитических ферментов следует определить:

1. Тяжесть и активность процесса в пародонте, прогнозирование заболеваний;

2.Тяжесть заболевания пародонта, эффективность проводимого лечения;

3. Степень активности воспалительного процесса в десне;

4. Функционального состояние сосудов пародонта;

5. Состояние пародонта у каждого зуба.

16. Индекс ПИ оценивает:

1.Состояние пародонта у каждого зуба;

2. Функциональное состояние сосудов пародонта;

3. Степень активности воспалительного процесса в десне;

4. Тяжесть заболевания пародонта, эффективность проводимого лечения;

5. Степень активности процесса в пародонте, прогнозирование заболеваний.

17. Степень активности воспалительного процесса в десне определяется:

1. Проба на целостность эпителия;

2.Проба Шиллера-Писарева;

3. Проба Ясиновского;

4. Проба Кулаженко;

5. Проба Айнамо.

18. Для определения характера содержимого пародонтального кармана показана проба:

1. Фенолфталеиновая;

2. Амидопириновая;

3. Трипановая синяя;

4. С-витаминная;

5.Бензидиновая.

19. Показателем глубины поражения тканей пародонта является:

1. Наличие пародонтального кармана;

2. Кровоточивость десен;

3.Подвижность зубов;

4. Зубные отложения;

5. Наличие экссудата.

20. К лабораторным методам диагностики болезни пародонта относится:

1. Определение глубиныпародонтального кармана;

2. Проба на целостность эпителия;

3. Проба Федорова-Володкиной;

4. Определение индекса КПУ;

5.Цитологический.

21. С какой целью используется проба Федорова-Володкиной:

1. Для определения целостности эпителия;

2.Для определения состояния гигиены полости рта;

3. Для определения насыщенности организма витамином С;

4. Для определения активности соединительной ткани СОПР;

5. Для определения интенсивности накопления гликогена в воспаленной десне.

22. С целью дифференциальной диагностики воспалительных и деструктивных поражений опорных структур пародонта, определение степени их тяжести используют метод исследования:

1. Реопародонтография;

2.Рентгенологический;

3. Люминесцентный;

4. Серологический;

5. Биохимический.

23. Проба Парма применяется для определения наличия:

1.Гноя в пародонтальных карманах;

2. Распространенностивоспаления;

3. Поддесневого зубного камня;

4. Кровоточивости десен;

5. Скрытого отека.

24. При остром воспалении десна имеет:

1. Бледный цвет;

2. Розовый цвет;

3.Ярко-красный цвет;

4. Синюшный оттенок;

5. Серовато-белый цвет.

25. Отечность, гиперемия, кровоточивость десны, пародонтальный карман явля-ются симптомами:

1. Гингивита;

2. Пародонтоза;

3.Пародонтита;

4. Пародонтомы;

5. Быстропрогрессирующего агрессивного пародонтита.

26. Разрастание десны является симптомом:

1. Язвенного гингивита;

2. Катарального гингивита;

3. Атрофического гингивита;

4.Гипертрофического гингивита;

5. Локализованного пародонтита.

27. Глубина кармана при тяжелой степени пародонтита:

1. 2-3мм;

2. 3-4мм;

3. 4-5мм;

4. 5-6мм;

5.Более 8 мм.

28. Особенностью рентгенологической картины костной ткани при легкой степени пародонтита является:

1.Резорбция компактных пластинок и резорбция межальвеолярных перегородок до 1/3

длины корня;

2. Неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок, остеопороз;

3. Резорбция костной ткани альвеолярного отростка на ½ длины корня;

4. Изменение костной ткани альвеолярного отростка нет;

5. Резорбция компактных пластинок.

29. При легкой степени пародонтита:

1. Карманов нет;

2. Имеются ложные карманы;

3.Имеются карманы глубиной до 2-3мм;

4. Имеются карманы глубиной до 5-7мм;

5. Имеются карманы глубиной более 8мм.

30. Подвижность зубов I-II степени характерна для:

1.Средней степени тяжести пародонтита;

2. Легкой степени тяжести пародонтита;

3. Тяжелой степени пародонтита;

4. Тяжелой степени пародонтоза;

5. Легкой степени пародонтоза.

31. Ребенку 12 лет.Поставлен диагноз гипертрофический гингивит,отечная форма. С какими из перечисленных диагнозов наиболее вероятно проводить дифференциальную диагностику:

1. Хроническийгенерализованный пародонтит, тяжелой степени;

2. Обострение хронического катарального гингивита;

3. Острый катаральный гингивит;

4.Фиброматозом десен;

5. Язвенный гингивит.

32. Ребенку 12 лет. Предъявляет жалобы на боли, чувство распирания в деснах, кровоточивость при чистке зубов, при приеме пищи. В анамнезе: год назад прове-ден курс лечения десен. Объективно: на фоне цианотичной слизистой десны име-ются участки гиперемии и отека, кровоточивость при легком зондировании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На рентгенограмме: в костной ткани деструктивных изменений нет. Поставьте диагноз:

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма;

5.Обострение хронического катарального гингивита.

33. Какой из перечисленных методов гигиены полости рта является НАИБОЛЕЕ приемлемым для эффективного удаления поддесневых зубных отложений?

1.Применения средств для гигиены полости рта;

2. Профессиональной гигиены полости рта;

3. Индивидуальной гигиены полости рта;

4. Контролируемой гигиены полости рта;

5. Гигиенического обучения .

34. Ребенок 7 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов. Беспокоит в течение года. При осмотре: лицо симметричное, дыхание через рот. Среди вредных привычек: сосание предметов. Прикус глубокий травмирую-щий, аномалия положения зубов. Прикрепление уздечек языка игуб на среднем уровне. Десна на всем протяжении гиперемирована, рыхлая. Гигиенические навыки плохие. Зубы чистит с 6 лет, нерегулярно. Практически здорова. Поставьте диагноз:

1. Пародонтоз;

2. Пародонтолиз;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Хронический локализованный пародонтит;

5. Хронический генерализованный пародонтит.

35. У ребенка 13 лет в течении двух месяцев наблюдается увеличение в размерах межзубные сосочки в области 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, отмечается крово-точивость при чистке зубов и приеме пищи. Определите заболевание.

1.Юношеский гипертрофический гингивит;

2. Хронический катаральный гингивит;

3. Острый катаральный гингивит;

4. Локализованный пародонтит;

5. Генерализованный гингивит.

36. Во время профилактического осмотра у ребенка 11 лет врач-стоматолог отме-тил большое количество мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности фронтальной группы зубов, которые не имеют контакта при смыкании. Назовите возможные причины неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта:

1.Нарушение прикуса;

2. Короткая уздечка языка;

3. Нарушение функции глотания;

4. Патология внутренних органов;

5. Мелкое преддверия полости рта.

37. Какая форма гингивита встречается преимущественно у детей школьного воз-раста?

1. Локализованный гипертрофический гингивит;

2. Острый язвенно-некротический гингивит;

3.Хронический катаральный гингивит;

4. Острый катаральный гингивит;

5. Атрофический гингивит.

38. Каковы характерны жалобы при язвенном гингивите?

1.Кровотичовость десны при откусывании и жевании твердой пищи, чистке зубов, неприятные;

ощущения, тяжесть в деснах. Периодические обострения;

2. Утолщение десен и укорочение коронковой части зубов, неприятные ощущения при еде;

3. Кровоточивость десны, подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы;

4. Кровоточивость десен, подвижность, зубов, иногда гноетечение из-под десен;

5. Кровоточивость десны, болезненность, усиливающаяся при жевании.

39. Ребенку 12 лет. Жалуется на периодически возникающуюся кровоточивость десен. При осмотре десна бледно-розового цвета, плотно прилегает к шейкам зу-бов. Год назад лечился у стоматолога. Рентгенологические изменения отсутству-ют. Поставьте диагноз:

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3.Хронический катаральный гингивит;

4. Хронический гипертрофический гингивит;

5. Хроническийгенерализованный пародонтит легкой степени.

40. При каком гингивите отмечают явления интоксикации: повышение температуры тела, головную боль, бессонницу, потерю аппетита, увеличение лимфатических узлов, усиление слюноотделения, изменения в периферической крови:

1. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма;

2. Гипертрофический гингивит, отечная форма;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Атрофический гингивит;

5.Язвенный гингивит.

41. При профилактическом осмотре в школе у ребенка 10 лет выявлено: гиперемия, отек десны в области всех зубов, десневые сосочки рыхлые, кровоточат при дотрагивании. На поверхности зубов обилие зубного налета.

Какие местные лечебные меры из ниже перечисленных НАИБОЛЕЕ целесообразно провести в данном случае?

1. Антисептическую обработку, склерозирующую терапию;

2. Антибактериальную, стимулирующую терапию;

3.Устранение причины, гигиеническое обучение;

4. Инъекции линкомицина;

5. Миогимнастику.

42. У ребенка 12 лет жалобы на боли, кровоточивость десен во время приема пищи. Состоит на диспансерном учете у эндокринолога. Врачом-стоматологом поставлен диагноз гипертрофический гингивит отечная форма, средней степени тяжести.

Что из перечисленного не является приемлемым методом лечения в данном слу-чае?

1. Галаскорбин, отвар листьев крапивы, гепариновая мазь;

2. Удаление зубных отложений, гигиеническое обучение;

3. Аппликация с гепариновой мазью;

4. Лечение у эндокринолога;

5.Гингивоэктомия.

43. Ребенку 12 лет. Поставлен диагноз гипертрофический гингивит отечная форма. Назначьте лечение:

1.Снятие зубных отложений, антисептическая обработка, назначение противовоспалительных, противоотечных препаратов;

2. Обезболивание, витаминотерапия;

3. Аппликации кератопластиками;

4. Электрофорез с витамином А;

5. Массаж десен.

44. В чем суть лечения катарального гингивита?

1. В специальном лечении не нуждается;

2. В устранении травмирующих факторов, антисептическая обработка, склероти-зации;

3. В удалении зубных отложений, грануляций, ликвидации воспалительного про-цесса

в мягких и твердых тканях, проведение мер, направленных на повышение рези-стентности

организма;

4. В устранении травмирующих факторов, склеротизации или при необходимости- иссечение

тканей десны, нормализации функций эндокринных желез;

5.В устранении раздражающих (причинных) факторов, воздействии на микрофлору полости рта, в удалении зубных отложений, назначении противовоспалителных препаратов.

45. Что из перечисленного не относится к оптимальным методам местного лечения язвенного гингивита:

1.УФО, ГНЛ;

2. Аппликационное обезболивание;

3. Устранение раздражающих факторов;

4. Применение кортикостероидной мази, массаж;

5. Применение ферментов, кератопластических средств.

46. Подростку 15 лет. Жалобы на кровоточивость и болезненность десен при чист-ке зубов и при приеме пищи, запах изо рта. Объективно: отек, гиперемия межзуб-ных сосочков, маргинальной части десен, остальные участки десны цианотичны, кровоточивость при легком зондировании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На R-грамме изменений нет. Поставьте диагноз.

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Хронический гипертрофический гингивит;

4.Обострение хронического катарального гингивита;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита.

47. Ребенку 13 лет. Жалобы: на боли при откусывании твердой пищи, кровоточи-вость, на разрастание десны в области 1,3. Из анамнеза выяснено, что разрастание появилось 2 месяца назад. На апроксимальной поверхности 1.3 имеется глубокая кариозная полость, межзубной контакт нарушен. Межзубной сосочек увеличен в размере, гиперемирован, заполнил кариозную полость и достигает режущего края 1.3. На рентгенограмме изменения в костной ткани отсутствуют. Поставьте диа-гноз.

1. Эпилус;

2. Острый локализованный гингивит;

3. Острый генерализованный пародонтит;

4.Хронический локализованный гипертрофический гингивит;

5. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит.

48. Пациену 14 лет жалуется на слабость, повышение температуры тела, резкую боль во рту, запах изо рта, кровоточивость десен. Объективно: в полости рта на фоне отечной, гиперемированной десны выделяются некротизированные участки, покрытые грязно-серым налетом. Пародонтальных карманов нет. Ваш предварительный диагноз.

1. Хронический генерализованный пародонтит;

2. Обострения хронического пародонтита;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Гипертрофический гингивит;

5.Язвенный гингивит.

49. Ребенок 13 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения при приеме пищи, кровоточивость десны при чистке зубов. Беспокоит в течение двух месяцев. Объективно: гиперемия, отек десны, десневые сосочки рыхлые, увеличены в размерах, закрывают коронки зубов на 2/3, кровоточат при дотрагивании. Ваше предположение о диагнозе.

1.Гипертрофический гингивит, отечная форма;

2. Пародонтит, генерализованная форма;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Пародонтит, локализованная форма;

5. Острый катаральный гингивит.

50. В клинику обратился ребенок 12 лет. Поставлен диагноз язвенно-некротический гингивит. Назначьте лечение:

1. Соблюдение гигиены полости рта, полоскание травами;

2.Удаление зубных отложений и некротизированных тканей, подавления патогенной микрофлоры, ликвидация воспаления, проведение мер, способствующих эпителизации;

3. Устранение травмирующих факторов, склеротизация или при необходимости – иссечение тканей, нормализация функций эндокринных желез;

4. Удаление зубных отложений, грануляций, ликвидация воспалительного процесса в мягких и твердых тканях, проведение мер, направленных на повышение резистентности организма;

5. Устранение раздражающих (причинных) факторов и воздействие на микрофлору полости рта.

51. Ребенку 9 лет. При осмотре выставлен диагноз хронический катаральный гингивит, вследствие зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния полости рта. Назначьте лечение:

1. Симптоматическое лечение;

2. Ортодонтическое и симптоматическое лечение;

3. Гигиеническое воспитание и рациональное питание;

4. Симптоматическое лечение и гигиеническое воспитание;

5.Гигиеническое воспитание, симптоматическое и ортодонтическое лечение.

52. В чем суть лечения гипертрофического гингивита?

1. В специальном лечении не нуждается;

2. В удалении зубных отложений, грануляций, ликвидации воспалительного про-цесса в мягких итвердых тканях, проведение мер, направленных на повышение резистентности организма;

3. В устранении раздражающих (причинных) факторов, в воздействии на микро-флору полости

рта;

4.В устранении травмирующих факторов, склеротизации или при необходимости – иссечение тканей десны, нормализации функций эндокринных желез;

5. В удалении зубных отложений и некротизированных тканей, снижение патогенной микрофлоры, ликвидации воспаления, проведении мер, способствующих эпителизации.

53. Ребенку 12 лет. Какой физический метод наиболее целесообразно назначить после снятия зубных отложений и удаления некротических масс.

1. Вибрационный массаж;

2. Дарсонвализация;

3. Вакуум-массаж;

4. Гидромассаж;

5.УФО.

54. Ребенку 12 лет. Диагностирован хронический катаральный гингивит. Имеются обильные зубные отложения. Какой аппарат используется для удаления зубных отложений?

1. Аппарат Кулаженко;

2.Ультрастом;

3. Поток – 1;

4. Галамед;

5. ЭЛОЗ.

55. Ребенку 13 лет. Какому заболеванию пародонта соответствует клиническая картина: жалобы на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов и при приеме пищи, запах изо рта. Из анамнеза: последнее обострение было полгода назад. Объективно: отек, гиперемия межзубных сосочков, маргинальной части де-сен, остальные участки десны цианотичны, кровоточивость при легком зондиро-вании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На R-грамме изменений нет.

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Отечная форма гипертрофического гингивита;

4.Обострение хронического катарального гингивита;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита.

56. В детскую стоматологическую поликлинику направлен на консультацию ребе-нок 11 лет. Жалуется на боли при приеме пищи, кровоточивость десен, плохой ап-петит. Температура тела 37,70С. Ребенок бледный, вялый. При осмотре десна ги-перемирована, отечна в области всех зубов, наблюдается изъязвление десневого края в области жевательных зубов. Вершины десневых сосочков во фронтальном отделе на верхней и нижней челюстей некротизированы. Поверхность зубов по-крыта мягким, сероватым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличе-ны до размеров крупной фасоли. Со слов матери ребенок нерегулярно чистит зу-бы. Несколько дней наблюдались проявления ОРВИ. Поставьте диагноз.

1. Гипертрофический гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Острый герпетический стоматит;

4.Язвенно-некротический гингивит;

5. Обострение хронического катарального гингивита.

57. Ребенок 12 лет жалуется на чувствительность зубов нижней челюсти в области 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 32, 3.3 к термическим раздражителям. При осмотре слизистая оболочка десны в области указанных зубов бледная, обнажены шейки зубов, ретракция десны. Пародонтальных карманов нет. Уздечка нижней губы прикреплена высоко. Поставьте диагноз.

1. Пародонтолиз;

2. Хронический катаральный гингивит;

3.Хронический атрофический гингивит;

4. Хронический локализованный пародонтит;

5. Хронический гипертрофический гингивит.

58. Ребенку 10 лет. Жалуется на боль, зуд десен, кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи. В анамнезе перенесенное острое респираторное заболевание. Подобные симптомы отмечаются впервые. Поставьте диагноз.

1. Язвенный гингивит;

2.Острый катаральный гингивит;

3. Обострение хронического катарального гингивита

4. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма;

5. Гипертрофический гингивит, отечная форма;

59. Ребенку 13 лет поставлен диагноз язвенный гингивит. С какими из перечис-ленных диагнозов наиболее вероятно проводить дифференциальную диагностику:

1. Острый катаральный гингивит;

2. Гипертрофический гингивит, отечная форма;

3. Обострение хронического катарального гингивита;

4.С проявлениями в полости рта болезни крови, лучевой болезни;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

60. С какими из перечисленных диагнозов наиболее вероятно следует дифференцировать острый катаральный гингивит:

1. Обострения хронического генерализованного пародонтита средней степени тя-жести;

2.+Обострения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тя-жести;

3. Гипертрофический гингивит, фиброзной формы;

4. Гипертрофический гингивит, отечной формы;

5. Хронический катаральный гингивит.

61. Какие морфологические изменения характерны для пародонтита?

1. Умеренный отек, очаговая клеточная инфильтрация десневого края, застойная гиперемия сосудов;

2. Утолщение соединительнотканного слоя десны. Выраженное разрастание волокнистой ткани, местами инфильтрированной круглыми клетками;

3. Резкая гиперемия сосудов, воспалительная клеточная инфильтрация десневого края, деструкция с некрозом тканей десневых сосочков;

4.Круговая связка зуба разрушена, периодонт и стенка альвеолы расплавлены, замещены грануляционной тканью;

5. Отек, резкое расширение сосудов, вдоль них скопление лейкоцитов, гистоцитов, нередко эритроцитов.

62. Подростку 15 лет врач поставил диагноз обострение хронического пародонтита средней степени тяжести.

Какой из перечисленных методов лечения является НАИБОЛЕЕ важным?

1.Удаление зубных отложений;

2. Назначение гелий-неонового лазера;

3. Устранение травматической окклюзии;

4. Ликвидации пародонтальных и костных карманов;

5. Устранение воспаления лекарственными средствами.

63. Ребенок 14 лет обратился с жалобами на кровоточивость и зуд десны вокруг верхних зубов справа. При осмотре: десна в области 1.7, 1.6, зубов темно-красного цвета, отечна, из-под десневого края выбухают грануляции, пародонтальные карманы глубиной до 4 мм, обилие под и наддесневого зубного отложения.

Какое местное лечение из перечисленных ниже, НАИБОЛЕЕ целесообразно в данном случае?

1.Удаление зубных отложений, антибактериальная терапия;

2. Склерозирующая терапия, ортодонтическое лечение;

3. Анестезия, кюретажпародонтальных карманов;

4. Аппликации с отварами трав, физиолечение;

5. Антисептическая обработка, массаж десны.

64. Промывание пародонтального кармана осуществляют:

1. Во время скайлирования;

2. С помощью ротовой ванны;

3. При нанесении лечебной повязки;

4. Активным полосканием полости рта;

5.Антисептическим раствором при помощи шприца с затупленной иглой

65. Лечебную пародонтологическую повязку целесообразно применять для:

1. Защиты раневой поверхности от действия факторов полости рта;

2. Изоляции микроорганизмов пародонтального кармана;

3. Изолирования просвета пародонтального кармана;

4. Для очистки пародонтальных карманов;

5.Предотвращения распространения инфекции.

66. У ребенка 11 лет прогнатический прикус. Межзубные сосочки в области 4.1, 4.2, 3.1, 3.2, увеличены в размере, гиперемированы. На рентгенограмме: убыль костной ткани межальвеолярных перегородок только в области нижних резцов. Поставьте диагноз:

1. Язвенный гингивит.

2.Локализованный пародонтит;

3. Генерализованный пародонтит;

4. Хронический катаральный гингивит;

5. Хронический гипертрофический гингивит.

67. Ребенок 9 лет носит ортодонтический аппарат. В результате неправильной конструкции аппарата, в местах прилегания элементов аппарата десна воспалена, нарушена круговая связка зубов в этой области. Зубы подвижны, имеются паро-донтальные карманы глубиной до 3 мм. Поставьте диагноз:

1. Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит;

2. Пародонтит среднетяжелой степени тяжести;

3. Пародонтит тяжелой степени тяжести;

4.Пародонтит легкой степени тяжести;

5. Пародонтоз.

68. Во время плановой санации у ребенка 11 лет обнаружен глубокий прикус, слизистая десны гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании. Имеется пародонтальный карман глубиной 7 мм. Поставьте диагноз:

1. Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит;

2. Пародонтит среднетяжелой степени тяжести;

3.Пародонтит тяжелой степени тяжести;

4. Пародонтит легкой степени тяжести;

5. Пародонтоз.

69. Подростку 15 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, запах изо рта, оголение шеек зубов. Со слов ребенка данные симптомы беспокоят в течение 2-х лет. Объективно: слизистая гиперемирована, отечна особенно в области: 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6. Определяются пародонтальные карманы до 3,5 мм, зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения, оголение шеек зубов. Зубы устойчивы. Рентгенологически: снижение высоты межзубных перегородок до 1/3 длины корня с резорбцией компактной пластинки. Выскажите предположение о диагнозе:

1. Хронический пародонтит генерализованная форма, тяжелый степени тяжести;

2. Хронический пародонтит генерализованная форма, средней степени тяжести;

3.Хронический пародонтит генерализованная форма, легкий степени тяжести;

4. Хронический пародонтит локализованная форма, средней степени тяжести;

5. Хронический пародонтит локализованная форма легкой степени тяжести.

70. Основные признаки пародонтита тяжелой степени тяжести:

1. Подвижность зубов I-II степени, возможность их смещения, глубина пародон-тального кармана

до 5 мм;

2.Подвижность зубов II-III степени, зубы смещены, выраженная травматическая окклюзия,

глубина пародонтального кармана более 7 мм;

3. Зубы устойчивы, значительное обнажение шеек и корней, часто имеются эрозии эмали,

клиновидный дефект, гиперестезия.

4. Отек, гиперемия десны, отсутствие пародонтальных карманов, подвижность зу-бов;

5. Зубы неподвижные, нет их смещения, глубина пародонтального кармана до 3 мм.

71. Особенностью рентгенологической картины костной ткани пародонтита легкой тяжести является:

1.Отсутствие компактной пластинки на вершине и боковых отделах перегородки, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, резорбция межальвеолярных пере-городок до 1/3 их высоты;

2. Убыль костной ткани межальвеолярных перегородок на 2/3 их высоты;

3. Снижение межальвеолярных перегородок на 1/2 их высоты;

4. Резорбция межальвеолярныхперегородок на 1/3 их высоты;

5. Изменений костной ткани альвеолярного отростка нет.

72. Особенностью рентгенологической картины костной ткани пародонтита сред-ней степени тяжести является:

1. Отсутствие компактной пластинки на вершине и боковых отделах перегородки, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, резорбция межальвеолярных пере-городок до 1/3 их высоты;

2. Убыль костной ткани межальвеолярных перегородок на 2/3 их высоты;

3. Снижение межальвеолярных перегородок на 1/2 их высоты;

4.Резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 их высоты;

5. Изменений костной ткани альвеолярного отростка нет.

73. Особенностью рентгенологической картины костной ткани пародонтита тяже-лой степени тяжести является:

1. Отсутствие компактной пластинки на вершине и боковых отделах перегородки, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, резорбция межальвеолярных перегородок до 1/3 их высоты;

2. Убыль костной ткани межальвеолярных перегородок на 2/3 их высоты;

3.Снижение межальвеолярных перегородок на 1/2 их высоты;

4. Резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 их высоты;

5. Изменений костной ткани альвеолярного отростка нет.

74. У подростка с хроническим генерализованным пародонтитом для уточнения диагноза целесообразно изучение результатов:

1.Рентгенографии;

2. Общего анализа крови;

3. Гигиенического индекса;

5. Цитологического исследования;

4. Бактериологического исследования.

75. Какой из перечисленных симптомов является НАИБОЛЕЕ объективным кли-ническим признаком пародонтита?

1. Гиперемия десен;

2. Гипертрофия десен;

3. Кровоточивость десен;

4.Пародонтальный карман;

5. Неприятный запах изо рта.

76. Подростку 15 лет. Жалобы на кровоточивость и болезненность десен при чист-ке зубов и при приеме пищи, запах изо рта. Объективно: отек, гиперемия межзуб-ных сосочков, маргинальной части десен, остальные участки десны цианотичны, кровоточивость при легком зондировании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На R-грамме изменений нет. Поставьте диагноз.

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Хронический гипертрофический гингивит;

4.Обострение хронического катарального гингивита;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита.

77. Ребенку 13 лет. Жалобы: на боли при откусывании твердой пищи, кровоточи-вость, на разрастание десны в области 1,3. Из анамнеза выяснено, что разрастание появилось 2 месяца назад. На апроксимальной поверхности 1.3 имеется глубокая кариозная полость, межзубной контакт нарушен. Межзубной сосочек увеличен в размере, гиперемирован, заполнил кариозную полость и достигает режущего края 1.3. На рентгенограмме изменения в костной ткани отсутствуют. Поставьте диа-гноз.

1. Эпилус;

2. Острый локализованный гингивит;

3. Острый генерализованный пародонтит;

4.Хронический локализованный гипертрофический гингивит;

5. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит.

78. Пациенту 14 лет жалуется на слабость, повышение температуры тела, резкую боль во рту, запах изо рта, кровоточивость десен. Объективно: в полости рта на фоне отечной, гиперемированной десны выделяются некротизированные участки, покрытые грязно-серым налетом. Пародонтальных карманов нет. Ваш предвари-тельный диагноз.

1. Хронический генерализованный пародонтит;

2. Обострения хронического пародонтита;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Гипертрофический гингивит;

5.Язвенный гингивит.

79. Ребенок 13 лет обратился с жалобами на неприятные ощущения при приеме пищи, кровоточивость десны при чистке зубов. Беспокоит в течение двух месяцев. Объективно: гиперемия, отек десны, десневые сосочки рыхлые, увеличены в размерах, кровоточат при дотрагивании. Ваше предположение о диагнозе.

1.Гипертрофический гингивит, отечная форма;

2. Пародонтит, генерализованная форма;

3. Хронический катаральный гингивит;

4. Пародонтит, локализованная форма;

5. Острый катаральный гингивит.

80. В клинику обратился ребенок 12 лет. Поставлен диагноз язвенно-некротический гингивит. Назначьте лечение:

1. Соблюдение гигиены полости рта, полоскание травами;

2.Удаление зубных отложений и некротизированных тканей, подавления патогенной микрофлоры, ликвидация воспаления, проведение мер, способствующих эпители-зации;

3. Устранение травмирующих факторов, склеротизация или при необходимости иссечение тканей, нормализация функций эндокринных желез;

4. Удаление зубных отложений, грануляций, ликвидация воспалительного процесса в мягких и твердых тканях, проведение мер, направленных на повышение резистентности организма;

5. Устранение раздражающих (причинных) факторов и воздействие на микрофлору полости рта.

81. Ребенку 9 лет. При осмотре выставлен диагноз хронический катаральный гингивит, вследствие зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния поло-сти рта. Назначьте лечение:

1. Симптоматическое лечение;

2. Ортодонтическое и симптоматическое лечение;

3. Гигиеническое воспитание и рациональное питание;

4. Симптоматическое лечение и гигиеническое воспитание;

5.Гигиеническое воспитание, симптоматическое и ортодонтическое лечение.

82. В чем суть лечения гипертрофического гингивита?

1. В специальном лечении не нуждается;

2. В удалении зубных отложений, грануляций, ликвидации воспалительного процесса в мягких и твердых тканях, проведение мер, направленных на повышение резистентности организма;

3. В устранении раздражающих (причинных) факторов, в воздействии на микрофлору полости рта;

4.В устранении травмирующих факторов, склеротизации или при необходимости – иссечение тканей десны, нормализации функций эндокринных желез;

5. В удалении зубных отложений и некротизированных тканей, снижение патогенной микрофлоры, ликвидации воспаления, проведении мер, способствующих эпителизации.

83. Ребенку 12 лет. Какой физический метод наиболее целесообразно назначить после снятия зубных отложений и удаления некротических масс.

1. Вибрационный массаж;

2. Дарсонвализация;

3. Вакуум-массаж;

4. Гидромассаж;

5.УФО.

84. Ребенку 12 лет. Диагностирован хронический катаральный гингивит. Имеются обильные зубные отложения. Какой аппарат используется для удаления зубных отложений?

1. Аппарат Кулаженко;

2.Ультрастом;

3. Поток – 1;

4. Галамед;

5. ЭЛОЗ.

85. Ребенку 13 лет. Какому заболеванию пародонта соответствует клиническая картина: жалобы на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов и при приеме пищи, запах изо рта. Объективно: отек, гиперемия межзубных сосочков, маргинальной части десен, остальные участки десны цианотичны, кровоточивость при легком зондировании. Пародонтальные карманы отсутствуют. На R-грамме изменений нет.

1. Язвенный гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Отечная форма гипертрофического гингивита;

4.Обострение хронического катарального гингивита;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита.

86. В детскую стоматологическую поликлинику направлен на консультацию ребенок 11 лет. Жалуется на боли при приеме пищи, кровоточивость десен, плохой аппетит. Температура тела 37,70С. Ребенок бледный, вялый. При осмотре десна ги-перемирована, отечна в области всех зубов, наблюдается изъязвление десневого края в области жевательных зубов. Вершины десневых сосочков во фронтальном отделе на верхней и нижней челюстейнекротизированы. Поверхность зубов покрыта мягким, сероватым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до размеров крупной фасоли. Со слов матери ребенок нерегулярно чистит зубы. Несколько дней наблюдались проявления ОРВИ. Поставьте диагноз.

1. Гипертрофический гингивит;

2. Острый катаральный гингивит;

3. Острый герпетический стоматит;

4.Язвенно-некротический гингивит;

5. Обострение хронического катарального гингивита.

87. Ребенок 12 лет жалуется на чувствительность зубов нижней челюсти в области 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 32, 3.3 к термическим раздражителям. При осмотре слизистая оболочка десны в области указанных зубов бледная, обнажены шейки зубов, ретракция десны. Уздечка нижней губы прикреплена высоко. Поставьте диагноз.

1. Пародонтолиз;

2. Хронический катаральный гингивит;

3.Хронический атрофический гингивит;

4. Хронический локализованный пародонтит;

5. Хронический гипертрофический гингивит.

88. Ребенку 10 лет. Жалуется на боль, зуд десен, кровоточивость при чистке зубов и приеме пищи. В анамнезе перенесенное острое респираторное заболевание. По-добные симптомы отмечаются впервые. Поставьте диагноз.

1. Язвенный гингивит;

2.Острый катаральный гингивит;

3. Обострение хронического катарального гингивита

4. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма;

5. Гипертрофический гингивит, отечная форма;

89. Ребенку 13 лет поставлен диагноз язвенный гингивит. С какими из перечис-ленных диагнозов наиболее вероятно проводить дифференциальную диагностику:

1. Острый катаральный гингивит;

2. Гипертрофический гингивит, отечная форма;

3. Обострение хронического катарального гингивита;

4.С проявлениями в полости рта болезни крови, лучевой болезни;

5. Обострения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

90. С какими из перечисленных диагнозов наиболее вероятно следует дифферен-цировать острый катаральный гингивит:

1. Обострения хронического генерализованного пародонтита средней степени тя-жести;

2.Обострения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тя-жести;

3. Гипертрофический гингивит, фиброзной формы;

4. Гипертрофический гингивит, отечной формы;

5. Хронический катаральный гингивит.

91. Антибактериальные препараты и антибиотики применяют местно для:

1. Усиление генерации активных форм кислорода и азота;

2. Восстановление баланса перекисного окисления липидов; 3. Повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови;

4. Угнетение синтеза простагландинов и стабилизации клеточных мембран;

5.Бактерицидного и бактериостатического воздействие на пародонтопатогены.

92. Укажите лекарственной препарат, обладающий бактерицидным действием и нарушающий синтез ДНК у микроорганизмов:

1.0,05% раствор хлоргексидина;

2. 10% раствор йодистого калия;

3. 0,5% раствор хлорамина;

4. 1% раствор диоксидина;

5. 70% раствор спирта.

93. Какие из нижеперечисленных микроорганизмов являются ведущими в возник-новении агрессивных форм пародонтита:

1.Actinobarilles actinomycetemcomitans,Porphyromanasgindivalis,Prevotelaintermedia;

2. Streptococcus mitis, Streptococcus cremosus, Lactobacillus acidophilus;

3. Fusobacteriumnucleatum,Treponemadenticole,Bacteroidesforsitus;

4. Streptococcus mutans, Mycobacterium, Streptococcus lactis;

5. Candida albicans, Herpes simplе.Streptococcus sanguis.

94. Изолирующую пародонтологическую повязку целесообразно применять для:

1. Подготовка к физиотерапии;

2. Защиты послеперационной раны после ПХО;

3.Предотвращения распространения инфекции;

4. Прекращение оттока экссудата из пародонтального кармана;

5. Изоляция микроорганизмов пародонтального кармана.

95. Стероидные противовоспалительные препараты для лечения заболеваний пародонта применяют:

1.Местно;

2. Системно;

3. В виде орошений;

4. Для приготовления повязок;

5. В виде инъекций в переходную складку.

96. Определите метод исследования, при котором материалы берут из пародон-тального кармана с помощью стерильной корневой иглы на турунде, фиксируют, окрашивают мазок, изучают под микроскопом:

1. Биопсия;

2. Цитологический;

3. Биомикроскопия;

4. Морфологический;

5.Бактериологический.

97. Наличие каких из перечисленных симптомов не является основным показанием к системной антибиотикотерапии в пародонтологии?

1. Выраженная интоксикация;

2. Множественное абсцедирование;

3.Над- и поддесневые зубные отложения;

4. Гноетечение из пародонтальных карманов;

5. Быстропрогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка.

98. Какой физический метод лечения используются для ликвидации боли при лечении пародонтитов в стадии обострения и абсцедирования:

1. Микроволновая терапия;

2. Токи Дарсонваля;

3. УФО;

4. ГНЛ;

5.УВЧ.

99. Для какого заболевания пародонта характерно воспаление тканей пародонта, сопровождающееся образованием костных и пародонтальных карманов, неравномерная резорбция межзубных перегородок на 2/3 их высоты, подвижность зубов II-III степенью и их смещением, выраженной травматической артикуляцией. Из-менения произошли за последние 2 года:

1. Хронический генерализованный пародонтоз тяжелой степени;

2. Хроническийгенерализованный пародонтит тяжелой степени;

3. Хроническийгенерализованный пародонтит средней степени;

4. Хроническийгенерализованный пародонтит легкой степени;

5.Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит.

100. Какой метод исследования проводят для определения степени тяжести воспа-ления десны у детей:

1. Определение гигиенического индекса по Грин-Вермильону;

2. Пробу на целостность эпителия;

3.Определение индекса РМА;

4. Пробу Шиллера-Писарева;

5. Рентгенологический.

101. К стоматологу обратился ребенок 14 лет с жалобами на боли при приеме пи-щи, на неприятный запах изо рта. При объективном осмотре определяется скучен-ность зубов 4.2, 4.1, зубам, имеются 3.1, 3.2. Слизистая десневого края бледная, отечная, неплотно прилежит к десне, имеются над и поддесневые зубные отложе-ния. У 4.7, 4.6, 3.6, 3.7 пародонтальные карманы глубиной 5-6мм, заполненные грануляциями, 4.7, 4.6, 3.6, 3.7 подвижны II-III степени. Какой метод исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза:

1. Микробиологический;

2.Рентгенологический;

3. Иммунологический;

4. Цитологический;

5. Эхоостеометрию.

102. К функциональным методам исследования пародонта относятся:

1. Микробиологической;

2. Иммунологической;

3. Цитологический;

4. Биохимический;

5.Полярография.

103. К лабораторным методам исследования пародонта относятся:

1.Микробиологический;

2. Реопародонтография;

3. Капиляроскопия;

4. Эхоостеометрия;

5. Полярография.

104. С целью подавления агрессивной микрофлоры в пародонтальных карманах применяется:

1.Метрогил;

2. 1% риванол;

3. 5% димексид;

4. Этакридинлактат;

5. Раствор перманганата калия.

105. При каком методе физиолечения используются оптические квантовые генера-торы, обладающие противовоспалительным, стимулирующим и анальгезирующим действием:

1. Микроволновая терапия;

2. Токи Дарсонваля;

3.ИГНЛ;

4. УФО;

5. УВЧ.

106. Основным этиологическим фактором для развития быстропрогрессирующего агрессивного пародонтита у детей является:

1. Травма;

2.Микробы;

3. Вредные привычки;

4. Сенсибилизация организма;

5. Нарушение водно-минерального обмена.

107. Местное медикаментозное противовоспалительное лечение проводят:

1. До удаления зубных отложений;

2.После удаления зубных отложений;

3. На этапе поддерживающей терапии;

4. Вне зависимости от удаления зубных отложений;

5. После достижения высокого уровня гигиены полости рта.

108. Местные антисептики используют для:

1. Стимуляция бактерицидной активности полиморфноядерных лейкоцитов;

2.Снижение агрессивного действия микроорганизмов;

3. Повышения проницаемости сосудистой стенки;

4. Снижение количества сывороточных антител;

5. Воздействия на местный иммунитет.

109. При обследовании ребенка 14 лет поставлен диагноз быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит у детей. С помощью какого метода можно определить наличие воспаления?

1. Определение степени кровоточивости десен;

2. Определение ГИ по Грин-Вермильону;

3.Пробы Шиллера-Писарева;

4. Микробиологического;

5. Рентгенологического.

110. Ребенку 14 лет. Явился на консультацию. При осмотре: гиперемия, отек дес-ны, подвижность зубов. Из пародонтальных и костных карманов выбухает грану-ляционная ткань. На рентгенограмме: неравномерная деструкция костной ткани альвеолярного отростка, глубоко распространяется вдоль корней зубов. Измене-ния произошли за последние 2 года. Поставьте диагноз:

1. Обострения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени тя-жести;

2. Обострения хронического генерализованного пародонтита средней степени тя-жести;

3. Обострения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести;

4.Агрессивная форма генерализованного пародонтита;

5. Агрессивная форма локализованного пародонтита.

111. На консультацию к стоматологу обратился подросток 15 лет с жалобами на подвижность зубов. При осмотре: глубокие костные карманы между центральными и боковыми резцами верхней челюсти, из карманов выбухает грануляционная ткань. Поставьте диагноз:

1. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести;

2. Генерализованый пародонтит средней степени тяжести;

3. Генерализованый пародонтит легкой степени тяжести;

4.Агрессивная форма локализованного пародонтита;

5. Агресивная форма генерализованная пародонтита.

112. Ребенку 14 лет направлен на консультацию по поводу подвижности зубов и кровоточивости десен. В полости рта: гиперемия и отек десны, зубы подвижны, глубокие пародонтальные карманы. На рентгенограмме убыль костной ткани ме-жальвеолярных перегородок более 2/3 длины корней зубов. На фоне какого заболевания из перечисленных ниже наиболее вероятно развитие подобных изменений в полости рта:

1. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести;

2. Генерализованный пародонтит средней степени тяжести;

3. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести;

5.Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит;

4. Пародонтоз.

113. Основные клинические признаки быстро прогрессирующего агрессивного па-родонтита у детей:

1. Кровоточивость десен, подвижность зубов, гноетечение из пародонтальных карманов;

2. Подвижность зубов, болезненность и кровоточивость десен;

3. Отсутствие пародонтальных карманов, изменения десны;

4.Подвижность зубов, гноетечение из глубоких пародонтальных карманов, глу-бокая костная деструкция;

5. Обнажения шеек зубов, повышенная чувствительность, отсутствие воспаление десны, отсутствие подвижности зубов.

114. При каком исследованиив содержимом пародонтального кармана выявлено уменьшение количества неподвижных и увеличение количества подвижных палочек и извитых форм факультативных микроорганизмов:

3.Микробиологическом;

1. Бактериологическом;

2. Иммунологическом;

4. Серологическом;

5. Цитологическом.

115. С какими из перечисленных ниже диагнозов наиболее вероятно следует диф-ференцировать быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит:

1. Язвенно-некротический гингивит Венсана;

2. Обострения хронического локализованного пародонтита;

3. Обострение хронического генерализованного пародонтита легкий степени;

4. Обострение хронического генерализованногопародонтита средней степени тя-жести;

5.Обострение хронического генерализованного пародонтита тяжелый степени тяжести.

116. К стоматологу обратился ребенок 13 лет с жалобами на кроточивость десен, подвижность зубов. При осмотре определяется скученность зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Слизистая гиперемирована, отечна, имеются над-поддесневые зубные отложе-ния,глубина пародонтального кармана 5 мм, из пародонтальных карманов выбухает грануляционная ткань. Какой метод исследования необходимо провести:

1. Определение степени кровоточивости десен;

2. Определение интенсивности кариеса;

3.Рентгенологический;

4. Цитологический;

5. Серологический.

117. Ребенку 15 лет. Поставлен диагноз быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит. Определите план местного лечения:

1. Санация полости рта, рациональное питание;

2. Временное шинирование, гигиена полости рта;

3. Активная медикаментозная терапия, УФО и ГНЛ;

4.Симптоматическое лечение, ликвидация пародонтальных карманов, рекомендации по уходу заполостью рта, диспансерное наблюдение;

5. Антисептическая обработка, противовоспалительные препараты, рекомендации по уходу за полостью рта, ГНЛ.

118. Для какого заболевания пародонта характерны следующие симптомы: генера-лизованное поражение, течение заболевания волнообразное, с периодами частых обострений (чаще 1 раз в 3 месяца) и коротких ремиссий. В период обострения выраженное воспаление, подвижность зубов, отечность, активное гноетечение. На стадии ремиссии отсутствуют выраженные признаки воспаления: десневой край плотный, нет кровоточивости десенпри зондовой пробе и экссудации из пародонтальных карманов, уменьшается подвижность зубов:

1. Пародонтоз;

2.Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит.

3. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести;

4. Генерализованый пародонтит средней степени тяжести;

5. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.

119. Ребенку 14 лет. Жалуется на боли при приеме пищи, подвижность зубов, неприятный запах изо рта. При осмотре слизистая десневого края бледная, отечная, рыхлая, неплотно прилежит к зубам. У 4.7, 4.6, 3.6, 3.7 имеются пародонтальные карманы глубиной 6 мм, заполненные грануляционный тканью, 4.7, 4.6, 3.6, 3.7. имеют подвижность III степени, остальные-IIстепени. Имеется на зубах мягкий зубной налет. Поставьте диагноз:

1. Пародонтоз;

2.Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит;

3. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести;

4. Генерализованый пародонтит средней степени тяжести;

5. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.

120. Жалобы на боль в десне и затрудненное пережевывание пищи, неприятный запах изо рта. Результаты обследования: ГИ=2,3 проба Шиллера-Писарева:интенсивное окрашивания. Подвижность зубов III степени, из пародон-тальных карманов грануляционная ткань. Поставьте диагноз:

1. Пародонтоз;

2.Быстропрогрессирующий агрессивный пародонтит;

3. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести;

4. Генерализованный пародонтит средней степени тяжести;

5. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести

5 тема:

121. О какой челюстно-лицевой деформации свидетельствует положительный симптом «наперстка»?

1.Открытый прикус;

2. Поворот зуба по оси;

3. Перекрестный прикус;

4. Небноеположениеверхних центральных резцов;

5. Вестибулярное положение верхних центральных резцов.

122. Какие из ниже перечисленных патологических процессов зубо-чеюстной си-стемы могут быть генетически обусловленными?

1. Хронический остеомиелит челюстей;

2. Хронический гингивостоматит;

3. Хронический лимфаденит;

4.Патология прикуса;

5. Острый гингивит.

123. Назовите причины развития хронического генерализованного катарального гингивита?

1. Травма слизистой нависающими пломбами;

2. Укорочение уздечка губ, языка;

3. Идиопатические заболевания;

4.Эндокринные заболевания;

5. Нарушение окклюзии.

124. Назовите местные факторы риска заболеваний пародонта у детей:

1.Скученность зубов и их аномалийное положение;

2. Заболевание желудочно-кишечного тракта;

3. Идиопатические заболевания;

4. Эндокринные заболевания;

5. Гиповитаминоз С.

125. У ребенка 10 лет при осмотре обнаружено в области нижних резцов оголение шеек. Расстояние от десневого края 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, зубов до переходной складки 3мм. На что указывает подобная клиническая картина?

1. Мелкое преддверие;

2. Катаральный гингивит;

3. Прогнатический прикус;

4. Низкое прикрепление уздечки нижней губы;

5.Атрофический гингивит, мелкое преддверие полости рта.

126. К местным факторам риска развития воспалительно-деструктивных заболева-ний пародонта относится:

1. Эндокринные заболевания;

2. Нервно-соматические заболевания;

3. Снижение реактивности организма;

4. Заболевания желудочно-кишечного тракта;

5.Аномалии прикрепления уздечек и мелкое предвериеполости рта.

127. К общим факторам риска развития воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта относятся:

1. Механическое повреждение десны;

2. Деформации зубов и челюстей;

3.Гиповитаминоз С, В, А;

4. Зубные отложения;

5. Аномалии зубов.

128. Среди зубных отложений наиболее значимым для развития заболеваний пародонта является:

1. Мягкий зубной налет;

2. Пищевые остатки;

3.Зубная бляшка;

4. Налет курильщика.

129. К мерам первичной профилактики относится:

1. Предупреждение перехода заболеваний пародонта в более тяжелую форму и стадию;

2. Качественный гигиенический уход за полостью рта с применением контрольных чисток;

3.Привитие гигиенических навыков по уходу за полостью рта;

4. Восстановление функции жевательного аппарата;

5. Исключение травматических факторов.

130. К мерам вторичной профилактики относится:

1. Регулярная санация полости рта;

2. Избирательноепришлифование зубов;

3. Разновидное вскармливание ребенка и питание в последующем;

4. Тренировка жевательного аппарата с целью обеспечения условий нормального формирования пародонта;

5.Качественный гигиенический уход за полостью рта с проведением контрольных чисток.

131. К мерам третичной профилактики относится:

1. Ранее ортопедическое лечение;

2. Регулярная санация полости рта;

3. Исключение травматических факторов;

4. Полноценное и своевременное ортопедическое лечение;

5.Предупреждение обострений заболеваний пародонта в их течении, снижение временной нетрудоспособности.

132. Какой возрастной период является наиболее эффективным для профилактики заболеваний пародонта, связанных с аномалиями прикуса?

1. От 0 до 1 года;

2.Период от 3 до 10 лет;

3. Период от 10 до 15 лет;

4. Антенатальный период;

5. Период от 1 года до 3 лет.

133. Все перечисленные ниже мероприятия являются обязательными в профилак-тике заболеваний пародонта у детей КРОМЕ:

1. Выявления и коррекции аномалийного прикрепления уздечек;

2. Диспансеризации детей с системными заболеваниями;

3. Гигиенического обучения по уходу за полостью рта;

4. Профилактики аномалий прикуса;

5.Физиотерапевтических процедур.

134. При профилактическом осмотре выявлено большое количество мягкого налета на вестибулярной поверхности фронтальной группы зубов, которые не имеют контакта при смыкании. Десна в области этих зубов отечна, рыхлая, кровоточит.

Какая причина, из перечисленных ниже, НАИБОЛЕЕ вероятно привела к разви-тию данной патологии?

1. Соматические заболевания;

2. Тесное положение зубов;

3. Смена молочных зубов;

4.Нарушение прикуса;

5. Мелкое преддверие.

135. Дефлокулянты и ингибиторы кристаллизации это:

1. Поверхностно- активные вещества;

2. Вещество с антимикробным и бактериальным действием;

3.Вещества, препятствующие образованию зубного камня;

4. Биологически активные вещества, препятствующие образованию налета;

5. Биологически активные вещества, способствующие растворению налета.

136. В какие сроки начинается формироваться функция жевания:

1. Во внутриутробном периоде;

2. На первых 3 месяца жизни;

3. Первое полугодие жизни;

4.После 7-8 мес;

5. В 1,5-2 года.

137. Ребенок 12 лет обратился в детскую стоматологическую поликлинику с жа-лобами на отсутствие верхнего постоянного резца. Врачом стоматологом назначе-но рентгенологическое исследование. Назовите возможные причины:

1. Воспалительное заболевание челюстно-лицевой области;

2. Воспалительные процессы пародонта;

3.Сверхкомплектные зубы, ретенция;

4. Патология пародонта;

5. Вредные привычки.

138. Дыхание через рот ребенка приводит к:

1. Перекрестному прикусу;

2. Повороту зуба по оси;

3.Открытому прикусу;

4. Глубокому прикусу;

5. Адентии.

139. Ребенку 14 лет. Отмечает кровоточивость десен при чистке зубов. При осмотре полости рта явление гингивита, скученность фронтальных зубов. Каковы ваши рекомендации:

1.Консультация и лечение у ортодонта, использование противоспалительных зубных

паст, соблюдение правил гигиены полости рта;

2. Полоскание полости рта растворами перманганата калия;

3. Провести профессиональную гигиену полости рта;

4. Консультация педиатра;

5. Лечение кариеса зубов.

140. Положение языка у ребенка до 3-х мес. возраста в норме:

1. Между зубами;

2. Припаян к небу;

3.За зубными валиками;

4. Припаян ко дну полости рта;

5. За альвеолярным отростком верхней челюсти.

141. В составе лечебно-профилактических зубных паст, используемых для преду-преждения патологии пародонта необходимы следующие компоненты:

1. Диоксидин;

2. Натрия фторид;

3. Монофторфосфат;

4. Гидрокарбонат натрия;

5.Экстракты и настои ромашки, зверобоя.

211. Десневая борозда - это:

1. граница между десной и цементом

2. пространство между зубом и периодонтом

3. пространство между зубом и десной

4. граница между десной и периодонтом

212. Атрофией десны называется:

1. потеря способности к регенерации

2. потеря эластичности

3. убыль ее без образования кармана

4. отсутствие регенеративных способностей

213. Альвеолярный гребень находится около:

1. эмалево-цементной границы

2. эмалево-дентинного соединения

3. цементно-периодонтального соединения

4. эмалево-десневого соединения

214. В состав пародонта входят:

1. дентин, цемент, десна

2. цемент, периодонт, десна

3. кость, дентин, периодонт

4. кость, дентин, эмаль, цемент

215. Барьерная функция десны возможна, благодаря:

1. всасывательной способности

2. наличию волокон

3. способности к ороговению

4. способности к реминерализации

216. С возрастом в пародонте происходит:

1. усиление активности ферментов

2. увеличение периодонтальной щели

3. увеличение объема цемента

4. усиление кровообращения

217. Рентгеноконтрастные ткани - это:

1.зубные камни, периодонт, эмаль

2.цемент, кость, зубные камни

3.дентин, десна, цемент

4.цемент, кость, пульпа

218. Индикатором гноя в кармане служат:

1.бензидин

2.формалин

3.глюкоза

4.резорцин

219. Состояние десны определяется с помощью:

1.пробы Шиллера-Писарева

2.рентгенодиагностики

3.термодиагностики

4.электроодонтометрии

220. Этиологические факторы пародонтоза - это:

1.атеросклероз, неврастения

2.авитаминоз аскорбиновой кислоты

3.зубной камень, гормональные сдвиги

4.болезни желудка и кишечника

221. При вакуум-диагностике определяется:

1.степень поражения кости

2.ломкость сосудов десны

3.степень деструкции периодонта

4.степень гиперцементоза

222. Причины воспаления пародонта - это:

1.гипосаливация

2.ушиб зуба

3.зубной налет

4.недостаточность кровообращения

223. Индекс КПИ позволяет количественно определять состояние:

1.десны и периодонта

2.всех тканей пародонта

3.периодонта

4.десны

224. В основу деления пародонтита на степени положены:

1.консистенция десны

2.степень воспаления десны

3.степень резорбции кости

4.разрушение периодонта

225. При пародонтозе первоначально поражается:

1.маргинальный периодонт

2.круговая связка

3.десна

4.альвеолярная кость

226. Подвижность зубов при пародонтите зависит от:

1.околоверхушечного воспаления

2.атрофии десны

3.деструкции лунки и периодонта

4.атрофии кости

227. Кровоточивость при остром катаральном гингивите:

1.упорная

2.невыраженная

3.спонтанная

4.умеренная

228. Суть лечения некротического гингивита заключается в:

1.склерозирующей терапии

2.назначении кератолитиков

3.подавлении микрофлоры

4.удалении зубного налета

229. К противоотечным средствам относятся:

1.кароталин, гепарин

2.гепарин, преднизолон

3.преднизолон, кароталин

4.кароталин, актовегин

230. Глубокие карманы устраняются посредством операции:

1.реплантации

2.гингивэктомии

3.гемисекции

4.кюретажа

231. Для профилактики болезней пародонта проводится:

1.улучшение трофики тканей

2.коррекция гормонального фона

3.назначение препаратов кальция

4.обтурация каналов

232. Гипертрофический гингивит лечится с использованием:

1.некролитических средств

2.электрокоагуляции

3.кератопластиков

4.кератолитиков

233. Фитопрепараты-гемостатики - это:

1.подорожник, шалфей

2.календула, эвкалипт

3.крапива, тысячелистник

4.ромашка, зверобой

234. Суть лечения пародонтита заключается в:

1.устранении местного воспаления

2.удалении нежизнеспособных тканей

3.стабилизации дистрофических процессов

4.стимуляции процессов заживления

235. Алоэ при пародонтопатии назначается в виде:

1.раствора перорально

2.раствора для местных инъекций

3.таблеток, порошка

4.внутривенных инъекций

236. При обострениях в пародонте показаны:

1.электрофорез, токи ДДТ

2.УФО, лазер

3.УЗИ, УФО

4.лазер, УЗИ

237. Аутомассаж десен применяется при:

1.гипертрофическом гингивите

2.язвенном гингивите

3.катаральном гингивите

4.юношеском гингивите

238. Для контроля за лечением в пародонтологии используется:

1.индекс Федорова-Володкиной

2.термодиагностика

3.рентгенодиагностика

4.индекс Грина-Вермильона

239. Оптимальные способы введения медикаментов в десну - это:

1.электрофорез, повязки, кюретаж

2.инъекции, орошения, вакуум, терапия

3.электрофорез, аппликации, повязки

4.повязки, УФО, инъекции

240. Временное шинирование применяется при:

1.пародонтозе

2.пародонтите легкой степени

3.обострении хронического пародонтита

4.маргинальном периодонтите

241. Пародонтальные повязки используются после:

1.удаления зубов

2.кюретажа

3.депульпации зубов

4.избирательного пришлифовывания

242. Депульпация зубов способствует:

1.усилению кровоточивости десен

2.снижению подвижности зуба

3.расшатыванию зуба

4.ускорению налетообразования

243. При хроническом пародонтите легкой степени тяжести зубы:

1.патологически подвижны во всех отделах

2.как правило, хорошо фиксированы

3.иногда подвижны, возможно их смещение

4.достаточно подвижны во фронтальном отделе

244. Массаж при болезнях пародонта назначается с целью:

1.устранения грануляций в карманах

2.нормализации тонуса сосудов и трофической функции

3.активизации электролитного обмена и введения лекарств

4.склерозирования тканей

245. При пародонтозе можно использовать:

1.электрофорез, вакуум. лечение

2.вибромассаж, криолечение

3.УФО, бальнеолечение

4.диатермокоагуляцию

246. K склерозирующим средствам для консервативного лечения карманов относятся:

1.хлоргексидин, сульфален

2.биомицин, 75° спирт, резорцин

3.10% хлористый кальций, новэмбихин

4.фурацилин, резорцин

247. Криолечение показано при:

1.язвенном гингивите

2.пародонтозе

3.паииллите

4.пародонтолизе

248. Первым этапом кюретажа пародонтальных карманов является:

1.аппликационное обезболивание

2.ирригация полости рта антисептиком

3.отслойка стенки кармана гладилкой

4.выскабливание экскаватором

249. При болезнях пародонта удаление зубов показано в случае:

1.хронического верхушечного периодонтита

2.подвижности II степени

3.значительной резорбции альвеолы

4.гноетечения из кармана

250. Лоскутная операция показана при:

1.деструкции альвеолы более, чем на ½ высоты перегородки

2.пародонтите тяжелой степени

3.фиброзной форме гипертрофического гингивита

4.папиллите

251. Для временного шинирования зубов можно применять:

1.эвикрол

2.силицин

3.радент

4.алюмодент

252. Гингивотомия - это:

1.линейное рассечение стенки кармана

2.удаление содержимого кармана

3.удаление части стенки кармана

4.резекция корня

253. Диатермокоагуляция применяется при:

1.язвенном гингивите

2.атрофическом гингивите

3.гипертрофическом гингивите

4.пародонтозе

254. Вакуумгематомы используются для:

1.профилактики пародонтопатий

2.лечения гиперестезии

3.профилактики клиновидного дефекта

4.криодеструкции

255. При пародонтите наблюдаются:

1.атрофия десен, сухость, жжение

2.выпадение зубов, ретракция десен

3.убыль кости, кровоточивость десен

4.атрофия десны и кости

256. При пародонтопатии, обусловленной сахарным диабетом, определяются:

1.желтушность слизистой оболочки, затрудненное глотание

2.гноетечение из карманов, сухость, жжение

3.убыль кости без повреждения кортикальной пластинки

4.язвенный гингивит

257. При пародонтозе могут иметь место:

1.воспаление десны, подвижность зубов

2.обнажение шеек и корней зубов, иррадиирующие боли

3.гиперстезия, отсутствие кармана

4.ретракция десны, кровоточивость при чистке зубов

258. Для гингивита характерны:

1.кровоточивость десен, отсутствие кармана

2.гиперстезия зубов, разрастание десен

3.отечность десен, поддесневые зубные отложения

4.наддесневые отложения, наличие кармана

259. К признакам гипертрофического гингивита относятся:

1.кровоточивость, обилие зубных отложений, наличие изъязвлений

2.деформация десны, положительный симптом «вазопареза»

3.гнилостный запах изо рта, разрастание десен

4.наличие кармана, цианоз десен

260. Для язвенного гингивита характерна:

1.яркая гиперемия десны

2.пастозность разросшейся десны

3.нарушенная фестончатость десны

4.гиперемия, разрастание десны

261. При катаральном гингивите диагностируются:

1.деформация десны, зубные отложения

2.отсутствие кармана, кровоточивость при откусывании твердой пищи

3.ретракция десны, наличие ложных карманов

4.наличие карманов, гипосаливация

262. Состояние костной ткани пародонта определяется:

1.рентгенологически, пальпаторно

2.перкуторно, рентгенологически

3.рентгенологически, термометрически

4.визуально, перкуторно

263. Для обследования состояния пародонта используются:

1.пинцет, зонд, шпатель

2.штопфер, пинцет, зеркало

3.шприц, зонд, зеркало, пинцет

4.штрипсы, зеркало, зонд

264. Визуально можно определить состояние:

1.десны, цемента

2.десны, верхушечного периодонта

3.десны, пульпы, маргинального периодонта

4.цемента, кости

265. Критерием улучшения состояния десны при катаральном гингивите является:

1.отсутствие кровоточивости

2.восстановление круговой связки

3.восстановление конфигурации десны

4.склерозирование кармана

266. Острый маргинальный периодонтит иначе называется:

1.острый пародонтит

2.острый катаральный гингивит

3.острый травматический гингивит

4.острый атрофический гингивит

267. Причиной острого пародонтита может быть:

1.широкая искусственная коронка

2.высоко наложенная пломба

3.заверхушечное пломбирование

4.наложение пломбы без прокладки

268. При язвенном гингивите десневой край:

1.гиперемирован, фестончатость его не нарушена

2.ярко гиперемирован, гипертрофирован

3.покрыт налетом, изъязвлен

4.гипертрофирован, изъязвлен

269. Фиброзная форма гипертрофического гингивита лечится с использованием:

1.склерозирующих средств

2.антисептических аппликаций и ирригаций

3.некролитических средств

4.гемостатических средств

270. При гингивите беременных нельзя назначать внутрь:

1.ферменты, витамины

2.гормоны, анестетики

3.антисептики, препараты кальция

4.витамины, биостимуляторы

271. Симптоматическое лечение гингивита заключается в:

1.удалении зубных отложений

2.устранении причинных факторов

3.устранении кровоточивости десен

4.удалении зубов

272. Этиотропное лечение гингивита заключается в:

1.удалении зубных отложений

2.устранении подвижности зубов

3.назначении гормональных средств внутрь

4.депульпации зубов

273. Фузобактериоз определяется при:

1.гипертрофическом гингивите

2.язвенном гингивите

3.катаральном гингивите

4.пародонтозе

274. В отечной (экссудативной) стадии гипертрофического гингивита применяются:

электрофорез с хлористым кальцием, антисептические полоскания

устранение причинного фактора, склерозирующие средства

ферментотерапия, ультрафиолетовое облучение (УФО)

гормонотерапия, антибиотикотерапия

275. При катаральном гингивите можно назначить:

фитопрепараты

картикостероиды

кератопластики

склерозирующие средства

276. Массаж десен применяется при пародонтопатиях:

в стадии обострения

в стадии ремиссии

в стадии активного лечения

при ухудшении процесса

277. Критерием эффективности кюретажа карманов в процессе его выполнения являет-ся:

полное отсутствие кровоточивости

отсутствие видимой кровоточивости

отсутствие наддесневого камня

отсутствие стенки кармана

278. При пародонтозе окраска десны:

бледно-розовая

цианотичная

светло-коричневая

ярко гиперемированная

279. Протеолитические ферменты используются при:

кровоточивости десен

гноетечении

гипертрофии десен

деструкции периодонта

280. Противопоказанием к «открытому» кюретажу является:

язвенно-некротический гингивит

абсцедирование

подвижность зубов III степени

пародонтоз

281. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межзубной пере-городки:

отсутствует

определяется на ½ высоты

пределяется на 1/3 высоты

определяется более, чем на ½ высоты

282. Критерием выбора метода хирургического вмешательства в пародонтологии явля-ется:

глубина карманов

общее состояние больного

длительность заболевания

желание больного

283. При глубине кармана более 5мм целесообразно провести:

кюретаж

шинирование зубов

лоскутную операцию

удаление зубов

284. На рентгенограмме при пародонтозе определяется резорбция:

всего альвеолярного отростка

межзубных перегородок с сохранением кортикальной пластинки

межзубных перегородок без сохранения кортикальной пластинки

только верхушек перегородок

285. К антибиотикам остеотропного действия относятся:

рондомицин, пенициллин

гентамицин, олететрин

линкомицин, ровомицин

тетрациклин, олететрин

286. При болезнях пародонта можно рекомендовать зубные пасты:

«Пародонтол», «Жемчуг»

«Ромашка», «Буратино»

«Лесная», «Пародонтол»

«Пародонтол», «Чебурашка»

287. 3убной эликсир, содержащий хлорофилл это:

«Лесной»

«Специальный»

«Лимонный»

«Олимпийский»

288. В состав десневых повязок с целью ускорения эпителизации можно вводить:

ретинола ацетат

гвоздичное масло

вазелин

гидрокортизон

289. Пародонтолиз (пародонтолизис) наблюдается при:

вирусном гепатите

сахарном диабете

ревматоидном артрите

экземе

290. Витаминым комплексом, укрепляющим стенки сосудов пародонта, является:

сангвиритрин

ацетилсалицилат

аскорутин

поликарбоксилат