

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
3-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ПЕРИОДОНТОЛОГИЯ

Тесты



Минск БГМУ 2009

УДК 616.314.17-008.1.018.73(075.8)
ББК 56.6 я 73
П 26

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве тестов 25.06.2008 г., протокол № 11

Авторы: д-р мед. наук, проф. Л. Н. Дедова; канд. мед. наук, доц. В. И. Даревский; канд. мед. наук, доц. Ю. Л. Денисова; канд. мед. наук, доц. А. С. Соломевич; канд. мед. наук, доц. Л. В. Шебеко; ассист. Л. В. Белясова; канд. мед. наук, ассист. Е. А. Бондарик; ассист. А. А. Володько; канд. мед. наук, ассист. О. С. Городецкая; ассист. О. В. Кандрукевич; ассист. Л. А. Никифорова, канд. мед. наук, ассист. В. И. Урбанович; ассист. В. В. Моржевская

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. О. А. Козел; канд. мед. наук, доц. Т. Н. Манак

Периодонтология : тесты / Л. Н. Дедова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2009. – П 26 100 с.

Издание содержит перечень вопросов для подготовки студентов и контроля их знаний по разделам терапевтической стоматологии. Представленный материал основывается на новых международных рекомендациях, нашедших свое отражение в отечественной и зарубежной литературе.

Предназначено для студентов 4-го курса стоматологического факультета, врачей-стажеров, аспирантов, клинических ординаторов.

УДК 616.314.17-008.1.018.73(075.8)
ББК 56.6 я 73

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

ТЕМА 1. КАРИЕС КОРНЯ: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

1. К корневому кариесу по классификации ВОЗ относят термины:

- а) кариес цемента, кариес дентина, приостановившийся кариес;
- б) кариес цемента, кариес дентина, кариес корня;
- в) начальный, средний, глубокий;
- г) кариес цемента, кариес корня, одонтоклазия.

2. В классификации ВОЗ не принят термин:

- а) кариес цемента;
- б) приостановившийся кариес;
- в) кариес эмали;
- г) кариес корня.

3. Современные классификации кариеса корня зуба учитывают критерии:

- а) глубину поражения, течение, давность процесса;
- б) глубину поражения, распространенность, площадь поражения;
- в) глубину поражения, течение, локализацию;
- г) течение, площадь поражения, цвет тканей.

4. Кариес корня зуба:

- а) может протекать без образования полости;
- б) не протекает без образования полости;
- в) всегда осложняется пульпитом;
- г) всегда переходит на коронку зуба.

5. Среди перечисленных возрастных групп наибольшую распространенность кариеса корня в Республике Беларусь (по данным О. В. Кандрукевич, 2002) отмечают в группе (лет):

- а) 35–44; б) 55–64;
- в) 45–54; г) 75 и старше.

6. Среди перечисленных возрастных групп наименьшую распространенность кариеса корня в Республике Беларусь (по данным О. В. Кандрукевич, 2002) отмечают в группе (лет):

- а) 35–44; б) 45–54;
- в) 55–64; г) 75 и старше.

7. Распространенность кариеса корня в Республике Беларусь (по данным Л. Н. Дедовой, О. В. Кандрукевич, 2006) в группе 45–54 года составила (%):

- а) 15,1; б) 20,1; в) 25,1; г) 30,1;

8. Распространенность кариеса корня в Республике Беларусь (по данным Л. Н. Дедовой, О. В. Кандрукевич, 2006) в группе 55–64 года составила (%):

- а) 5,1; б) 25,1; в) 35,2; г) 100.

9. Интенсивность кариеса корня в Республике Беларусь (по данным Л. Н. Дедовой, О. В. Кандрукевич, 2006 г.) в группе 45–54 года составила (балл):

- а) 0,46; б) 0,63; в) 0,86; г) 1,12.

10. К факторам риска кариеса корня, влияющим на окружение коронки зуба, относят:

- а) микроорганизмы зубного налета и изменение количества слюнной жидкости;
б) недостаток поступления фосфора в организм;
в) кариес коронки зуба, беременность;
г) микроорганизмы зубного налета, кариесогенные продукты, недостаток поступления фтора в организм, изменение качественных и количественных характеристик ротовой жидкости.

11. В кариозных полостях зубов при кариесе корня чаще всего обнаруживают:

- а) стафилококки, синегнойную палочку, лактобациллы;
б) стрептококки, актиномицеты, лактобациллы;
в) энтерококки, трепонемы, простейшие;
г) актиномицеты, кандиды, герпесвирусы.

12. К факторам риска кариеса корня, влияющим на окружение корня, относят:

- а) горизонтальные движения при чистке зубов, бруксизм, наследственность;
б) неудовлетворительную гигиену рта, подростковый возраст, скученность зубов;
в) болезни пародонта, потерю зубодесневого прикрепления, неудовлетворительную гигиену рта, вредные привычки, пожилой возраст;
г) профессиональные вредности, кислые напитки, гиперплазию десны.

13. Код 3 комплексного периодонтального индекса КПИ (П. А. Леус, 1988) соответствует признаку:

- а) зубной налет;
б) зубной камень;
в) кровоточивость;
г) периодонтальный карман.

14. Состояние микроциркуляции пародонта оценивают индексом:

- а) КПИ (П. А. Леус, 1988);
б) ИПК (Л. Н. Дедова, 1981);
в) РLI (J. Silness, H. Loe, 1964);
г) УИК (П. А. Леус, 1990).

15. Факторами риска рецессии десны являются (укажите два правильных ответа):

- а) чрезмерная чистка зубов с преобладанием горизонтальных движений, некорректное проведение профессиональной гигиены, анатомо-

топографические особенности зубочелюстной системы, ортодонтические мероприятия;

б) неудовлетворительная гигиена рта, беременность, подростковый возраст, ротовое дыхание, прием противоэпилептических препаратов;

в) недостаток поступления фтора в организм, углеводистая пища, неудовлетворительная гигиена рта;

г) профессиональные вредности, расовая принадлежность, болезни желудочно-кишечного тракта;

д) неудовлетворительная гигиена рта, воспалительно-деструктивные процессы в тканях периодонта, хирургические мероприятия на десне.

16. Степень тяжести воспаления десны определяют по индексу:

а) КПИ (П. А. Леус, 1988);

б) СРІТN (J. Ainamo и др., 1982);

в) GI (H. Loe, J. Silness, 1963);

г) PLI (J. Silness, H. Loe, 1964).

17. Изменение цвета десны учитывают по индексу:

а) КПИ (П. А. Леус, 1988);

б) GI (H. Loe, J. Silness, 1963);

в) ОНІ-S (J. C. Green, J.R. Vermillion, 1964);

г) РНР (A. G. Podshadley, J.V. Haley, 1968).

18. Легкой степени гингивита соответствует значение десневого индекса GI (Loe, Silness, 1963), равное (балл):

а) 0,75; б) 1,2; в) 2,4; г) 3,5.

19. Средней степени воспаления десны соответствует значение 38 % по индексу:

а) КПИ (П. А. Леус, 1988);

б) РМА в модификации (С. Parma, 1960);

в) GI (H. Loe, J. Silness, 1963);

г) СРІТN (J. Ainamo и др., 1982).

20. Толщина цемента в области шейки зуба составляет:

а) 200–500 мкм; б) 100–1500 мкм; в) 20–50 мкм; г) 2–3 мм.

21. Толщина цемента:

а) минимальна в области шейки зуба;

б) минимальна в области верхушки корня;

в) минимальна в области фуркации;

г) одинакова по всей длине корня.

22. Корень в области шейки зуба покрыт:

а) клеточным цементом;

б) бесклеточным цементом;

в) клеточным и бесклеточным цементом;

г) в области шейки зуба цемент обычно отсутствует.

23. В цементе корня зуба содержание неорганических веществ составляет (%):

- а) 70–80; б) 50–60; в) 40–50; г) 80–90.

24. Терминальное ветвление дентинных трубочек выражено:

- а) больше в корневом дентине;
б) больше в коронковом дентине;
в) одинаково в корневом и коронковом дентине;
г) больше в зависимости от возраста пациента.

25. Диапазон критических показателей рН, при которых начинается процесс деминерализации цемента зуба и корневого дентина, равен:

- а) 6,2–6,7; б) 5,5–5,4; в) 4,4–4,5; г) 6,9–7,0.

26. Для быстро прогрессирующих кариозных поражений поверхности корня характерны:

- а) размягченная консистенция, острые, неровные края кариозной полости;
б) гладкая, блестящая, твердая поверхность поражения, гладкие, плотные края полости;
в) твердая поверхность поражения, острые, неровные края кариозной полости;
г) размягченная консистенция, гладкие, плотные края полости.

27. Для начального кариеса корня зуба характерно (Ю. Н. Рикота, 1992):

- а) частичное разрушение цемента при сохранении цементно-дентинной границы;
б) присутствие дефекта глубиной не более 0,5 мм;
в) присутствие дефекта глубиной более 0,5 мм;
г) наличие сообщения с полостью зуба.

28. Для поверхностного кариеса корня зуба характерно (Ю. Н. Рикота, 1992):

- а) частичное разрушение цемента при сохранении цементно-дентинной границы;
б) присутствие дефекта глубиной не более 0,5 мм;
в) присутствие дефекта глубиной более 0,5 мм;
г) наличие сообщения с полостью зуба.

29. Для глубокого кариеса корня зуба характерно (Ю. Н. Рикота, 1992):

- а) частичное разрушение цемента при сохранении цементно-дентинной границы;
б) присутствие дефекта глубиной не более 0,5 мм;
в) присутствие дефекта глубиной более 0,5 мм;
г) наличие сообщения с полостью зуба.

30. Для кариозных поражений корня в стадии ремиссии характерны:

- а) размягченная консистенция, острые, неровные края кариозной полости;

- б) гладкая, блестящая, твердая поверхность поражения, гладкие, плотные края полости;
- в) твердая поверхность поражения, острые, неровные края кариозной полости;
- г) размягченная консистенция, гладкие, плотные края полости.

31. Для кариеса корня характерно:

- а) быстрое распространение процесса в глубину твердых тканей;
- б) распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности корня;
- в) всегда молниеносное течение;
- г) высокая распространенность в возрастной группе 35–44 года.

32. Количество налета в придесневой области оценивают по индексу:

- а) PLI (J. Silness, H. Loe, 1964);
- б) GI (H. Loe, J. Silness, 1963);
- в) ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964);
- г) ИПК (Л. Н. Дедова, 1981).

33. Зернистый слой Томса представляет собой:

- а) слабо обызвествленные участки дентина, проходящие в виде полоски вдоль дентинно-цементной границы;
- б) гиперминерализованный слой дентина, расположенный по периферии пульповой камеры;
- в) минерализованные включения в корневой пульпе;
- г) минерализованные включения в коронковой пульпе.

34. Для пломбирования кариозной полости в области корня зуба показаны:

- а) амальгама, СИЦ, микрогибридные композиты;
- б) СИЦ, амальгама, компомеры;
- в) СИЦ, компомеры, композиты;
- г) жидкотекучие композиты, вкладки, микрогибридные композиты.

35. В процессе препарирования и пломбирования кариозных поражений корня зуба необходимо обеспечить:

- а) сухость операционного поля (защита от крови, десневой и ротовой жидкости, экссудата из периодонтальных карманов);
- б) укорочение коронковой части зуба, ретракцию десны, защиту десны от химических повреждений;
- в) ретракцию десны, введение в десневую борозду прижигающих веществ;
- г) сухость операционного поля, исключение этапа некрэктомии.

36. Характерными особенностями кариеса корня зуба являются:

- а) медленное течение, протекание кариозного процесса преимущественно на поверхности корня, а не в глубине тканей, распространенность кариеса корня возрастает с увеличением возраста пациентов;
- б) распространение кариозного процесса преимущественно по поверхности

корня, молниеносное течение, отсутствие связи с возрастом пациентов;
в) медленное течение, высокая распространенность среди подростков;
г) распространенность кариеса корня возрастает с увеличением возраста пациентов, кариозные полости имеют форму клина.

37. Рентгенологическое исследование при кариесе корня проводят:

- а) для выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня и (или) под десной, оценки состояния тканей периодонта, исключения периапикальных осложнений;
- б) выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня, обнаружения дентиклей в пульпе;
- в) исключения периапикальных осложнений, обнаружения внутрикостных карманов;
- г) оценки состояния тканей периодонта, оценки минерализации тканей зуба.

38. Консервативное (без пломбирования) лечение начального кариеса корня:

- а) невозможно;
- б) возможно при хорошей гигиене ротовой полости;
- в) возможно при рецессии десны не более 3 мм;
- г) возможно, если пациент моложе 50 лет.

39. Значение индекса ОНI-S, равное 0,7–1,6 баллам, соответствует гигиене рта:

- а) хорошей;
- б) удовлетворительной;
- в) неудовлетворительной;
- г) плохой.

40. Для местного консервативного лечения кариеса корня не применяют:

- а) фториды в сочетании с антисептиками или без антисептиков;
- б) кальций-фосфорные соединения;
- в) силанты для открытого дентина;
- г) нестероидные противовоспалительные средства.

41. При кариесе корня твердые ткани обычно поражаются на глубину (мм):

- а) не более 0,5–1; б) 2–3; в) 3–4; г) более 4.

42. Консервативное лечение поверхностного кариеса корня планируют (балл):

- а) при ОНI-S = 3,14;
- б) ОНI-S = 0,6;
- в) ОНI-S = 1–2;
- г) неучтенном индексе гигиены рта.

43. Толщина цемента:

- а) максимальна в области шейки зуба и коронковой трети корня;

- б) максимальна в области верхушки корня и фуркации;
- в) максимальна в средней трети корня;
- г) одинакова по всей длине корня.

44. В цементе корня зуба содержание органических веществ составляет (%):

- а) 70–80;
- б) 50–60;
- в) 30–40;
- г) 10–20.

45. Установите соответствие между глубиной поражения твердых тканей корня зуба и нозологической формой кариеса корня зуба (Ю. Н. Рикота, 1992) (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Глубина поражения		Кариес корня
1.	Дефект глубиной до 0,5 мм.	А. Начальный.
2.	Дефект глубиной более 0,5 мм.	Б. Поверхностный.
3.	Без образования полостного дефекта	В. Глубокий

46. Укажите правильную последовательность действий при лечении кариеса корня зуба: 1) обезболивание; 2) обеспечение сухости операционного поля, ретракция десны; 3) некрэктомия; 4) раскрытие кариозной полости; 5) обработка пломбы; 6) постановка пломбы (**правильный ответ не включает все перечисленные варианты**):

- а) 2, 3, 4, 5, 6;
- б) 1, 2, 3, 6, 5;
- в) 2, 1, 4, 6, 5;
- г) 1, 5, 4, 3, 6.

47. Обызвествленную ткань зуба, сходную с костной, но лишенную сосудов и нервов, покрывающую корень зуба называют

48. Обызвествленную ткань зуба, образующую его основную массу и определяющую форму зуба называют

49. К этапам препарирования кариозной полости при лечении кариеса корня относят (укажите два правильных ответа):

- а) некрэктомию;
- б) вскрытие;
- в) раскрытие;
- г) формирование.

ТЕМА 2. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДЕНТИНА. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

1. Наиболее полно механизм развития чувствительности дентина объясняет гипотеза:

- а) рецепторов одонтобластов;
- б) непосредственной стимуляции нервных окончаний;
- в) гидродинамическая;

г) химико-паразитарная.

2. Из нижеперечисленных терминов классификации ВОЗ 1994 г. соответствует:

- а) повышенная чувствительность зубов;
- б) гиперестезия зубов;
- в) повышенная чувствительность твердых тканей зуба;
- г) чувствительность дентина.

3. Частота встречаемости чувствительности дентина в различных группах зубов возрастает в ряду: 1) резцы; 2) клыки; 3) премоляры; 4) моляры:

- а) 4, 1, 3, 2; б) 1, 3, 2, 4; в) 2, 1, 4, 3; г) 4, 3, 2, 1.

4. Чувствительностью дентина страдают чаще:

- а) мужчины;
- б) женщины;
- в) дети;
- г) лица пожилого возраста.

5. Клинически наиболее часто чувствительность дентина определяют в области:

- а) коронки зуба;
- б) шейки зуба;
- в) корня зуба;
- г) бугров зуба.

6. Наибольшую частоту симптомов чувствительности дентина отмечают в возрасте (лет):

- а) 15–30; б) 30–40; в) 40–50; г) 50–60.

7. К факторам, предрасполагающим к возникновению чувствительности дентина, относят:

- а) подростковый возраст;
- б) курение;
- в) хронический стресс;
- г) отбеливание зубов.

8. Количество открытых дентинных канальцев у чувствительного дентина по сравнению с нечувствительным больше (раз):

- а) в 4; б) 8; в) 16; г) 32.

9. Диаметр дентинных канальцев у чувствительного дентина по сравнению с нечувствительным больше (раз):

- а) в 2; б) 4; в) 8; г) 16.

10. Значение индекса распространенности гиперестезии зубов, равное 24 %, соответствует чувствительности дентина (Ю. А. Федоров, Г. Б. Шторина, 1988):

- а) локализованной;

- б) генерализованной;
- в) системной;
- г) комплексной.

11. Значение комплексного индекса дифференцированной чувствительности зуба (Л. Н. Дедова, 2004), равное 7,0 баллам, соответствует:

- а) I степени;
- б) II степени;
- в) III степени;
- г) IV степени.

12. При диагностике интенсивности чувствительности дентина для оценки болевых ощущений не применяют шкалу:

- а) визуальную аналоговую;
- б) цифровую рейтинговую;
- в) вербальную;
- г) звуковую рейтинговую.

13. Наиболее эффективным методом лечения больных с чувствительностью дентина является применение:

- а) дентинной адгезивной системы;
- б) фтор-лака;
- в) вакуум-дарсонвализации и десенситайзеров;
- г) вакуум-дарсонвализации, десенситайзеров и препаратов кальция (например, ДентоВитус).

14. Для домашнего лечения чувствительности дентина используют зубную пасту, содержащую:

- а) 1%-ный ацетат меди;
- б) 3%-ный оксалат стронция;
- в) 5%-ный нитрат калия;
- г) 7%-ный борат серебра.

15. К механизмам действия медикаментозных средств, используемых для лечения чувствительности дентина, не относят:

- а) создание смазанного слоя, запечатывание входов в дентинные каналы, склерозирование дентина;
- б) склерозирование дентина, стойкую поляризацию мембран сенсорных нервных волокон пульпо-дентинного комплекса;
- в) стойкую деполяризацию мембран сенсорных нервных волокон пульпо-дентинного комплекса, запечатывание входов в дентинные каналы;
- г) obturation просветов дентинных канальцев осажденными белками дентинной жидкости, создание смазанного слоя.

16. При витальном отбеливании с целью профилактики возникновения чувствительности дентина применяют:

- а) снижение концентрации активных компонентов в отбеливающем средстве;
- б) введение в отбеливающий состав 5%-ного KNO_3 ;
- в) введение в отбеливающий состав 1%-ного фторида натрия;
- г) введение в отбеливающий состав 2,5%-ного глицерофосфата кальция.

17. Оптимальная концентрация нитрата калия в зубных пастах, предназначенных для лечения пациентов с чувствительностью дентина, составляет (%):

- а) 1; б) 1,5; в) 4; г) 5;

18. Скорость движения свободного иона неорганического фосфора через эмаль зуба по сравнению с фосфорорганическим соединением:

- а) ниже; б) выше; в) одинакова; г) не известна;

19. Механизм действия нитрата калия при домашнем лечении пациентов с чувствительностью дентина заключается:

- а) в стойкой деполяризации мембран сенсорных нервов пульпо-дентинного комплекса;
б) obturации открытых дентинных канальцев;
в) стимулировании выработки заместительного дентина;
г) склерозировании дентина.

20. Механизм действия гидроксиапатита при домашнем лечении пациентов с чувствительностью дентина заключается:

- а) в стойкой деполяризации мембран сенсорных нервов пульпо-дентинного комплекса;
б) механическом заполнении открытых дентинных канальцев;
в) стимулировании выработки заместительного дентина;
г) создании адгезионного слоя на поверхности дентина.

21. Методики применения зубных паст, предназначенных для лечения пациентов с чувствительностью дентина, не включают:

- а) чистку зубов;
б) аппликации;
в) капли с зубной пастой;
г) ирригацию ротовой полости раствором зубной пасты.

22. Зубные пасты, предназначенные для лечения пациентов с чувствительностью дентина, не содержат:

- а) хлорид стронция;
б) глицерофосфат кальция;
в) хлорид калия;
г) глицерофосфат натрия.

23. Лечебные зубные пасты, содержащие хлорид стронция, лучше снижают чувствительность к следующим раздражителям:

- а) тактильным;
б) температурным;
в) осмотическим;
г) испарительным.

24. Лечебные зубные пасты, содержащие нитрат калия, лучше снижают чувствительность к следующим раздражителям:

- а) тактильным;

- б) температурным;
- в) осмотическим;
- г) испарительным.

25. Зубная паста для лечения пациентов с чувствительностью дентина одновременно содержать соли калия, фосфаты и фториды:

- а) не может;
- б) может;
- в) может, если в тубе соли кальция отделены от фосфатов и фторидов пластмассовой перегородкой;
- г) может, если зубная паста используется только для домашнего лечения.

26. Клинические проявления чувствительности дентина при применении только специальных зубных паст (по Н. Trowbridge, D. Silver, 1990):

- а) в 20–40 % случаев исчезают или снижается их выраженность в течение 1–2 нед.;
- б) 40–60 % случаев исчезают или снижается их выраженность в течение 1–2 нед.;
- в) 20–40 % случаев исчезают или снижается их выраженность в течение 4–8 нед.;
- г) 40–60 % случаев исчезают или снижается их выраженность в течение 4–8 нед.

27. Мероприятия по профилактике постоперативной чувствительности дентина при реставрации зуба не включают применение:

- а) ненаполненного десенситайзера, содержащего НЕМА;
- б) дентинной адгезивной системы 6–7-го поколений;
- в) самопротравливающего праймера;
- г) дентинной адгезивной системы 4–5-го поколений.

28. После препарирования зубов под коронки следует использовать:

- а) ненаполненные десенситайзеры, содержащие НЕМА;
- б) солесодержащие десенситайзеры;
- в) наполненные десенситайзеры, содержащие НЕМА;
- г) все перечисленные десенситайзеры.

29. При наличии у пациента чувствительности дентина и аллергической реакции на композиционные материалы можно использовать:

- а) ненаполненные смолосодержащие десенситайзеры;
- б) наполненные смолосодержащие десенситайзеры;
- в) смолосолесодержащие десенситайзеры;
- г) солесодержащие десенситайзеры.

30. При невозможности наложения коффердама противопоказано применение:

- а) ненаполненных десенситайзеров, содержащих НЕМА;
- б) ненаполненных десенситайзеров, содержащих НЕМА и глютаральдегид;

- в) наполненных десенситайзеров;
- г) соледержащих десенситайзеров.

31. Какое примерное количество дентинных канальцев открыто в препарированной кариозной полости II класса по Блэку?

- а) 7500;
- б) 75 000;
- в) 750 000;
- г) 7 500 000.

32. Впервые чувствительность дентина описал:

- а) Gysi;
- б) Henle;
- в) Hunter;
- г) Tomes.

33. При термическом раздражении (холод) обнаженного дентина дентинная жидкость:

- а) движется наружу;
- б) перемещается вовнутрь;
- в) может перемещаться как вовнутрь, так и наружу;
- г) не перемещается.

34. При термическом раздражении (тепло) обнаженного дентина дентинная жидкость:

- а) движется наружу;
- б) перемещается вовнутрь;
- в) может перемещаться как вовнутрь, так и наружу;
- г) не перемещается.

35. При раздражении обнаженного дентина слабым раствором лимонной кислоты дентинная жидкость:

- а) движется наружу;
- б) перемещается вовнутрь;
- в) может перемещаться как вовнутрь, так и наружу;
- г) не перемещается.

36. При тактильном раздражении обнаженного дентина дентинная жидкость:

- а) движется наружу;
- б) перемещается вовнутрь;
- в) может перемещаться как вовнутрь, так и наружу;
- г) не перемещается.

37. К основным методам диагностики чувствительности дентина относят (укажите два правильных ответа):

- а) осмотр;
- б) электроодонтометрию;
- в) зондирование;
- г) биопсию твердых тканей зуба.

38. К дополнительным методам диагностики чувствительности дентина относят (два правильных ответа):

- а) термометрию;
- б) электроодонтометрию;
- в) зондирование;
- г) окрашивание.

39. К физическим методам лечения пациентов с чувствительностью дентина не относят:

- а) лазеропунктуру;
- б) электрообезболивание;
- в) вакуум-терапию;
- г) домашнее лечение.

40. Интенсивность чувствительности дентина к испарительному раздражителю определяют (два правильных ответа):

- а) прямой воздушной струей;
- б) боковой воздушной струей;
- в) методом высушивания в течение 1 мин;
- г) другим специальным методом.

41. Интенсивность чувствительности дентина к тактильному раздражителю определяют зондированием с силой (г):

- а) в 0,25; б) 2,5; в) 25; г) 250.

42. При субъективной оценке болевых ощущений для определения интенсивности чувствительности дентина применяют следующие шкалы (укажите два правильных ответа):

- а) визуальную аналоговую;
- б) цифровую рейтинговую;
- в) световую рейтинговую;
- г) звуковую рейтинговую.

43. Первоначальными мероприятиями по устранению чувствительности дентина являются:

- а) первичная профилактика и специальная методика чистки зубов;
- б) применение препаратов кальция местно и внутрь;
- в) аппликации фтористым лаком и другие лечебные вмешательства (по показаниям);
- г) проведение физиотерапевтических процедур.

44. Первым уровнем комплексного лечения пациентов с чувствительностью дентина является:

- а) оказание неотложной помощи;
- б) подготовительный этап;
- в) предварительный этап;
- г) предупредительный этап.

45. Вторым уровнем комплексного лечения пациентов с чувствительностью дентина является:

- а) повторная оценка состояния твердых тканей зубов;
- б) закрепление полученного результата;
- в) динамическое наблюдение;
- г) поддерживающая терапия.

46. Комплексная терапия пациентов с чувствительностью дентина не включает:

- а) местное и общее воздействие на организм пациента;
- б) домашние и врачебные мероприятия;
- в) воздействие на зубы, нервную систему и минеральный обмен в организме;
- г) челюстно-лицевую хирургию.

47. Установите соответствие между автором и гипотезой чувствительности дентина (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Автор	Гипотеза чувствительности дентина
1. Ю. А. Федоров (1970).	А. Одонтобластическая.
2. J. Powers (1952), И. М. Оксман (1953).	Б. Гидродинамическая.
3. T. Avery, I. Rapp (1959).	В. Нервно-рефлекторная.
4. M. Brannstrom (1962)	Г. Рецепторная

48. Установите соответствие между мероприятиями, проводимыми при комплексном лечении чувствительности дентина, и механизмом действия (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Лечебные мероприятия	Механизм действия
1. Физиотерапия.	А. Влияние на вегетативную нервную систему и ткани зубов.
2. Общая терапия препаратами кальция.	Б. Влияние на твердые ткани и нервно-рецепторный аппарат пульпы зубов.
3. Применение специальных зубных паст.	В. Нормализация минерального обмена в организме.
4. Применение смолосодержащих десенситайзеров	Г. Влияние на твердые ткани зубов

49. Установите соответствие между зубной пастой для лечения чувствительности дентина и механизмом ее действия (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Лечебные мероприятия	Механизм действия
1. Зубная паста, содержащая нитрат калия.	А. Обтурация просветов дентинных канальцев нерастворимыми преципитатами.
2. Зубная паста, содержащая гидроксиапатит.	Б. Стойкая деполяризация мембран сенсорных нервов пульпо-дентинного комплекса.
3. Зубная паста, содержащая фториды.	В. Стимулирование выработки заместительного дентина.
4. Зубная паста, содержащая глицерофосфат кальция	Г. Механическое заполнение открытых дентинных канальцев

50. Установите соответствие между физическим методом лечения чувствительности дентина и механизмом его действия (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Метод лечения	Механизм действия
1. Лекарственный электрофорез.	А. Оказывает влияние на вегетативную нервную систему с изменением порога раздражения пульпы зуба.
2. Электрообезболивание.	Б. Расплавление дентина и запечатывание просветов дентинных канальцев.
3. Вакуум-дарсонвализация.	В. Стимулирование выработки заместительного дентина.
4. Карбоновый лазер	Г. Вызывает изменения в генерации электрического потенциала нервным аппаратом пульпы зуба

51. Установите соответствие между смолосодержащим десенситайзером и механизмом его действия (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Смолосодержащий десенситайзер	Механизм действия
1. Ненаполненный десенситайзер, содержащий НЕМА.	А. Обтурирует просветы дентинных канальцев осажденными белками дентинной жидкости.
2. Ненаполненный десенситайзер, содержащий НЕМА и глютаральдегид.	Б. Запечатывает входы, обтурирует просветы дентинных канальцев.
3. Наполненный десенситайзер, содержащий НЕМА.	В. Образует высокоадгезивный герметичный слой смолы, способствует замедлению образования зубного налета.
4. Дентинная адгезивная система	Г. Суживает просветы дентинных канальцев

52. Установите соответствие между десенситайзером и механизмом его действия (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Десенситайзер	Механизм действия
1. Десенситайзер, содержащий щавелевую кислоту или оксалат.	А. Образует высокоадгезивный герметичный слой смолы на поверхности дентина.
2. Ненаполненный десенситайзер, содержащий НЕМА и глютаральдегид.	Б. Обтурация просветов дентинных канальцев выпадающими в осадок кристаллами.
3. Десенситайзер, содержащий соль олова.	В. Обтурирует просветы дентинных канальцев осажденными белками дентинной жидкости.
4. Наполненный десенситайзер, содержащий НЕМА	Г. Откладывается в поверхностном и подповерхностном слоях дентина

ТЕМА 3. ОСТРЫЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Острый апикальный периодонтит дифференцируют (укажите два правильных ответа):

- а) с гнойным пульпитом;
- б) хроническим пульпитом;
- в) дегенерацией пульпы;
- г) острым периапикальным абсцессом.

2. Среднее расстояние от рентгенологической верхушки зуба до физиологического сужения (мм):

- а) 0,5–1;
- б) 1,5–2,5;
- в) 0,3–0,5.

3. Силеры предназначены:

- а) для химического расширения корневого канала;
- б) медикаментозной обработки корневого канала;
- в) фиксации гуттаперчевых штифтов;
- г) заапикальной терапии.

4. Наиболее достоверным методом определения рабочей длины корневого канала признан:

- а) эмпирический;
- б) рентгенологический;
- в) электрометрический;
- г) оптический.

5. Проведение рентгенологического исследования перед лечением острого апикального периодонтита показано:

- а) только при лечении моляров;
- б) всегда;
- в) только при малом опыте работы врача;
- г) только по просьбе пациента.

6. Оптимальным методом высушивания корневого канала является применение:

- а) воздушной струи;
- б) бумажных штифтов;
- в) вакуумного отсоса;
- г) гидроля.

7. Наиболее эффективной обработкой корневого канала является:

- а) механическая;
- б) химическая;
- в) химическая и механическая;
- г) ультразвуковая.

8. Целью временного пломбирования корневого канала не является:

- а) предотвращение кровотока из корневого канала;

- б) прекращение внутренней резорбции корня;
- в) улучшение прохождения корневого канала перед постоянным пломбированием;
- г) антисептическая обработка корневого канала.

9. При лечении хронического апикального периодонтита корневой канал пломбируют:

- а) до рентгенологической верхушки;
- б) до физиологического сужения;
- в) не доходя 1–1,5 мм до физиологического сужения;
- г) заапикально.

10. Наибольшим антимикробным эффектом при медикаментозной обработке корневого канала обладают:

- а) спирт;
- б) препараты хлора;
- в) препараты йода;
- г) перекись водорода.

11. Раствор или гель, содержащий ЭДТА, применяют с целью:

- а) размягчения дентина корневого канала, деминерализации дентина корневого канала, удаления смазанного слоя;
- б) антисептического действия;
- в) растворения органических веществ в просвете корневого канала;
- г) рентгенографии.

12. К факторам, влияющим на исход лечения острого апикального периодонтита, относят:

- а) гигиеническое состояние ротовой полости;
- б) качество оказания неотложной помощи;
- в) технические и мануальные возможности оператора;
- г) все вышеперечисленное.

13. Наиболее частой причиной развития острого апикального периодонтита является:

- а) нарушение техники препарирования кариеса дентина;
- б) неправильный выбор пломбировочного материала при пломбировании кариозной полости;
- в) осложнение пульпита;
- г) травма.

14. Сколько выделяют фаз в развитии острого апикального периодонтита (по М. И. Грошикову, 1964)?

- а) две; б) три; в) четыре; г) пять.

15. Полное выздоровление при остром апикальном периодонтите:

- а) возможно;
- б) невозможно;
- в) возможно только у молодых людей;

г) возможно только у пожилых людей.

16. При остром апикальном периодонтите регионарные лимфатические узлы вовлекаются в воспалительный процесс:

- а) всегда;
- б) всегда у детей;
- в) всегда у пациентов старше 25 лет;
- г) всегда у пожилых пациентов.

17. При развитии острого апикального периодонтита 31, 41 зубов в патологический процесс вовлекаются лимфатические узлы:

- а) передние субмандибулярные;
- б) субментальные;
- в) средние субмандибулярные;
- г) задние субмандибулярные.

18. При развитии острого апикального периодонтита в премолярах верхней челюсти в патологический процесс вовлекаются лимфатические узлы:

- а) передние субмандибулярные;
- б) субментальные;
- в) средние субмандибулярные;
- г) задние субмандибулярные.

19. При развитии острого апикального периодонтита в первых нижних молярах в патологический процесс вовлекаются лимфатические узлы:

- а) передние субмандибулярные;
- б) субментальные;
- в) средние субмандибулярные;
- г) задние субмандибулярные.

20. Понятие «профилактическое лечение» при проведении эндодонтической терапии включает:

- а) назначение успокаивающих средств за 1 ч до лечения;
- б) назначение курса антибиотиков продолжительностью не менее 5 дней, начиная за 1 ч до лечения;
- в) назначение витамина С продолжительностью не менее 7 дней, начиная за 1 ч до лечения.

21. Профилактические мероприятия при эндодонтическом лечении должны быть проведены в первую очередь у пациентов:

- а) с сахарным диабетом;
- б) пневмонией;
- в) повышенной восприимчивостью к внутрисердечной инфекции;
- г) гепатитом.

22. Пациент с острой болью обычно указывает на причинный зуб (укажите два правильных ответа):

- а) при остром пульпите;
- б) остром апикальном периодонтите;

- в) хроническом пульпите в стадии обострения;
- г) остром периапикальном абсцессе.

23. Развитие осложнений наименее вероятно при распространении воспалительного экссудата из периапикальной области:

- а) в направлении vestibulum oris;
- б) в направлении sinus maxillaris;
- в) через корневой канал;
- г) в альвеолярную и челюстную кости.

24. Наиболее неблагоприятный вариант распространения воспалительного экссудата из периапикальной области:

- а) в направлении vestibulum oris;
- б) в направлении sinus maxillaris;
- в) через корневой канал;
- г) в альвеолярную и челюстную кости.

25. При остром гнойном периодонтите изменения на рентгенограмме отмечаются от начала заболевания (ч):

- а) через 12; б) 12–23; в) 24–48; г) 49–72.

26. При остром гнойном апикальном периодонтите на рентгенограмме отмечают (укажите два правильных ответа):

- а) затемнение структуры губчатого вещества кости в области корня зуба;
- б) нарушение четкости очертаний компактной пластины;
- в) расширение периодонтального пространства;
- г) резорбцию кости альвеолярного гребня.

27. Дифференциальный диагноз острого апикального периодонтита проводят:

- а) с гиперемией пульпы;
- б) гнойным пульпитом;
- в) хроническим пульпитом;
- г) хроническим периапикальным абсцессом.

28. Ведущими признаками при дифференциальной диагностике острого апикального периодонтита и периапикального абсцесса являются (укажите два правильных ответа):

- а) болезненность при перкуссии;
- б) показания электроодонтометрии выше 100 мкА;
- в) отсутствие деструктивных изменений в периапикальной области;
- г) отрицательный симптом вазопареза.

29. При остром апикальном периодонтите боль (укажите два правильных ответа):

- а) постоянная нарастающая;
- б) ноющая только в ночное время;
- в) приступообразная, усиливающаяся от холодного;
- г) резко усиливающаяся при накусывании на причинный зуб.

30. При остром гнойном апикальном периодонтите в большинстве случаев электровозбудимость пульпы (ЭОМ, мА):

- а) снижается до 12–20;
- б) остается без изменений;
- в) снижается более чем 100;
- г) снижена до 30–40.

31. Абсолютным показанием для терапевтического лечения острого апикального периодонтита являются:

- а) многокорневые зубы у лиц преклонного возраста;
- б) многокорневые зубы с затрудненным доступом к полости зуба;
- в) зубы у лиц молодого возраста с инфекционным миокардитом;
- г) однокорневые зубы у практически здоровых людей.

32. Нецелесообразно проводить терапевтическое лечение острого апикального периодонтита зубов:

- а) у людей молодого возраста;
- б) доступных для эндодонтического лечения, с хорошо сохранившейся коронковой частью;
- в) с хорошо проходимыми корневыми каналами;
- г) с плохо проходимыми корневыми каналами, не имеющими большой функциональной ценности.

33. Хирургический метод лечения (удаление зуба) при остром апикальном периодонтите показан:

- а) в зубах с затрудненным доступом;
- б) зубах, не имеющих функционального значения, и с затрудненным доступом;
- в) однокорневых зубах;
- г) в многокорневых зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами.

34. Препараты гидроокиси кальция для временной obturation корневого канала не обладают:

- а) антимикробным действием;
- б) действием, направленным на стимуляцию остеогенеза;
- в) деминерализирующим действием;
- г) действием, направленным на снижение наружной резорбции.

35. Для временной obturation корневого канала используют:

- а) гидроокись кальция;
- б) канасон;
- в) силапекс;
- г) эндометазон.

36. В качестве силеров используют:

- а) кальксил, эндометазон;
- б) эндометазон, кальцемол;
- в) кальцемол, канасон;
- г) канасон, эндосил.

37. По международным рекомендациям время оптимального нахождения гипохлорита натрия в корневом канале должно составлять (мин):

а) около 5; б) 10; в) 20; г) 30.

38. Для минимальной ирригации одного корневого канала раствором гипохлорита натрия необходимо (мл):

а) 2; б) 3; в) 4; г) 5.

39. Установите правильную последовательность этапов лечения острого апикального периодонтита при наличии серозного экссудата в периапикальных тканях: 1) наложение коффердама; 2) временная obturация корневого канала; 3) определение рабочей длины; 4) коронковое препарирование; 5) инструментальная, медикаментозная обработка; б) обезболивание:

а) 6, 1, 4, 3, 5, 2;

б) 1, 2, 4, 3, 5, 6;

в) 3, 1, 4, 2, 6, 5;

г) 3, 1, 5, 6, 4, 2.

40. Установите правильную последовательность этапов лечения острого апикального периодонтита при наличии гнойного экссудата в периапикальных тканях: 1) обезболивание; 2) временная obturация корневого канала; 3) определение рабочей длины; 4) коронковое препарирование; 5) инструментальная, медикаментозная обработка и высушивание; б) периостотомия (по показаниям):

а) 1, 4, 3, 5, 2, 6;

б) 1, 2, 4, 3, 5, 6;

в) 3, 1, 4, 2, 6, 5;

г) 3, 1, 5, 6, 4, 2.

41. Установите правильную последовательность этапов эндодонтического лечения острого апикального периодонтита в 1-е посещение: 1) наложение коффердама; 2) временная obturация корневого канала; 3) определение рабочей длины; 4) коронковое препарирование; 5) инструментальная, медикаментозная обработка; б) высушивание:

а) 1, 4, 3, 5, 6, 2;

б) 1, 2, 4, 3, 5, 6;

в) 3, 1, 4, 2, 6, 5;

г) 3, 1, 5, 6, 4, 2.

42. Установите правильную последовательность этапов инструментальной обработки корневых каналов при лечении острого апикального периодонтита методом Crown down: 1) препарирование коронковой части корневого канала; 2) расширение устьев корневых каналов; 3) определение рабочей длины; 4) препарирование срединной части кор-

невого канала; 5) высушивание; 6) препарирование апикальной части корневого канала:

а) 2, 1, 4, 3, 6, 5;

б) 5, 1, 2, 4, 3, 6;

в) 4, 3, 1, 2, 6, 5;

г) 1, 3, 5, 6, 4, 2.

43. Установите правильную последовательность этапов эндодонтического лечения острого апикального периодонтита во 2-е посещение при благоприятном течении: 1) наложение коффердама; 2) постоянная obturation корневого канала; 3) удаление временной пломбы; 4) контрольная рентгенограмма; 5) инструментальная, медикаментозная обработка; 6) высушивание:

а) 1, 3, 5, 6, 2, 4;

б) 1, 2, 4, 3, 5, 6;

в) 3, 1, 4, 2, 6, 5;

г) 4, 3, 1, 5, 6, 2.

44. Установите соответствие между наименованием эндодонтического инструмента и его назначением (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Наименование инструмента	Назначение
1. Ример.	А. Для внесения силера.
2. Гейтс глиден.	Б. Уплотнения гуттаперчи.
3. Н-файл.	В. Прохождения корневых каналов.
4. К-файл.	Г. Расширения корневых каналов.
5. Спредер.	Д. Формирования корневых каналов.
6. Каналонаполнитель	Е. Расширения устьев корневых каналов

45. Установите соответствие между причинным зубом при развитии острого апикального периодонтита и реакцией регионарного лимфатического узла (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Код зуба	Лимфатические узлы
1. 31.	А. Передние субмандибулярные.
2. 14.	Б. Средние субмандибулярные.
3. 36.	В. Задние субмандибулярные.
4. 18	Г. Субментальные

46. Установите соответствие между антисептиком и его концентрацией, применяемой при лечении острого апикального периодонтита (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Антисептик	Концентрация антисептика, %
1. Гипохлорит натрия.	А. 3–5,25.
2. Перекись водорода.	Б. 3.
3. Хлоргексидин.	В. 0,05–1.
4. Этоний	Г. 0,5–1

47. Установите соответствие между медикаментозным средством (материалом) и целью его применения при лечении острого апикального периодонтита (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Медикаментозное средство (материал)	Назначение
1. Паркан.	А. Постоянная obtурация корневого канала.
2. Канал +.	Б. Временная obtурация корневого канала.
3. Гидроокись кальция.	В. Антисептическая обработка корневого канала.
4. Апексит	Г. Расширение корневого канала

48. Установите соответствие между нозологической формой заболевания эндодонта и показателями ЭОМ (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Заболевание эндодонта	Показатели ЭОМ, мА
1. Хронический пульпит.	А. Более 100.
2. Острый пульпит.	Б. 20–30.
3. Острый апикальный периодонтит.	В. 2–12.
4. Острый периодонтальный абсцесс	Г. 40–60

ТЕМА 4. ТКАНИ ПЕРИОДОНТА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ СОСТОЯНИЯ

1. Тканями периодонта являются:

- а) десна, периодонтальная связка, цемент корня зуба, альвеолярная кость;
- б) десна, периодонтальная связка, шейка зуба, бесклеточный цемент корня зуба;
- в) десна, периодонтальная связка, клеточный цемент корня зуба, пульпа зуба;
- г) периодонтальная связка, эмаль в области шейки зуба, цемент корня зуба, альвеолярная кость.

2. Десна — это:

- а) часть жевательной слизистой оболочки рта, охватывающая альвеолярный отросток и цервикальную часть зуба;
- б) слизистая оболочка рта, охватывающая альвеолярный отросток;
- в) часть слизистой оболочки рта, охватывающая цервикальную часть зуба;
- г) жевательная слизистая оболочка ротовой полости.

3. Прикрепленная десна располагается:

- а) между свободной десной и мукогингивальным соединением;
- б) между краем десны и мукогингивальным соединением;
- в) от края десны до линии десневого желобка;
- г) в проекции эпителиального прикрепления.

4. Ширина десны варьируется в пределах (мм):

- а) 0,5–0,9; б) 2,5–9; в) 1–9; г) 3–7,5;

5. Наиболее широкая десна располагается в области:

- а) фронтального участка верхней челюсти с вестибулярной стороны;
- б) премоляров/моляров нижней челюсти с язычной стороны;
- в) фронтального участка нижней челюсти с вестибулярной стороны;
- г) премоляров/моляров верхней челюсти с язычной стороны.

6. Межзубная десна — это:

- а) тканевая стенка десневой борозды;
- б) выступающая над коронкой зуба часть десневой ткани, заполняющая пространство между контактными поверхностями зуба;
- в) выступающая над коронкой зуба часть десневой ткани остроконечной формы;
- г) выступающая над коронкой зуба часть десневой ткани трапециевидной формы.

7. Контур межзубной десны:

- а) зависит от контактного пункта;
- б) всегда остроконечный;
- в) в основном пологий;
- г) всегда трапециевидный.

8. Свободная десна — это:

- а) неприкрепленная десна шириной 0,5–1,5 мм, которая формирует мягкую стенку десневой борозды и включает межзубную и коронковую части десны;
- б) неприкрепленная десна шириной 1–2 мм, которая формирует мягкую стенку десневой борозды и не включает межзубную десну;
- в) выступающая над коронкой зуба часть десневой ткани, заполняющая пространство между контактными поверхностями зуба;
- г) выступающая над коронкой зуба часть десневой ткани остроконечной формы.

9. Ширина прикрепленной десны в области резцов верхней челюсти составляет (мм):

- а) 3,3–3,9; б) 1–9; в) 3,4–4,5; г) 2,5–3,5.

10. Ширина прикрепленной десны в области резцов нижней челюсти составляет (мм):

- а) 3,3–3,9; б) 1–9; в) 3,4–4,5; г) 2,5–3,5.

11. Ширина прикрепленной десны в области премоляров верхней челюсти в среднем составляет (мм):

- а) 1; б) 1,9; в) 3,4.

12. Ширина прикрепленной десны в области премоляров нижней челюсти в среднем составляет (мм):

- а) 1,9; б) 2,9; в) 3,9.

13. Десневой эпителий подразделяют:

- а) на оральный и прикрепленный;

- б) оральный и эпителий десневой борозды;
- в) оральный, прикрепленный и эпителий десневой борозды;
- г) прикрепленный и эпителий десневой борозды.

14. Оральный эпителий выстилает:

- а) язычную и щечную/губную поверхности десны, простираясь от мукогингивальной линии до десневого края;
- б) язычную и щечную/губную поверхности десны, простираясь от мукогингивальной линии до прикрепленного эпителия;
- в) десневую борозду, простираясь от десневого края до прикрепленного эпителия;
- г) область десны от мукогингивальной линии до прикрепленного эпителия.

15. Эпителий борозды выстилает:

- а) десневую борозду, простираясь от десневого края до прикрепленного эпителия;
- б) область десны от мукогингивальной линии до прикрепленного эпителия;
- в) язычную и щечную/губную поверхности десны, простираясь от мукогингивальной линии до десневого края;
- г) язычную и щечную/губную поверхности десны, простираясь от мукогингивальной линии до прикрепленного эпителия.

16. Прикрепленный эпителий имеет:

- а) дистальную и медиальную части;
- б) апикальную, медиальную, корональную части;
- в) дистальную и камбиальную части;
- г) апикальную и корональную части.

17. Протяженность прикрепленного эпителия варьируется в пределах (мм):

- а) 0,25–1,35; б) 0,1–1,5; в) 0,2–1,4; г) 0,5–1,5.

18. Толщина прикрепленного эпителия варьируется в пределах (Ангстрем):

- а) 150–1500; б) 250–1300; в) 350–1400; г) 250–1400.

19. Главными компонентами периодонтальной связки являются:

- а) коллагеновые волокна, фибробласты;
- б) коллагеновые волокна, фибробласты, сосуды и нервы;
- в) коллагеновые волокна и сосуды;
- г) коллагеновые волокна и нервы.

20. Процентное отношение коллагеновых волокон в периодонтальной связке (по объему) составляет (%):

- а) 60; б) 70; в) 80; г) 50.

21. Процентное отношение сосудов и нервов в периодонтальной связке (по объему) составляет (%):

- а) 60; б) 50; в) 40; г) 35.

22. Процентное отношение фибробластов в периодонтальной связке (по объему) составляет (%):

- а) 8; б) 10; в) 5; г) 15.

23. Ширина периодонтальной связки составляет (мм):

- а) 0,2–0,5; б) 0,1–1; в) 0,2–1,5; г) 0,5–1.

24. В маргинальной части периодонтальной связки выделяют следующие группы коллагеновых волокон:

а) денто-гингивальные, гингиво-альвеолярные, циркулярные, денто-периостальные, транссептальные.

б) денто-гингивальные, циркулярные, денто-периостальные, транссептальные;

в) циркулярные, денто-периостальные, транссептальные, гингиво-альвеолярные;

г) циркулярные, денто-периостальные, транссептальные.

25. В периодонтальной связке прикрепление десны к цементу зуба осуществляют коллагеновые волокна:

а) денто-гингивальные;

б) циркулярные;

в) транссептальные;

г) денто-периостальные.

26. В периодонтальной связке держат зуб в равновесии в круговом направлении коллагеновые волокна:

а) денто-гингивальные;

б) циркулярные;

в) гингиво-альвеолярные;

г) денто-периостальные.

27. В периодонтальной связке перекрестно соединяют зуб с зубом коллагеновые волокна:

а) циркулярные;

б) денто-гингивальные;

в) транссептальные;

г) денто-периостальные.

28. В периодонтальной связке скрепляют цемент с надкостницей коллагеновые волокна:

а) денто-периостальные;

б) денто-гингивальные;

в) гингиво-альвеолярные;

г) транссептальные.

29. В периодонтальной связке прикрепление десны к альвеолярному гребню осуществляют коллагеновые волокна:

а) гингиво-альвеолярные;

в) транссептальные;

б) денто-периостальные;

г) циркулярные.

30. Основные функции периодонтальной связки:

- а) амортизационная, строительная, трофическая, сенсорная;
- б) строительная, приспособительная, сенсорная;
- в) физическая, строительная, сенсорная, приспособительная;
- г) трофическая, сенсорная, адаптационная.

31. Вершина гребня межзубной части альвеолярной кости находится:

- а) на 1–1,5 мм ниже эмалево-цементного соединения;
- б) 1–1,5 мм выше эмалево-цементного соединения;
- в) уровне эмалево-цементного соединения альвеолярной кости;
- г) 0,5 мм ниже эмалево-цементного соединения.

32. Форма межзубной части альвеолярной кости

- а) всегда остроконечная; в) зависит от групповой принадлежности зуба;
- б) всегда трапецевидная; г) в основном пологая.

33. Цемент корня зуба — это:

- а) твердая кальцинированная соединительная ткань, состоящая на 45–60 % из неорганических веществ (гидроксиапатиты), в которую вплетаются Шарпеевы волокна;
- б) соединительная ткань, состоящая в среднем на 70 % из неорганических веществ;
- в) соединительная ткань, состоящая на 65 % из неорганических веществ (гидроксиапатиты), в которую вплетаются Шарпеевы волокна;
- г) твердая кальцинированная соединительная ткань, состоящая на 45–60 % из неорганических веществ (гидроксиапатиты);

34. Толщина цемента зуба варьируется (мм):

- а) 0,1–1; б) 0,1–2; в) 0,5– 2; г) 0,2–0,5.

35. Бесклеточный цемент зуба присутствует:

- а) в коронковой $\frac{1}{3}$ части корня зуба;
- б) в области фуркации;
- в) в апикальной области;
- г) на всем протяжении корня зуба.

36. Клеточный цемент зуба находится:

- а) в апикальной части корня зуба и в области фуркации;
- б) в коронковой $\frac{1}{3}$ части корня зуба;
- в) только в области фуркации;
- г) на всем протяжении корня зуба.

37. Толщина цемента корня зуба в апикальной области составляет (мкм):

- а) 200–600; б) 50–150; в) 10; г) 10–200.

38. Толщина цемента в коронковой $\frac{1}{3}$ части корня зуба составляет (мкм):

- а) 50–150; б) 200–600; в) 10; г) 10–200.

39. Зубодесневое прикрепление у молодых людей без патологии периодонта расположено:

- а) выше эмалево-цементного соединения;
- б) на уровне эмалево-цементного соединения;
- в) ниже эмалево-цементного соединения на 0,5 мм;
- г) ниже эмалево-цементного соединения на 1 мм.

40. Глубина зондирования зубодесневой борозды учитывается при определении индекса:

- а) GI (Н. Loe, J. Silness, 1963);
- б) КПИ (П. А. Леус, 1988);
- в) ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964);
- г) СРITN (J. Ainamo и др., 1982).

41. Гиперплазия десны — это:

- а) смещение десны в апикальном направлении;
- б) увеличение участка десны за счет количественного роста тканевых элементов;
- в) уменьшение без видимого воспаления объема десневой ткани и уровня эпителиального прикрепления;
- г) увеличение участка десны в объеме.

42. Атрофия десны — это:

- а) смещение десны в апикальном направлении;
- б) уменьшение без видимого воспаления объема десневой ткани и уровня эпителиального прикрепления;
- в) увеличение участка десны в объеме;
- г) увеличение участка десны за счет количественного роста тканевых элементов.

43. Рецессия десны — это:

- а) смещение десневого края в апикальном направлении;
- б) увеличение десны в объеме;
- в) уменьшение десны в объеме;
- г) увеличение участка десны за счет количественного роста тканевых элементов.

44. Десневая борозда — это:

- а) узкое щелевидное пространство между зубом и десной;
- б) разделительная линия между свободной и прикрепленной десной;
- в) узкое щелевидное пространство между зубом и десной, располагающееся от края свободной десны до эпителия прикрепления;
- г) линия перехода прикрепленной десны в слизистую альвеолярного отростка.

45. Единый комплекс тканей, включающий цемент зуба, десну, периодонтальную связку и альвеолярную кость, называется

46. Участок перегородки альвеолярной кости, расположенный в области разветвления корней, называется

56. Укажите соответствие между группой коллагеновых волокон периодонта и ее функцией (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Группа коллагеновых волокон	Функция
1. Денто-гингивальные.	А. Перекрестно соединяют зуб с зубом.
2. Гингиво-альвеолярные.	Б. Прикрепление десны к цементу зуба.
3. Циркулярные.	В. Связывают цемент с надкостницей.
4. Денто-периостальные.	Г. В круговом направлении держат зуб в равновесии.
5. Трансептальные	Д. Прикрепление десны к альвеолярному гребню

ТЕМА 5. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

1. Установите правильную последовательность диагностических мероприятий при болезнях периодонта: 1) знакомство с пациентом; 2) первичная визуальная характеристика периодонта; 3) сбор анамнеза жизни, болезни; 4) определение статуса ротовой полости; 5) детальное исследование периодонта; 6) рентгенологическое исследование; 7) лабораторные исследования:

а) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7;

в) 1, 3, 4, 2, 6, 5, 7;

б) 1, 3, 2, 4, 5, 6, 7;

г) 1, 3, 4, 2, 5, 6, 7.

2. Предварительный диагноз болезни периодонта выставляют:

а) после опроса;

б) после опроса, осмотра, визуальной оценки состояния тканей периодонта;

в) после опроса, осмотра, рентгенологического исследования;

г) после опроса, осмотра, детального исследования периодонта.

3. Уровень гигиены рта устанавливают:

а) во время осмотра зубного ряда;

б) при осмотре ротовой полости;

в) при индексной оценке;

г) при окрашивании зубного налета.

4. Индексную оценку состояния периодонта проводят:

а) для определения статуса ротовой полости;

б) постановки предварительного диагноза;

в) определения уровня вовлечения тканей периодонта в патологический процесс;

г) дифференциальной диагностики.

5. Выявление факторов риска болезней периодонта проводят:

а) на первом этапе обследования;

б) при рентгенологическом обследовании;

в) на втором этапе обследования;

г) при проведении лабораторных методов исследования.

6. Для определения формы периодонтита достаточно:

а) опроса;

б) опроса, осмотра;

в) опроса, осмотра, рентгенологического исследования;

г) опроса, осмотра, рентгенологического исследования, индексной оценки.

7. Выявлять вредные привычки необходимо:

а) у пациентов молодого возраста;

б) пациентов с большим количеством зубных отложений;

в) всех пациентов;

г) пациентов с общей патологией.

8. Первичная визуальная характеристика периодонта дает возможность:

а) поставить диагноз болезни периодонта;

б) наметить план обследования;

в) составить план лечения;

г) определить пациента в группу динамического наблюдения.

9. План обследования пациента с болезнями периодонта представляет:

а) стандартную схему обследования стоматологического пациента;

б) индивидуальную схему диагностического поиска, направленного на выявление предполагаемых болезней периодонта;

в) комплекс диагностических методов;

г) последовательность диагностических методов.

10. Обследование пациента с болезнями периодонта для постановки диагноза обычно проводят:

а) в один этап;

б) в несколько этапов;

в) в первое посещение;

г) на протяжении всех посещений пациента.

11. Установите последовательность первого этапа обследования пациента с болезнью периодонта: 1) знакомство с пациентом; 2) анамнез жизни; 3) жалобы, анамнез болезни; 4) определение статуса ротовой полости; 5) первичная визуальная характеристика периодонта; 6) детальное исследование тканей периодонта:

а) 1, 2, 3;

в) 1, 2, 3, 4, 5;

б) 1, 2, 3, 4;

г) 1, 2, 3, 4, 5, 6.

12. При детальном исследовании состояния периодонта определяют:

а) наличие воспаления десны;

б) наличие подвижности зубов;

в) наличие оголения корней зубов;

г) степень вовлечения в патологический процесс тканей периодонта.

13. При постановке предварительного диагноза определяют:

- а) название болезни периодонта;
- б) форму болезни периодонта;
- в) степень вовлечения в процесс тканей периодонта;
- г) распространенность патологического процесса в тканях периодонта.

14. Симптоматический периодонтит можно заподозрить, если выявлены (укажите два правильных ответа):

- а) десневые карманы;
- б) глубокие периодонтальные карманы у пациентов до 35 лет;
- в) периодонтальные карманы;
- г) периодонтальные карманы с малиноподобными разрастаниями грануляций.

15. Определение глубины периодонтального кармана следует проводить зондированием:

- а) у вестибулярной поверхности зуба;
- б) язычной (небной) поверхности зуба;
- в) апроксимальных поверхностей зуба;
- г) всех поверхностей зуба.

16. Планирование консультации эндокринолога необходимо при выявлении (укажите два правильных ответа):

- а) большого количества зубных отложений;
- б) увеличения размеров десны;
- в) сухости во рту, десневых и периодонтальных абсцессов;
- г) повышенной чувствительности зубов.

17. Консультацию гематолога при обнаружении участков изъязвлений, десневых кровоизлияний и гиперплазии десны:

- а) планируют;
- б) не планируют;
- в) планируют только для пациентов моложе 35 лет;
- г) планируют только для пациентов старше 65 лет.

18. Увеличение размеров десны часто наблюдают (укажите два правильных ответа):

- а) в период полового созревания;
- б) только у пациентов моложе 20 лет;
- в) при беременности;
- г) только у пациентов старше 65 лет.

19. При подозрении общего остеопороза у пациента проводят:

- а) микробиологическое исследование;
- б) остеоденситометрию;
- в) иммунологическое исследование;
- г) морфологическое исследование.

20. Для подтверждения диагноза «симптоматический периодонтит» необходимо:

- а) проведение тщательного опроса;
- б) проведение тщательного осмотра;
- в) проведение дополнительных методов исследования;
- г) направление пациента на обследование к врачу-интернисту.

21. Изучение микроциркуляции в тканях периодонта проводят:

- а) при определении статуса ротовой полости;
- б) при визуальной оценке состояния периодонта;
- в) детальном исследовании периодонта;
- г) проведении лабораторных исследований.

22. Для исследования глубины периодонтального кармана используют:

- а) периодонтальный зонд, градуированный зонд;
- б) угловой зонд, пробу Шиллера–Писарева;
- в) периодонтальный зонд, гладилку;
- г) эхоостеометрию.

23. Уровень деструкции периодонтальных тканей определяют с помощью:

- а) зондирования;
- б) периодонтальных индексов, рентгенографии;
- в) специальных проб;
- г) функциональных методов исследования.

24. Для определения степени вовлечения в патологический процесс фуркации используют:

- а) прямой зонд;
- б) угловой зонд;
- в) изогнутый зонд Nabers;
- г) пуговчатый зонд.

25. Промежуток времени, в течение которого учитывают кровоточивость десны при ее зондировании, составляет (с):

- а) 10;
- б) 20;
- в) 30;
- г) 60.

26. Консистенцию десны определяют:

- а) зондированием;
- б) пальпаторно;
- в) с помощью пробы Шиллера–Писарева;
- г) денситометрией.

27. Подвижность зуба определяют:

- а) зондированием;
- б) перкуссией;
- в) пальпаторно;
- г) рентгенологически.

28. Выявление преждевременных контактов зубов возможно:

- а) при сборе анамнеза жизни;
- б) сборе анамнеза болезни;
- в) исследовании зубного ряда с помощью копировальной бумаги, восковой пластины;
- г) рентгенологическом исследовании.

29. К клиническим признакам окклюзионной травмы относят: 1) остатки пищи; 2) прикусывание щеки; 3) кровоточивость десны; 4) чувствительность дентина премоляров, моляров на жевательных поверхностях; 5) язвенные поражения десны; 6) гиперплазию десны:

- а) 1, 3, 5;
- б) 1, 2, 3, 5;
- в) 1, 2, 4, 6;
- г) 1, 2, 3, 4, 5, 6.

30. К рентгенологическим признакам окклюзионной травмы относят:

1) расширение периодонтальной щели с утолщением компактной пластинки вдоль латеральной стенки корня, его апикальной области и в зоне бифуркации; 2) горизонтальную резорбцию межальвеолярных перегородок с образованием надкостных карманов; 3) вертикальную резорбцию межальвеолярных перегородок с образованием внутрикостных дефектов; 4) рентгеноконтрастность и плотность альвеолярной кости; 5) остеопороз в межальвеолярных перегородках и теле челюсти:

- а) 1, 2, 4;
- б) 1, 2, 5;
- в) 1, 3, 4;
- г) 1, 3, 5.

31. Поверхность десны в норме:

- а) ровная, матовая;
- б) шероховатая, тусклая;
- в) гладкая, блестящая;
- г) слегка бугристая.

32. Клиническая глубина десневой борозды в норме (мм):

- а) 0,3;
- б) 0,5–3;
- в) 3–4;
- г) 2–5.

33. Зондирование зубодесневой борозды необходимо проводить с силой не более (г):

- а) 10;
- б) 20;
- в) 30;
- г) 40.

34. Характеристика индекса гигиены ОНI-S как «упрощенного» обусловлена тем, что:

- а) исследуется только зубной налет;
- б) не применяется окрашивание;
- в) исследуются все зубы;
- г) исследуются ключевые зубы.

35. Степень кровоточивости десны оценивают с помощью индекса:

- а) Грина–Вермиллиона;
- б) Кёчке;
- в) Рассела;
- г) Лоу–Силнесс.

36. О мелком преддверии ротовой полости свидетельствует глубина (мм):

- а) менее 5;
- б) 6–7;
- в) 8–10;
- г) более 10;

37. Лабораторные методы диагностики при болезнях пародонта используют (укажите два правильных ответа):

- а) в случае, когда пациент пользуется жесткой щеткой и жалуется на кровоточивость десны при чистке зубов;
- б) для определения эффективности проводимого лечения;
- в) при наличии у пациента нерациональных ортопедических конструкций и выраженного воспаления десны;
- г) при затруднении в правильной оценке пародонтологического статуса.

38. Прикрепленная десна имеет наименьшую ширину в области:

- а) резцов верхней челюсти;
- б) резцов нижней челюсти;
- в) премоляров верхней челюсти;
- г) премоляров нижней челюсти.

39. Межзубная десна в области клыков в норме имеет форму:

- а) усеченного конуса;
- б) трапецивидную;
- в) остроконечную;
- г) овальную.

40. Подвижность зуба определяют:

- а) в вестибуло-оральном направлении;
- б) медио-дистальном направлении;
- в) вертикальном направлении, вдоль оси зуба;
- г) всех направлениях.

41. У пародонтального зонда William отсутствует штриховка в миллиметровой линейке:

- а) 1 и 3;
- б) 4 и 6;
- в) 7 и 9;
- г) 10 и 12.

42. Уплощенную рабочую часть имеет зонд:

- а) William;
- б) Nabers;
- в) Fox;
- г) WHO.

43. Верхняя граница черной штриховки пародонтального зонда WHO соответствует (мм):

- а) 3,5;
- б) 4,5;
- в) 5,5;
- г) 6,5.

44. Нижняя граница черной штриховки пародонтального зонда WHO соответствует (мм):

- а) 2,5;
- б) 3,5;
- в) 4,5;
- г) 5,5.

45. Основным принципом диагностики стоматологического здоровья является:

- а) оценка отдельно взятой болезни;
- б) оценка общего состояния здоровья пациента и исследование органов и тканей ротовой полости;
- в) использование основных и дополнительных методов исследования;
- г) использование лабораторных методов исследования.

46. Установите последовательность определения статуса ротовой полости при обследовании пациента с болезнью пародонта: 1) запах изо рта; 2) исследование зубов; 3) архитектоника преддверия и дна ротовой полости; 4) слюна; 5) гигиена; 6) слизистая оболочка ротовой полости:

- а) 1, 5, 4, 2, 3, 6;
- б) 5, 1, 2, 3, 6, 4;
- в) 5, 1, 4, 6, 3, 2;
- г) 1, 2, 3, 4, 5, 6;

47. Установите последовательность детального исследования тканей периодонта при болезни периодонта: 1) определение уровня вовлечения десны в патологический процесс; 2) определение уровня деструкции периодонтальной ткани, наличия периодонтальных карманов; 3) обследование на наличие над- и поддесневых отложений; 4) определение состояния микроциркуляции периодонта; 5) выявление травмы от окклюзии; 6) определение уровня деструкции альвеолярной кости:

- а) 1, 2, 3, 6, 5, 4;
- б) 1, 2, 3, 4, 6, 5;
- в) 3, 1, 2, 6, 5, 4;
- г) 1, 2, 3, 4, 5, 6.

48. Установите последовательность исследования зубов при болезни периодонта: 1) определение чувствительности дентина; 2) оценка количества и причины утраченных зубов; 3) обследование на наличие патологической миграции зубов; 4) определение состояния контактных поверхностей зубов; 5) исследование окклюзионных контактов; 6) определение подвижности зуба:

- а) 1, 2, 3, 6, 5, 4;
- б) 1, 2, 3, 4, 6, 5;
- в) 2, 1, 4, 6, 3, 5;
- г) 1, 2, 3, 4, 5, 6.

49. Установите соответствие между именем автора и предложенным индексом, характеризующим состояние периодонта (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Имя автора	Индекс
1. М. Massler, J. Shour, 1948.	А. GI.
2. Н. Loe, J. Silness, 1963.	Б. ИПК.
3. Л. Н. Дедова, 1981.	В. КПИ.
4. П. А. Леус, 1988	Г. РМА

50. Установите соответствие между именем автора и предложенным периодонтальным индексом (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Имя автора	Периодонтальный индекс
1. J. Ainamo и др., 1982.	А. PI.
2. S. P. Ramfjord, 1959.	Б. CPITN.
3. А. L. Russell, 1956, 1967.	В. КПИ.
4. П. А. Леус, 1988	Г. PDI

51. Установите соответствие между показателем индекса ИПК (Л. Н. Дедова, 1981) и оценкой функционального состояния периферического

кровообращения тканей периодонта (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Показатель индекса, %	Оценка
1. 60–70.	А. Хорошее компенсированное состояние.
2. 7,5–50.	Б. Физиологическая норма.
3. 1,07–7,4.	В. Удовлетворительное состояние.
4. 80–100	Г. Состояние декомпенсации

52. Установите соответствие между кодом и критерием индекса CRITN (J. Ainato и др., 1982) (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Код	Критерий
1. 0	А. Зондом определяется поддесневой зубной камень, глубина зондирования — до 3,5 мм.
2. 1	Б. Здоровая десна, нет признаков патологии.
3. 2	В. Определяется карман глубиной более 6 мм.
4. 3	Г. После зондирования наблюдается кровоточивость десны.
5. 4	Д. Определяется карман глубиной 4 или 5 мм

53. Установите соответствие между кодом и признаком индекса КПИ (П. А. Леус, 1988) (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Код	Признак
1. 0	А. Здоровый.
2. 1	Б. Зубной камень.
3. 2	В. Зубной налет.
4. 3	Г. Кровоточивость.
5. 4	Д. Подвижность зуба.
6. 5	Е. Патологический карман

54. Установите соответствие между кодом и признаком индекса GI (H. Loe, J. Silness, 1963) (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Код	Признак
1. 0	А. Умеренное воспаление, покраснение, отек, кровоточивость при пальпации.
2. 1	Б. Легкое воспаление, небольшое изменение цвета, легкая Отечность, нет кровоточивости при пальпации.
3. 2	В. Резко выраженное воспаление с заметным покраснением и отеком, изъязвлениями, тенденцией к спонтанным кровотечениям.
4. 3	Г. Нормальная десна

ТЕМА 6. БОЛЕЗНИ ПЕРИОДОНТА. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Высушивание десны используют для определения:

- а) консистенции;
- б) поверхностной структуры;

- в) контура;
- г) размера.

2. Окрашивают десну при проведении пробы:

- а) Ясиновского;
- б) Шиллера–Писарева (1963);
- в) Кулаженко (1960);
- г) Кавецкого.

3. Окрашивание зубов проводят при определении индекса гигиены:

- а) ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964), PLI (J. Silness, H. Loe, 1964);
- б) РНР (A. G. Podshadley, J. V. Haley, 1968), Федорова–Володкиной (1971);
- в) PLI (J. Silness, H. Loe, 1964), Федорова–Володкиной (1971);
- г) РНР (A. G. Podshadley, J. V. Haley, 1968), ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964).

4. Показатели скорости выделения слюны в состоянии покоя колеблются в пределах (мл/мин):

- а) 0,1–0,2; б) 0,2–0,3; в) 0,3–0,4; г) 0,4–0,5.

5. Показатели скорости выделения слюны, стимулированной жеванием парафина, колеблются в пределах (мл/мин):

- а) 1–2; б) 2–3; в) 3–4; г) 4–5.

6. Скорость нестимулированного слюноотделения определяют:

- а) непосредственно после приема пищи;
- б) через 30 мин после приема пищи;
- в) через 60 мин после приема пищи;
- г) натощак или через 1,5–2 ч после приема пищи.

7. Для проведения пробы Шиллера–Писарева (1963) используют реактив, состоящий:

- а) из 1 г йода и 40 мл дистиллированной воды;
- б) 1 г йодистого калия и 40 мл дистиллированной воды;
- в) 1 г йода, 1 г йодистого калия и 50 мл дистиллированной воды;
- г) 1 г йода, 2 г йодистого калия и 40 мл дистиллированной воды.

8. С помощью пробы Шиллера–Писарева (1963) определяют:

- а) поверхность десны;
- б) контур десны;
- в) воспаление десны;
- г) консистенцию десны.

9. Тест тягучести слюны (П. А. Леус, Л. В. Беясова, 1995) проводят с помощью:

- а) специальных инструментов;
- б) стоматологического пинцета;
- в) специальных реактивов;
- г) специального аппарата.

10. Вязкость слюны определяют с помощью:

- а) стоматологического пинцета;
- б) ватного валика;
- в) специального реактива;
- г) вискозиметра.

11. Забор десневой жидкости для изучения ее количества проводят с помощью:

- а) ватной турунды;
- б) ватного валика;
- в) полоски фильтровальной бумаги;
- г) пипетки.

12. Забор десневой жидкости из кармана проводят в течение (мин):

- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.

13. Цитологический метод в периодонтологии используют:

- а) для планирования лечения;
- б) выбора метода лечения;
- в) подбора лекарственного средства;
- г) динамического наблюдения за течением патологического процесса и эффективностью лечения деструктивных процессов.

14. Материал для цитологического исследования при периодонтите берут способом:

- а) мазок-отпечаток;
- б) мазок-перепечаток;
- в) мазок-соскоб;
- г) мазок содержимого зубодесневого кармана.

15. Цитологический метод позволяет изучить:

- а) качественный и количественный состав микрофлоры периодонтального кармана;
- б) качественный и количественный состав клеточных элементов;
- в) строение эпителия десны;
- г) строение периодонта.

16. Для рентгенологической характеристики патологического процесса (тип, распространенность по глубине и протяженности) в периодонте целесообразно проведение:

- а) близкофокусной контактной рентгенографии;
- б) ортопантомографии;
- в) рентгенографии в прикус (Bitewing);
- г) цифровой рентгенографии.

17. Доступным способом детального изображения изменений костной структуры альвеолярного отростка является:

- а) близкофокусная контактная рентгенография;
- б) ультразвуковая денситометрия;

- в) рентгенография в прикус (Bitewing);
- г) компьютерная томография.

18. Вакуумную пробу (В. И. Кулаженко, 1960) используют для определения (укажите два правильных ответа):

- а) индекса РМА (С. Parma, 1960);
- б) стойкости капилляров десны;
- в) индекса ИПК (Л. Н. Дедова, 1981);
- г) индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963).

19. Для проведения вакуумной пробы (В. И. Кулаженко, 1960) диаметр стеклянной кюветы должен быть (мм):

- а) 3; б) 5; в) 7; г) 8.

20. У практически здоровых людей в возрасте 20–40 лет, не перенесших заболеваний, влияющих на стойкость капилляров, вакуумные гематомы (экстравазаты) на фронтальном участке альвеолярного отростка нижней челюсти в норме образуются (с):

- а) за 10–20; б) 20–30; в) 35–45; г) 50–80.

21. У практически здоровых людей в возрасте 20–40 лет, не перенесших заболеваний, влияющих на стойкость капилляров, вакуумные гематомы (экстравазаты) в боковом участке альвеолярного отростка челюсти в норме образуются (с):

- а) за 25–35; б) 40–45; в) 50–55; г) 60–100.

22. Вакуумную лечебную процедуру проводят при отрицательном давлении в кювете, равном (мм рт. ст.) (укажите два правильных ответа):

- а) 20; б) 40; в) 60; г) 80.

23. Вакуумную пробу на стойкость капилляров десны (В. И. Кулаженко, 1960) используют при определении индекса:

- а) РМА (С. Parma, 1960); б) GI (Н. Loe, J. Silness, 1963);
- в) ИПК (Л. Н. Дедова, 1981); г) КПИ (П. А. Леус, 1988).

24. Йодное число Свракова (1963) до 2,3 балла соответствует:

- а) отсутствию воспаления в десне;
- б) слабо выраженному процессу воспаления;
- в) умеренно выраженному процессу воспаления;
- г) интенсивному воспалительному процессу.

25. Наличие над- и поддесневых зубных отложений учитывают:

- а) в гигиеническом индексе полости рта Федорова–Володкиной, 1971;
- б) упрощенном индексе гигиены полости рта — OHI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964);
- в) индексе зубного налета — PLI (J. Silness, H. Loe, 1964);
- г) индексе эффективности гигиены полости рта — PHP (A. G. Podshadley, J. V. Haley, 1968).

26. Информативные данные о вовлечении в патологический процесс десны можно получить при помощи:

- а) индекса РМА в модификации (С. Parma, 1960);
- б) индекса РМА (М. Massler, J. Shour, 1948);
- в) индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963);
- г) пробы Шиллера–Писарева (1963);
- д) всего вышеперечисленного.

27. Нуждаемость в лечении болезней периодонта определяет индекс:

- а) КПИ (П. А. Леус, 1988);
- б) ПИ (А. L. Russell, 1956, 1967);
- в) СРITN (J. Ainamo и др., 1982);
- г) PDI (S. P. Ramfjord, 1959).

28. Доступными и эффективными способами изучения микроциркуляции периодонта являются (укажите два правильных ответа):

- а) капилляроскопия;
- б) реография;
- в) вакуумная проба на стойкость капилляров десны (В. И. Кулаженко, 1960; Л. А. Денисов, Л. Н. Дедова, 1987), индекс ИПК (Л. Н. Дедова, 1981);
- г) вакуумная проба на проницаемость капилляров десны (В. И. Кулаженко, 1960; Л. А. Денисов, Л. Н. Дедова, 1987).

29. Методом исследования микроциркуляции периодонта с использованием оптических систем является:

- а) полярография;
- б) реопериодонтография;
- в) контактная биомикроскопия;
- г) ультразвуковая доплерография.

30. Методом исследования плотности костной ткани челюстей является:

- а) ультразвуковая доплерография;
- б) рентгеновская и ультразвуковая денситометрия;
- в) полярография;
- г) реопериодонтография.

31. Функциональным методом исследования, основанном на определении кислородного баланса в десне, является:

- а) термометрия;
- б) реопериодонтография;
- в) контактная биомикроскопия;
- г) полярография.

32. Для определения индекса чувствительности периодонта — ИЧП (Л. Н. Дедова, 2004) — проводят:

- а) зондирование зуба;
- б) перкуссию или пальпацию зуба;

в) ЭОМ; г) термометрию.

33. При определении индекса чувствительности периодонта — ИЧП (Л. Н. Дедова, 2004) — самую интенсивную боль оценивают по цифровой шкале (балл):

а) в 10; б) 11; в) 12; г) 13.

34. Биохимический анализ крови у пациента с болезнью периодонта проводят:

- а) для исключения диагноза «симптоматический периодонтит»;
- б) выявления характера патологического процесса в периодонте;
- в) определения распространенности патологического процесса в периодонте;
- г) выявления тяжести патологического процесса в периодонте.

35. Биохимическое исследование крови на сахар необходимо проводить у пациентов:

- а) с обильными зубными отложениями;
- б) частым абсцедированием десны;
- в) выраженной кровоточивостью десны;
- г) гнилостным запахом изо рта.

36. Проведение реакции адсорбции микроорганизмов (РАМ) необходимо для определения:

- а) вязкости слюны;
- б) неспецифической резистентности организма;
- в) типа кристаллизации слюны;
- г) тягучести слюны.

37. Проведение реакции адсорбционной способности слюны необходимо для определения:

- а) вязкости слюны; б) защитных свойств слюны;
- в) типа кристаллизации слюны; г) тягучести слюны.

38. Микробиологические исследования зубного налета проводят (укажите два правильных ответа):

- а) для уточнения предполагаемого диагноза;
- б) определения тяжести патологического процесса в периодонте;
- в) определения эффективности проводимого лечения;
- г) выбора противовоспалительного лекарственного средства.

39. Перед взятием материала для микробиологического исследования пациент должен:

- а) не чистить зубы, быть натошак, не полоскать ротовую полость антисептиками;
- б) почистить зубы без использования зубной пасты;
- в) почистить зубы с использованием только гигиенической зубной пасты;
- г) не принимать углеводистую пищу.

40. К наиболее информативному способу изучения окклюзионных соотношений челюстей можно отнести:

- а) использование пальпаторной пробы;
- б) применение копировальной бумаги;
- в) использование восковой пластины;
- г) изготовление гипсовых моделей и изучение их в артикуляторе.

41. Состояние специфической защиты при исследовании десневой жидкости можно определить изучением:

- а) клеточного состава;
- б) микробного состава;
- в) содержания иммуноглобулинов А, М, D;
- г) ферментного состава.

42. Основным принципом деонтологии при обследовании пациента с болезнью периодонта является:

- а) использование стандартной схемы обследования;
- б) применение адекватных методов обследования;
- в) указание пациенту в категоричной форме на его вредные привычки, плохую гигиену рта;
- г) уважение пациента, поддержание его чувства собственного достоинства.

43. К функциональным методам исследования микроциркуляции периодонта относят (укажите два правильных ответа):

- а) ультразвуковую денситометрию;
- б) реопериодонтографию;
- в) ультразвуковую доплерографию;
- г) эхоостеометрию.

44. К микробиологическим методам в периодонтологии относят (укажите два правильных ответа):

- а) выращивание бактериальных культур;
- б) стоматоскопию;
- в) капилляроскопию;
- г) фазово-контрастную микроскопию.

45. К молекулярно-биологическим методам в периодонтологии относят:

- а) ультразвуковую доплерографию, ультразвуковую и рентгеновскую денситометрию;
- б) метод гибридизации (ДНК-зонды) и полимеразную цепную реакцию (ПЦР);
- в) реопериодонтографию, полярографию и фотоплетизмографию;
- г) непрямую иммунную флюоресценцию и латекс-агглютинацию.

ТЕМА 7. КЛИНИКА БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА: ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТОЙ МАРГИНАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ

1. Воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется

2. Укажите основной предрасполагающий фактор в развитии хронического простого маргинального гингивита:

- а) местная травма;
- б) общее заболевание (сахарный диабет, эндокринные заболевания);
- в) зубной налет;
- г) вредные привычки.

3. Первым клиническим признаком воспаления десны является:

- а) запах изо рта;
- б) боль в десне;
- в) кровоточивость при исследовании десневой борозды периодонтальным зондом;
- г) изменение вкусовой чувствительности.

4. Локализацию воспаления и степень тяжести гингивита определяют с помощью:

- а) визуального осмотра;
- б) десневого индекса GI (H. Loe, J. Silness, 1963);
- в) периодонтальных индексов КПИ (П. А. Леус, 1988), CPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- г) индекса РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960).

5. Распространенность и степень тяжести гингивита определяют с помощью:

- а) визуального осмотра;
- б) десневого индекса GI (H. Loe, J. Silness, 1963);
- в) периодонтальных индексов КПИ (П. А. Леус, 1988), CPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- г) индекса РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960).

6. Кровоточивость десны как клинический признак учитывают при определении индексов:

- а) ОНI-S (J. C. Green, J.R. Vermillion, 1964), КПИ (П. А. Леус, 1988);
- б) GI (H. Loe, J. Silness, 1963), РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960);
- в) GI (H. Loe, J. Silness, 1963), CPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- г) CPITN (J. Ainamo и др., 1982), РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960).

7. Основными критериями, характеризующими состояние десны, являются:

- а) изменение цвета, поверхностной структуры, контуров, консистенции, кровоточивость при зондировании, показатели десневого индекса;
- б) изменение цвета, протяженности, объема, контуров, подвижность зубов;
- в) изменение рельефа, цвета, контуров, степень деструкции тканей периодонта.

8. На рентгенограмме при хроническом простом маргинальном гингивите деструкция костной ткани альвеолярного края:

- а) отмечается;
- б) не отмечается;
- в) отмечается у пациентов старше 60 лет;
- г) отмечается у подростков с высоким УИК (П. А. Леус, 1990).

9. Параметры объективных тестов (показатели индексов GI (Н. Loe, J. Silness, 1963), РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960), пробы Шиллера–Писарева (1963) при хроническом воспалении десны:

- а) очень высокие и высокие;
- б) высокие и средние;
- в) средние и низкие;
- г) низкие и очень низкие.

10. Параметры объективных тестов (показатели индексов GI (Н. Loe, J. Silness, 1963), РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960), пробы Шиллера–Писарева (1963) при остром воспалении десны:

- а) очень высокие;
- б) высокие;
- в) средние;
- г) низкие.

11. К локализованному простому маргинальному гингивиту не относят воспаление десны в области:

- а) 1–2-го зубов по видимой местной причине;
- б) группы нижних фронтальных зубов;
- в) «ключевых» зубов;
- г) зуба с искусственной коронкой.

12. К первоочередным тестам при диагностике болезней периодонта относят:

- а) определение десневого индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963), стойкости капилляров десны к дозированному вакууму;
- б) определение индексов PLI, КПИ (П. А. Леус, 1988), ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964), проведение пробы Шиллера–Писарева (1963), зондирование;
- в) определение индексов РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960), ИПК (Л. Н. Дедова, 1981), йодного числа Свракова (1963), Ро-исследование;
- г) исследование количественного и качественного состава десневой жидкости, проведение пробы Ясиновского.

13. К вспомогательным тестам при диагностике болезней периодонта относят:

- а) определение десневого индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963), стойкости капилляров десны к дозированному вакууму;
- б) проведение пробы Шиллера–Писарева (1963), определение йодного числа Свракова (1963);
- в) определение индексов РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960), ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964), зондирование;
- г) определение индексов КПИ (П. А. Леус, 1988), ИПК (Л. Н. Дедова, 1981), Ро-исследование.

14. Для гингивита легкой степени тяжести показатель десневого индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963) равен:

- а) 1,2 балла; б) 0,9 балла; в) 0,9 %; г) 1,2 %.

15. Для гингивита средней степени тяжести показатель десневого индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963) равен:

- а) 1,8 балла; б) 2,7 балла; в) 1,8 %; г) 2,7 %.

16. Для гингивита тяжелой степени тяжести показатель десневого индекса GI (Н. Loe, J. Silness, 1963) равен:

- а) 2,7 балла; б) 3,4 балла; в) 2,7 %; г) 3,4 %.

17. Критериям «нормы» при характеристике (исследовании) тканей периодонта соответствуют показатели:

- а) GI = 1 балл, РМА = 12 %, вакуумная проба на стойкость капилляров десны — 15 с;
- б) GI = 0,8 балла, РМА = 8 %, вакуумная проба на стойкость капилляров десны — 50 с;
- в) GI = 1,3 балла, РМА = 25 %, вакуумная проба на стойкость капилляров десны — 30 с.

18. К патоморфологическим изменениям в десне при гингивите относят:

- а) изменение топографии сосудов;
- б) увеличение проницаемости и ломкости сосудов;
- в) увеличение диаметра сосудов и их количества;
- г) все вышеперечисленные.

19. Эпителиальное прикрепление при гингивите:

- а) не разрушается; б) не изменяется;
- в) уменьшается; г) увеличивается.

21. Воспалительный процесс при гингивите разыгрывается на уровне:

- а) клеточном;
- б) микроциркуляторном;
- в) клеточном и микроциркуляторном одновременно;
- г) субклеточном.

22. В десневой жидкости не находят:

- а) лимфоциты;
- б) базофилы;
- в) полиморфно-ядерные лейкоциты;
- г) макрофаги.

23. При гиперпластическом гингивите диагностируют карман:

- а) периодонтальный;
- б) надкостный;
- в) десневой;
- г) внутрикостный.

24. При повышенной кровоточивости десны лучше использовать зубную пасту:

- а) «Лесная»;
- б) «Colgate-total 12»;
- в) «Фтородент»;
- г) «Parodontax».

25. Первым доклиническим признаком воспаления десны является:

- а) кровоточивость десны;
- б) увеличение количества десневой жидкости;
- в) боль в десне;
- г) запах изо рта.

26. Хронический простой маргинальный гингивит легкой степени тяжести не характеризуется:

- а) кровоточивостью десны при чистке зубов в редких случаях;
- б) вовлечением в патологический процесс маргинальной десны;
- в) показателями десневого индекса GI = 0,8 баллов;
- г) изъязвлениями маргинальной десны.

27. Хронический простой маргинальный гингивит средней степени тяжести не характеризуется:

- а) жалобами на кровоточивость и боль в десне при чистке зубов;
- б) отеком десны;
- в) показателями индекса GI = 1,8 баллов;
- г) участками гиперплазии десны до $\frac{1}{3}$ высоты коронки зуба.

28. Хронический простой маргинальный гингивит тяжелой степени тяжести не характеризуется:

- а) спонтанной кровоточивостью и болью в десне при чистке зубов;
- б) измененными контурами десневого края;
- в) показателями индекса GI = 2,8 баллов;
- г) наличием периодонтальных карманов.

29. Десневой карман не характерен:

- а) для хронического простого маргинального гингивита;
- б) гиперпластического гингивита (отечная форма);
- в) хронического периодонтита;
- г) гиперпластического гингивита (фиброзная форма).

30. При хроническом простом маргинальном гингивите десна:

- а) гладкая, блестящая, гиперемированная. Легко кровоточит;
- б) цианотичная, пастозная, валикообразно утолщенная. Периодически кровоточит;
- в) гладкая, блестящая, гиперемированная. Десневые сосочки увеличены на $\frac{1}{3}$ высоты коронки зуба;
- г) плотная бледно-розовая. При зондировании не кровоточит.

31. При хроническом простом маргинальном гингивите форма десневых сосочков:

- а) остроконечная;
- б) шарообразная;
- в) кратерообразная;
- г) с закругленной вершиной.

32. У пациентов с интактным периодонтом во фронтальном отделе десневые сосочки имеют:

- а) остроконечную форму;
- б) шарообразную форму;
- в) кратерообразную форму;
- г) закругленную вершину.

33. У пациентов с интактным периодонтом в боковом отделе десневые сосочки имеют чаще форму:

- а) трапецевидную;
- б) шарообразную;
- в) кратерообразную;
- г) остроконечную.

34. Для хронического гингивита тяжелой степени тяжести (индекс РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960) характерно воспаление:

- а) межзубной десны;
- б) межзубной, маргинальной десны;
- в) межзубной, маргинальной, прикрепленной десны.

35. Для хронического гингивита легкой степени тяжести (индекс РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960) характерно воспаление:

- а) межзубной десны;
- б) межзубной, маргинальной десны;
- в) межзубной, маргинальной, прикрепленной десны.

36. К местным предрасполагающим факторам возникновения хронического простого маргинального гингивита относят:

- а) зубные отложения;
- б) дефекты пломбирования и протезирования;
- в) зубочелюстные аномалии и деформации;
- г) все вышперечисленное.

37. При хроническом простом маргинальном гингивите:

- а) диагностируют расширение периодонтальной щели;
- б) наблюдают остеопороз межзубных перегородок альвеолярной кости;
- в) отмечают гиперцементоз корней зубов;
- г) рентгенологических изменений в тканях периодонта не отмечают.

38. При хроническом простом маргинальном гингивите:

- а) определяют подвижность всех зубов;
- б) патологическая подвижность зубов не обнаруживается;
- в) выявляют слабовыраженную подвижность 5–6-го зубов;
- г) определяют периодическую подвижность 1–2-го зубов.

39. Основными клиническими признаками воспаления десны при хроническом простом маргинальном гингивите являются:

- а) гиперемия, цианотичность, отечность, кровоточивость;
- б) гиперемия, цианотичность, отечность, десквамация десневого эпителия;
- в) кровоточивость, рецессия десны;
- г) гиперемия, отечность, кровоточивость, гиперплазия десны.

40. При хроническом простом маргинальном гингивите наиболее характерны жалобы пациентов:

- а) на периодически появляющиеся боли и кровоточивость десны при чистке зубов и приеме пищи;
- б) неприятный запах изо рта;
- в) боль, кровоточивость и разрастание десны;
- г) все вышеперечисленное.

41. При хроническом простом маргинальном гингивите:

- а) десневой край и отдельные сосочки обычного цвета, увеличены, уплотнены, покрывают часть коронки;
- б) десневой край и отдельные сосочки гиперемированы, цианотичны, отечны и легко кровоточат;
- в) десневой край покрыт грязно-серым налетом, после снятия которого образуется эрозивная кровоточащая поверхность;
- г) десневой край истончен, легко кровоточит при пальпации, яркая гиперемия.

ТЕМА 8. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ: ЯЗВЕННЫЙ, ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ, СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

1. К факторам риска возникновения гиперплазии десны не относят:

- а) прием некоторых лекарственных препаратов;
- б) гормональные изменения в организме;
- в) местную длительно действующую механическую травму;
- г) диету.

2. Кровоточивость десны отсутствует при хроническом гингивите:

- а) простом маргинальном;
- б) язвенном;
- в) гиперпластическом (отечная форма);
- г) гиперпластическом (фиброзная форма).

3. К ведущему фактору в возникновении гингивита при сахарном диабете относят:

- а) микроорганизмы зубного налета;
- б) повышенное содержание глюкозы в крови;
- в) нарушение функции фибробластов;
- г) пониженное содержание глюкозы в крови.

4. Пациенту с симптоматическим гингивитом на фоне повышенной кровоточивости необходима консультация:

- а) эндокринолога;
- б) дерматолога;
- в) гематолога (направить на общий анализ крови);
- г) невропатолога.

5. У ВИЧ-инфицированных пациентов часто диагностируют гингивит:

- а) простой маргинальный;
- б) язвенный;
- в) гиперпластический;
- г) десквамативный.

6. При остром лейкозе часто наблюдают:

- а) плотную бледно-розовую десну;
- б) рецессию десны;
- в) некроз десны;
- г) гиперплазию десны.

7. На развитие хронического язвенного гингивита не влияет:

- а) общее состояние организма;
- б) пора года;
- в) стресс;
- г) время суток.

8. Характерным клиническим признаком проявления хронического лейкоза в ротовой полости является:

- а) гиперплазия десневого края;
- б) гиперплазия десневых сосочков;
- в) рецессия десны;
- г) плотная бледно-розовая десна.

9. При хроническом язвенном гингивите превалирует микрофлора:

- а) специфическая;
- б) аэробная;
- в) смешанная анаэробная;
- г) сапрофитная.

10. Факторами, способствующими возникновению гиперпластического гингивита, могут быть:

- а) болезни костной ткани;
- б) эндокринные дискорреляции;
- в) сердечно-сосудистые заболевания;
- г) хронические респираторные заболевания.

11. Десквамативный гингивит является ранним симптомом:

- а) ревматизма;
- б) буллезной формы плоского лишая;
- в) лейкоплакии;
- г) афтозного стоматита.

12. Десквамативный гингивит чаще встречается:

- а) у мужчин;
- б) женщин;
- в) подростков;
- г) детей.

13. В мазках отпечатках при десквамативном гингивите чаще встречаются клетки:

- а) базального, шиповатого слоев;
- б) шиповатого, ороговевающего слоев;
- в) ороговевающего и базального слоев.

14. В мазках-отпечатках при десквамативном гингивите отсутствуют клетки слоя (укажите два правильных ответа):

- а) базального;
- б) шиповатого;
- в) ороговевающего;
- г) зернистого.

15. Десквамативный гингивит при дерматозах наблюдают:

- а) не всегда;
- б) всегда;
- в) только в детском возрасте;
- г) у подростков.

16. Чаще всего при десквамативном гингивите поражается десна:

- а) с язычной поверхности;
- б) с небной поверхности;
- в) с вестибулярной поверхности;
- г) межзубная.

17. При десквамативном гингивите поражение бывает:

- а) локализованное;
- б) генерализованное;
- в) локализованное и генерализованное;
- г) только на десне верхней челюсти.

18. Выделяют следующие формы десквамативного гингивита:

- а) атрофическую и эритематозную;
- б) десквамативную и эрозивную;
- в) эрозивную и буллезную;
- г) буллезную и гиперпластическую.

19. Тяжесть десквамативного гингивита определяют:

- а) формой гингивита;
- б) распространенностью;
- в) длительностью болезни;
- г) началом болезни.

20. Предрасполагающим фактором развития генерализованного гиперпластического гингивита не является:

- а) гормональный сдвиг в организме (юношеский, у беременных и т. д.);
- б) прием лекарственных препаратов (гидантоинового ряда — дифенин и др.);
- в) болезнь крови (лейкемический ретикулез и др.);
- г) нарушение обмена минеральных веществ.

21. Развитие хронического локализованного гиперпластического гингивита не может быть вызвано:

- а) патологическим прикусом (глубокий);
- б) некачественной пломбой (избыток пломбирочного материала в межзубных промежутках);

29. Десневые сосочки и край десны увеличены, закруглены, покрывают коронки зубов более чем на $1/2$ их высоты и могут доходить до режущего края и жевательной поверхности при степени тяжести гиперпластического гингивита:

- а) I; б) II; в) III; г) IV.

30. К местным факторам, не предрасполагающим к возникновению хронического язвенного гингивита, относят:

- а) плохую гигиену;
б) затрудненное прорезывание зуба мудрости;
в) травму слизистой оболочки острыми краями зубов, длинными коронками и т. д.;
г) регулярную профессиональную гигиену.

31. Десневой край и межзубные десневые сосочки при язвенном гингивите:

- а) гиперемированы, отечны и легко кровоточат при зондировании;
б) покрыты грязно-серым налетом, после снятия которого образуется эрозивная кровоточащая поверхность;
в) увеличены, уплотнены, обычного цвета, покрывают часть коронки;
г) плотные, ровные бледно-розового цвета.

32. При хроническом язвенном гингивите наиболее характерными являются жалобы пациентов:

- а) на кровоточивость десны, усиливающуюся при приеме пищи;
б) разрастание десны, ее кровоточивость;
в) неприятный запах изо рта, боль, кровоточивость десны при чистке зубов и приеме пищи;
г) бледность десны.

33. Подвижность зуба характерна для хронического:

- а) простого маргинального гингивита;
б) язвенного гингивита;
в) сложного периодонтита;
г) апикального периодонтита.

34. Нарушение целостности кортикальной пластинки и остеопороз межзубных перегородок альвеолярной кости — это рентгенологический признак хронического:

- а) гиперпластического гингивита;
б) язвенного гингивита;
в) симптоматического гингивита;
г) периодонтита;

35. Установите соответствие между нозологической формой гингивита и клиническими проявлениями (элементы правого столбца могут быть использованы более одного раза):

Формы гингивита	Клинические проявления
1. Простой маргинальный.	А. Бледно-розовая.
2. Язвенный.	Б. Цианотичная.
3. Гиперпластический (отечная форма).	В. Отечная.
4. Гиперпластический (фиброзная форма).	Г. С кровоточивостью.
5. Симптоматический (десквамативный)	Д. Увеличенная в размерах. Е. Ярко-красная. Ж. Бледная. З. С наличием участков, покрытых грязно-серым налетом

ТЕМА 9. ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТОЙ ПЕРИОДОНТИТ. ДИАГНОСТИКА, ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Уровень основания надкостного кармана по отношению к вершине межзубной перегородки находится:

- а) на уровне вершины; б) ниже; в) выше.

2. Уровень основания внутрикостного кармана по отношению к вершине межзубной перегородки находится:

- а) на уровне вершины; б) ниже; в) выше.

3. Хронический простой периодонтит не характеризуется:

- а) кровоточивостью десны;
б) наличием периодонтальных карманов;
в) сохранением целостности эпителиального прикрепления;
г) рецессией десны.

4. Для хронического простого периодонтита характерно:

- а) длительное, вялое течение;
б) быстрое прогрессирование;
в) молниеносное течение в молодом возрасте с быстрой потерей зубов.

5. Оценку глубины кармана не затрудняет:

- а) зубной камень;
б) существование краев искусственных коронок;
в) наличие нависающих краев пломб;
г) высокий УИК.

6. Волокнами, которые разрушаются при образовании периодонтального кармана, являются:

- а) транссептальные; б) дентогингивальные;
в) периостогингивальные; г) все вышеперечисленные.

7. При развитии хронического простого периодонтита без вовлечения фуркации не разрушаются волокна:

- а) транссептальные; б) дентогингивальные;
в) межкорневые; г) циркулярные.

8. При хроническом простом периодонтите наблюдают тип резорбции костной ткани:

- а) горизонтальный;
- б) вертикальный;
- в) сложный;
- г) комбинированный.

9. Основными факторами развития хронического простого периодонтита являются:

- а) микроорганизмы зубного налета;
- б) микроорганизмы зубного налета и окклюзионная травма;
- в) ятрогенные факторы;
- г) все вышеперечисленные.

10. Клиническим признаком, не позволяющим оценить степень тяжести хронического простого периодонтита, является:

- а) снижение высоты эпителиального прикрепления;
- б) степень снижения высоты альвеолярной кости;
- в) кровоточивость десны;
- г) глубина зондирования.

11. Уровень деструкции периодонтальных тканей оценивают с помощью индексов:

- а) РМА (I. Schour, M. Massler, 1948; C. Parma, 1960), GI (H. Loe, J. Silness, 1963), OHI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964);
- б) SPITN (J. Ainamo и др., 1982), КПИ (П. А. Леус, 1988), PI (A. L. Russel, 1956);
- в) PLI (J. Silness, H. Loe, 1964), PI (A. L. Russel, 1956), ИПК (Л. Н. Дедова, 1981).

12. При хроническом простом периодонтите диагностируют периодонтальный карман:

- а) одностеночный;
- б) двухстеночный;
- в) трехстеночный;
- г) надкостный.

13. Периодонтальным индексом, в котором учитывают глубину периодонтального кармана, является:

- а) PI (A. L. Russel, 1956);
- б) SPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- в) КПИ (П. А. Леус, 1988);
- г) PDI (S. P. Ramfjord, 1959).

14. Периодонтальным индексом, в котором учитывают величину потери эпителиального прикрепления, является:

- а) PI (A. L. Russel, 1956);
- б) SPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- в) КПИ (П. А. Леус, 1988);
- г) PDI (S. P. Ramfjord, 1959).

15. Периодонтальным индексом, в котором учитывают подвижность зуба, является:

- а) PI (A. L. Russel, 1956);
- б) КПИ (П. А. Леус, 1988);
- в) SPITN (J. Ainamo и др., 1982);
- г) GI (H. Loe, J. Silness, 1963).

16. Для хронического простого периодонтита легкой степени тяжести характерны:

- а) резорбция костной ткани межзубной перегородки от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов I–II степени, вовлечение фуркации I–II степени, глубина периодонтального кармана до 5 мм;
- б) резорбция костной ткани межзубной перегородки более $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов II–III степени, вовлечение фуркации II–III степени, глубина периодонтального кармана более 5–6 мм;
- в) резорбция костной ткани межзубной перегородки менее $\frac{1}{3}$, патологическая подвижность зубов отсутствует, вовлечение фуркации 0–I степени, глубина кармана до 4 мм.

17. Для хронического простого периодонтита средней степени тяжести характерны:

- а) резорбция костной ткани межзубной перегородки от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов I–II степени, вовлечение фуркации I–II степени, глубина периодонтального кармана до 5 мм;
- б) резорбция костной ткани межзубной перегородки более $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов II–III степени, вовлечение фуркации II–III степени, глубина периодонтального кармана более 5–6 мм;
- в) резорбция костной ткани межзубной перегородки менее $\frac{1}{3}$, отсутствие патологической подвижности зубов, вовлечение фуркации 0–I степени, глубина кармана до 4 мм.

18. Для хронического простого периодонтита тяжелой степени тяжести характерны:

- а) резорбция костной ткани межзубной перегородки от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов I–II степени, вовлечение фуркации I–II степени, глубина периодонтального кармана до 5 мм;
- б) резорбция костной ткани межзубной перегородки более $\frac{1}{2}$, патологическая подвижность зубов II–III степени, вовлечение фуркации II–III степени, глубина периодонтального кармана более 5–6 мм;
- в) резорбция костной ткани межзубной перегородки менее $\frac{1}{3}$, отсутствие патологической подвижности зубов, вовлечение фуркации 0–I степени, глубина кармана до 4 мм.

19. Начальным рентгенологическим признаком хронического простого периодонтита является:

- а) нарушение целостности кортикальных пластинок вершин межзубных перегородок и остеопороз;
- б) расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба;
- в) резорбция костной ткани межзубной перегородки до $\frac{1}{3}$ длины корня зуба;
- г) резорбция костной ткани в области верхушки корня зуба.

20. К диагностическим данным, характеризующим прогрессирование патологического процесса в тканях периодонта, относят:

- а) жалобы и анамнез заболеваний;
- б) результаты повторных клинических исследований за определенный промежуток времени;
- в) изменение глубины зондирования и наличие гнойного экссудата из периодонтальных карманов;
- г) все вышеперечисленное.

21. Хронический простой периодонтит считают локализованным, если в патологический процесс вовлечен периодонт не более (% зубов):

- а) 45; б) 30; в) 15; г) 5.

22. Хронический простой периодонтит считают генерализованным, если в патологический процесс вовлечен периодонт:

- а) двух или трех зубов разной групповой принадлежности;
- б) не более 30 % имеющихся зубов (до 8 зубов);
- в) не более 15 % имеющихся зубов;
- г) всех или большей части имеющихся зубов.

23. Скорость формирования периодонтального кармана у пациентов с системной патологией:

- а) не изменяется; б) увеличивается; в) уменьшается.

24. Показанием к удалению зубов при хроническом простом периодонтите является:

- а) планируемая конструкция протеза;
- б) степень резорбции альвеолярной кости;
- в) активность течения воспалительного процесса;
- г) подвижность зуба I–II степени.

25. Показателями активности течения воспалительного процесса при хроническом простом периодонтите является:

- а) гноетечение из периодонтального кармана;
- б) появление подвижности зубов;
- в) степень выраженности периодонтальных, гингивальных и гигиенических индексов в динамике;
- г) все вышеперечисленное.

26. Пусковым механизмом для развития хронического простого периодонтита является:

- а) системная патология;
- б) наличие местных факторов риска;
- в) возраст пациента;
- г) характер питания.

27. Основным предрасполагающим фактором к болезням периодонта является:

- а) возраст пациента; б) ятрогенная травма;

в) зубной камень; г) наличие микроорганизмов зубного налета.

28. Причиной резорбции костной ткани при хроническом простом периодонтите являются: 1) гипоксия и снижение рН в области воспалительного процесса; 2) эндотоксин и ферменты периодонтопатогенных микроорганизмов; 3) биологически активные вещества иммунокомпетентных клеток организма человека; 4) образование грануляционной ткани (незрелой соединительной ткани), которая распространяется на окружающие ткани, вызывая их деструкцию:

- а) 2; б) 1, 2;
в) 1, 4; г) 1, 2, 3, 4.

29. Вовлечение фуркации, определяемое зондированием на 1–3 мм, относят к классу:

- а) F₀; б) F₁; в) F₂; г) F₃.

30. Вовлечение фуркации, определяемое зондированием на 7–9 мм, относят к классу:

- а) F₀; б) F₁; в) F₂; г) F₃.

31. Клиническим признаком, не характерным для хронического простого периодонтита, является:

- а) разрушение зубодесневого соединения с формированием периодонтального кармана;
б) глубина зондирования десневой борозды более 3 мм без снижения высоты эпителиального прикрепления;
в) подвижность зубов;
г) рецессия десны.

32. При хроническом периодонтите периодонтопатогенные микроорганизмы преимущественно определяются (F. A. Caranza, 1990): 1) на внутренней десневой стенке периодонтального кармана; 2) на поверхности корня внутри периодонтального кармана; 3) внутри соединительной ткани десны; 4) на поверхности альвеолярной кости; 5) как свободно расположенные в периодонтальном кармане:

- а) 2, 5; б) 1, 3, 4; в) 1, 2, 3, 4, 5; г) 2, 5.

33. Хронический периодонтит принимает быстро прогрессирующее течение: 1) при злоупотреблении курением; 2) неадекватном гигиеническом уходе за ротовой полостью; 3) снижении иммунитета; 4) появлении периодонтопатогенных микроорганизмов в зубном налете; 5) резком увеличении количества периодонтопатогенных микроорганизмов в содержимом периодонтального кармана:

- а) 1, 4; б) 3, 5; в) 1, 2; г) 1, 2, 4.

34. Хронический периодонтит обычно начинается с поражения:

- а) тканей периодонта определенной группы зубов;
б) тканей периодонта в области определенного зуба;

в) определенного участка тканей периодонта.

35. Для хронического периодонтита не характерно:

- а) его распространение у взрослого населения;
- б) хроническое течение;
- в) наличие четкой зависимости между выраженностью местных факторов риска и тяжестью болезней периодонта;
- г) быстро прогрессирующее течение.

36. Хронический периодонтит протекает на ... параметрах объективных тестов.

37. Хронический периодонтит встречается: 1) у детей; 2) подростков; 3) взрослых:

- а) 3; б) 1, 2, 3; в) 2, 3; г) 1, 3.

38. Распространенность хронического периодонтита в возрастной группе 35–44 года в Республике Беларусь по коду 3 индекса CPITN составляет (%):

- а) 15; б) 62,5; в) 25,5; г) 45,5.

39. Распространенность хронических периодонтитов в возрастной группе 15-летних в Республике Беларусь по коду 3 индекса CPITN составляет (%):

- а) 14,6; б) 7,3; в) 23,6; г) 25.

40. Наиболее агрессивными токсинами к тканям периодонта являются:

- а) экзотоксины;
- б) эндотоксины;
- в) литические ферменты микроорганизмов.

41. Распространенность хронического периодонтита с возрастом:

- а) уменьшается; б) увеличивается; в) остается без изменений.

ТЕМА 10. ХРОНИЧЕСКИЙ СЛОЖНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ. ДИАГНОСТИКА, ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Гноетечение из периодонтального кармана определяют:

- а) визуально; г) с помощью зонда;
- б) пальпаторно; д) микроскопией содержимого кармана.
- в) с помощью воздуха;

2. Перкуторный звук при перкуссии подвижных зубов по сравнению с неподвижными:

- а) не изменяется;
- б) изменяется;
- в) изменяется только у пациентов с быстро прогрессирующим периодонтитом;
- г) изменяется только у пациентов с симптоматическим периодонтитом.

- 3. Ведущим фактором при развитии сложного периодонтита является:**
- а) зубной налет;
 - б) системное заболевание;
 - в) возраст;
 - г) сочетанное действие зубного налета и окклюзионной травмы.
- 4. Нормальная функциональная подвижность зубов не зависит:**
- а) от групповой принадлежности зубов;
 - б) числа, размера, формы, распределения корней зубов;
 - в) пола;
 - г) времени суток.
- 5. При исследовании периодонтальных карманов учитывают:**
- а) распространение у каждой поверхности зуба;
 - б) уровень прикрепления десны;
 - в) глубину зондирования;
 - г) все вышеперечисленное.
- 6. К основным методам диагностики сложного периодонтита не относят:**
- а) опрос;
 - б) осмотр;
 - в) получение окклюдодиаграммы;
 - г) перкуссию зубов.
- 7. Клиническими признаками окклюзионной травмы являются:**
- а) тенденция к образованию эпюлиса и межапроксимальный кариес;
 - б) бруксизм и жевание на одной стороне;
 - в) чувствительность дентина моляров и премоляров на жевательных поверхностях и гиперплазия десны;
 - г) все перечисленное.
- 8. Укажите последовательность стадий развития окклюзионной травмы:** 1) повреждение; 2) адаптация; 3) репарация:
- а) 1, 2, 3;
 - б) 1, 3, 2;
 - в) 2, 1, 3.
- 9. В развитии хронического сложного периодонтита участвует:**
- а) только первичная окклюзионная травма;
 - б) только вторичная окклюзионная травма;
 - в) первичная и вторичная окклюзионные травмы.
- 10. Недостатки классификации преждевременных контактов по Jankelson:** 1) подходит только для ортогнатического прикуса; 2) рассматривает соотношение зубов верхней челюсти и нижней челюсти только в трансверзальной плоскости; 3) подходит только для аномалий прикуса; 4) рассматривает соотношение зубов верхней челюсти и нижней челюсти только в сагиттальной плоскости:
- а) 1, 2;
 - б) 3, 4.
- 11. Преждевременные контакты зубов выявляют:**
- а) с помощью бюгельного воска и артикуляционной бумаги;
 - б) с помощью базисного воска и артикуляционной бумаги;

- в) на слух;
- г) с помощью биаурикулярного стетофонендоскопа.

12. Выявление преждевременных контактов зубов проводят:

- а) только в центральной окклюзии;
- б) в дистальной и центральной окклюзии;
- в) в центральной и боковой окклюзии;
- г) во всех положениях нижней челюсти.

13. Фактором, не влияющим на резервные силы периодонта, является:

- а) воспаление периодонтальной связки;
- б) патологическая миграция зубов;
- в) частичная деструкция поддерживающих тканей;
- г) высокий УИК (П. А. Леус, 1990);

14. Противопоказанием к избирательному шлифовыванию зубов при хроническом сложном периодонтите является:

- а) резко выраженная стертость зубов;
- б) резко выраженные аномалии зубочелюстной системы;
- в) острый артрит и болевая дисфункция ВНЧС;
- г) все вышеперечисленное.

15. Сошлифовывание вершин опорных зубов может привести:

- а) к бруксизму;
- б) снижению окклюзионной высоты;
- в) нормализации окклюзии;
- г) множественному кариесу зубов.

16. Изучение окклюзионных взаимоотношений при значительной подвижности зубов проводят:

- а) предварительно на моделях в артикуляторе;
- б) сразу в ротовой полости с использованием артикуляционной бумаги;
- в) сразу в ротовой полости с использованием бюгельного воска.

17. Рентгенологическим признаком окклюзионной травмы не является:

- а) горизонтальная резорбция межальвеолярных перегородок;
- б) вертикальная резорбция межальвеолярных перегородок с образованием внутрикостных дефектов;
- в) расширение периодонтальной щели с утолщением компактной пластинки вдоль латеральной стенки корня, его апикальной области и в зоне бифуркации, трифуркации зуба;
- г) резорбция корня.

18. Проведение избирательного шлифовывания преждевременных контактов зубов планируют на этапе: 1) подготовительном; 2) повторной оценки состояния тканей периодонта; 3) хирургического лечения; 4) окончательной окклюзионной коррекции; 5) поддерживающей терапии:

- а) 2, 3, 4; б) 1, 5; в) 1, 4, 5; г) 1, 2, 4.

19. Коррекцию окклюзионных взаимоотношений на поддерживающем этапе лечения хронического сложного периодонтита проводят не реже одного раза (мес.):

- а) в 6; б) 12; в) 24; г) 36.

20. Коррекцию преждевременных контактов зубов проводят (посещения):

- а) в 1; б) 3; в) 5; г) 10.

21. Коррекцию преждевременных контактов зубов III класса в центральной окклюзии проводят, сошлифовывая:

- а) щечные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров;
б) язычные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров;
в) язычные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров.

22. Коррекцию преждевременных контактов зубов II класса в центральной окклюзии проводят, сошлифовывая:

- а) язычные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров;
б) небные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров;
в) щечные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров.

23. Коррекцию преждевременных контактов зубов I класса в центральной окклюзии проводят, сошлифовывая:

- а) щечные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров;
б) язычные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров;
в) щечные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров.

24. При проведении избирательного пришлифовывания зубов при их значительной подвижности учитывают следующее:

- а) резко выраженные нарушения окклюзии должны быть устранены в первое посещение;
б) избирательному пришлифовыванию предшествует противовоспалительная терапия;
в) избирательному пришлифовыванию предшествует временное шинирование зубов;
г) все вышеперечисленное.

25. Раскачивающие силы продвижение зубного налета в периодонтальном кармане:

- а) ускоряют в апикальном направлении;
б) ускоряют в латеральном направлении;
в) замедляют в апикальном направлении;
г) не ускоряют.

26. Хронический сложный периодонтит не дифференцируют:

- а) с хроническим простым периодонтитом;
б) симптоматическим периодонтитом;
в) быстро прогрессирующим периодонтитом;
г) хроническим гингивитом.

27. Хронический сложный периодонтит вызывают:

- а) местные раздражители;
- б) окклюзионная травма, нерациональное питание;
- в) местные раздражители и окклюзионная травма или дисгармония.

28. Установите соответствие между болезнями периодонта и клиническими, рентгенологическими признаками (элементы правого столбца могут быть использованы несколько раз):

Диагноз	Клинические и рентгенологические признаки
1. Хронический простой периодонтит.	А. Хроническое воспаление десны.
2. Хронический сложный периодонтит.	Б. Наличие надкостного кармана.
3. Хронический гингивит	В. Вертикальное или ангулярное направление резорбции межальвеолярной кости.
	Г. Деструкция периодонтальной связки.
	Д. Подвижность зубов

29. Установите соответствие между болезнями периодонта и типом кармана (элементы правого столбца могут быть использованы несколько раз):

Диагноз	Тип кармана
1. Хронический простой периодонтит.	А. Десневой карман.
2. Хронический сложный периодонтит.	Б. Надкостный карман.
3. Хронический гингивит	В. Внутрикостный карман.
	Г. Периодонтальный карман

30. Внутрикостные карманы и вовлечение фуркации при хроническом сложном периодонтите окончательно диагностируют:

- а) при клиническом обследовании;
- б) рентгенологически;
- в) интраоперационно.

31. Диагностику вовлечения фуркации проводят периодонтальным зондом:

- а) Фокса; б) Вильяма; в) Наберса; г) ВОЗ.

32. Установите правильную последовательность этапов лечения хронического сложного периодонтита: 1) хирургическое лечение; 2) подготовительный этап; 3) ортодонтическое лечение; 4) поддерживающая терапия; 5) повторная оценка тканей периодонта:

- а) 1, 3, 5, 2, 4; б) 2, 5, 4, 1, 3; в) 2, 5, 3, 1, 4.

33. Восстановление кости при хроническом сложном периодонтите происходит лучше, если диагностирован внутрикостный дефект:

- а) одностеночный;
- б) двустеночный;
- в) трехстеночный;
- г) циркулярный.

34. Карман, в котором апикальные края деструктивно измененных окружающих тканей находятся внутри альвеолярного отростка, т. е. апикально к прилежающему гребню называется

35. В патогенезе хронического сложного периодонтита основное значение отводится:

- а) раскачивающему типу окклюзионных сил;
- б) ортодонтическому типу окклюзионных сил;
- в) ударном типу окклюзионных сил;
- г) силам, связанным с глотанием.

36. Вовлечение фуркации, определяемое зондированием на 4–6 мм, относят к классу:

- а) F_0 ;
- б) F_1 ;
- в) F_2 ;
- г) F_3 .

37. В течение первого года наблюдения после проведенного комплексного лечения пациенту с хроническим сложным периодонтитом следует посещать периодонтолога:

- а) каждую неделю;
- б) каждый месяц;
- в) каждые 2–3 мес.;
- г) каждые 4 мес.

38. Воспаление тканей периодонта, сопровождающееся деструкцией периодонтальной связки и кости, приводящее к утере зубов, называется

39. В периодонтальной связке под действием чрезмерных окклюзионных сил обнаруживают:

- а) зоны сжатия и натяжения;
- б) демаркационные зоны;
- в) ангуляционные зоны;
- г) зоны перемещения и опрокидывания.

40. Окклюзионная перегрузка:

- а) вызывает воспаление десневого края;
- б) не вызывает воспаления десневого края;
- в) способствует уменьшению воспаления десневого края.

41. Для развития хронического сложного периодонтита:

- а) достаточно однократного действия травмы на периодонт;
- б) необходимо, чтобы воздействие травматических сил на периодонт было хроническим;
- в) необходимо, чтобы пациент страдал системной патологией;
- г) необходимо, чтобы пациент относился к старшей возрастной группе.

42. Физиологическая подвижность зубов с возрастом:

- а) увеличивается;
- б) уменьшается;
- в) не изменяется.

43. Долговременный прогноз для зуба с увеличенной подвижностью:

- а) благоприятный;
- б) неблагоприятный;
- в) вопросительный;
- г) сомнительный.

44. Первичную окклюзионную травму диагностируют:

- а) при парафункциях;
- б) при изменении коронково-корневого соотношения;
- в) при изменении апикального рычага приложения силы;
- г) у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

45. Вторичную окклюзионную травму диагностируют:

- а) при парафункциях;
- б) при изменении коронково-корневого соотношения;
- в) при изменении апикального рычага приложения силы;
- г) всех вышеперечисленных состояниях.

46. Ранние периодонтальные изменения при окклюзионной травме со стороны зоны натяжения включают:

- а) некроз волокон периодонтальной связки;
- б) удлинение или разрыв волокон периодонтальной связки, тромбозы;
- в) резорбцию кости;
- г) резорбцию корня.

47. Ранние периодонтальные изменения при окклюзионной травме со стороны зоны сжатия включают:

- а) удлинение или разрыв волокон периодонтальной связки, тромбозы;
- б) некроз и дезориентацию волокон периодонтальной связки;
- в) расширение связочного пространства;
- г) резорбцию корня.

48. Поздние периодонтальные изменения при окклюзионной травме со стороны зон натяжения и сжатия включают:

- а) расширение связочного пространства;
- б) тромбозы и геморагии;
- в) удлинение или разрыв волокон периодонтальной связки, тромбозы;
- г) резорбцию корня.

ТЕМА 11. ПРОГНОЗ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИОДОНТА

1. Прогноз периодонтита тяжелой степени тяжести у курильщика, если он бросит вредную привычку, будет:

- а) хорошим;
- б) плохим;
- в) сомнительным;
- г) очень хорошим.

2. Наследственные факторы влияют на развитие:

- а) хронического периодонтита
- б) острого гингивита;
- в) острого периодонтита;
- г) хронического гингивита.

3. Риск развития периодонтита тяжелой степени тяжести выше у пациента с полиморфизмом гена:

- а) интерлейкина-1
- б) интерлейкина-2;
- в) комплемента-1;
- г) комплемента-2.

4. На периодонтальный прогноз не влияет:

- а) эмалевая жемчужина;
- б) вид эмалево-цементного соединения;
- в) эмалевая проекция;
- г) дополнительный жевательный бугорок.

5. Эмалевые проекции (продвижение эмали на поверхность корня в области фуркации) наиболее часто находят на щечной поверхности:

- а) первого моляра верхней челюсти;
- б) второго моляра верхней челюсти
- в) первого моляра нижней челюсти;
- г) второго моляра нижней челюсти.

6. Самый тяжелый доступ к фуркации:

- а) у первого премоляра верхней челюсти
- б) второго премоляра верхней челюсти;
- в) первого моляра верхней челюсти;
- г) второго моляра верхней челюсти.

7. При контролируемом уровне воспаления общий прогноз у пациента с периодонтитом средней степени тяжести будет:

- а) благоприятным;
- б) сомнительным;
- в) плохим;
- г) вопросительным.

8. При эффективном лечении пациента с быстро прогрессирующим локализованным периодонтитом общий прогноз будет:

- а) удовлетворительным;
- в) сомнительным;
- б) плохим;
- г) безнадежным.

9. При определении прогноза болезней периодонта наиболее важным фактором выделяют:

- а) количество зубных отложений и степень деструкции тканей периодонта;
- б) концентрация *Streptococcus mutans* в слюне и буферная емкость слюны;
- в) уровни интенсивности кариеса и стоматологической помощи;
- г) социальный статус пациента.

10. Скорость прогрессирования заболевания на общий прогноз болезней периодонта:

- а) не оказывает влияния на пациентов в возрасте 18–20 лет;
- б) не влияет, так как все периодонтиты имеют одинаковый прогноз;
- в) влияет при быстро прогрессирующим периодонтитах (прогноз неблагоприятный);
- г) влияет при хронических гингивитах (прогноз неблагоприятный).

11. Прогноз болезней периодонта от доверия и желания пациента сотрудничать с врачом:

- а) зависит только в возрасте 18–20 лет;
- б) не зависит;
- в) зависит;
- г) не зависит только в возрасте 18–20 лет.

12. При прогнозировании болезней периодонта осуществляют:

- а) в первую очередь прогноз отдельных зубов;
- б) в первую очередь общий прогноз (прогноз болезни);
- в) одновременно общий, индивидуальный и прогноз отдельных зубов;
- г) в первую очередь прогноз больного (индивидуальный прогноз).

13. При определении прогноза отдельных зубов не учитывают:

- а) подвижность зубов и глубину периодонтальных карманов;
- б) вовлечение фуркации и морфологию зуба;
- в) степень разрушения кости у каждой поверхности зуба, наличие кариеса и его осложнений;
- г) социально-экономические условия.

14. К факторам, определяющим благоприятный прогноз болезней периодонта, относят:

- а) потерю значительного объема костной ткани альвеолярного отростка, подвижность некоторых зубов, вовлечение фуркации;
- б) минимальную потерю костной ткани альвеолярного отростка, контроль прироста зубного налета;
- в) потерю значительного объема костной ткани альвеолярного отростка, полное доверие пациента врачу;
- г) минимальную потерю костной ткани альвеолярного отростка, нежелание пациента контролировать прирост зубного налета.

15. К факторам, определяющим неблагоприятный прогноз болезней периодонта, относят:

- а) потерю незначительного объема костной ткани альвеолярного отростка, желание пациента контролировать прирост зубного налета;

- б) потерю значительного объема костной ткани альвеолярного отростка, подвижность всех зубов, вовлечение фуркации;
- в) потерю незначительного объема костной ткани альвеолярного отростка, полное доверие пациента врачу;
- г) минимальную потерю костной ткани альвеолярного отростка, контроль прироста зубного налета.

16. Давность заболевания на прогноз отдельных зубов при болезнях пародонта:

- а) влияет;
- б) не влияет;
- в) влияет только в подростковом возрасте;
- г) влияет только в старческом возрасте.

17. Общий прогноз на прогноз отдельных зубов при болезнях пародонта:

- а) влияет;
- б) не влияет;
- в) влияет только на прогноз моляров с вовлечением фуркации;
- г) влияет только на прогноз резцов.

18. На прогноз быстро прогрессирующего пародонтита не влияет:

- а) функциональная активность нейтрофилов;
- б) морфофункциональное состояние десны;
- в) эластазо-ингибиторная активность сыворотки крови и степени деструкции тканей пародонта;
- г) жевательная эффективность зубочелюстной системы.

19. На прогноз болезней пародонта не влияют:

- а) нарушения обмена веществ;
- б) болезни щитовидной и паращитовидных желез;
- в) болезни крови;
- г) простудные заболевания.

20. Вовлечение фуркации в патологический процесс для прогноза болезней пародонта является фактором:

- а) неблагоприятным;
- б) благоприятным;
- в) сомнительным;
- г) неопределенным.

21. Главным фактором, вызывающим и поддерживающим хроническое воспаление тканей пародонта и устраняемым во время пародонтологического лечения, является:

- а) зубной налет;
- б) неадекватное кровоснабжение;
- в) инородное тело;
- г) десневая жидкость.

22. Основной причиной, снижающей скорость заживления раны после периодонтальной хирургии, является:

- а) дефицит витамина С;
- б) нарушение белкового обмена;
- в) дефицит эстрогенов;
- г) возраст.

23. Формирование новых тканей при росте новых клеток и межклеточного вещества называется

24. Местной лечебной процедурой, ускоряющей регенерацию, является:

- а) скейлинг
- б) кюретаж;
- в) корневое сглаживание.

25. Заключение о предстоящем развитии и исходе заболевания на основании объективных данных называется

26. Укажите правильную последовательность этапов планирования лечения при хроническом периодонтите: 1) поддерживающее лечение; 2) подготовительный этап; 3) повторная оценка состояния тканей периодонта; 4) хирургический этап; 5) ортопедический этап; 6) ортодонтический этап:0

- а) 1, 2, 3, 4, 6, 5;
- б) 2, 3, 6, 4, 5, 1;
- в) 2, 3, 5, 4, 6, 1;
- г) 2, 5, 3, 4, 6, 1.

27. Составление заранее намеченной системы мероприятий, предусматривающей порядок, последовательность и сроки выполнения, называется

28. Укажите правильную последовательность мероприятий подготовительного этапа комплексного лечения болезней периодонта: 1) устранение ятрогенных факторов в ротовой полости; 2) удаление зубных отложений до ОНI-S = 0,5–0,6 с тщательной мотивацией пациента о необходимости данных мероприятий; 3) контроль наличия и прироста зубного налета; 4) обучение гигиене ротовой полости:

- а) 2, 4, 3, 1;
- б) 1, 2, 3, 4;
- в) 2, 3, 4, 1;
- г) 2, 4, 1, 3.

29. Укажите по убыванию эффективность хирургических мероприятий на тканях периодонта: 1) открытый кюретаж; 2) закрытый кюретаж; 3) лоскутные операции:

- а) 3, 2, 1;
- б) 3, 1, 2;
- в) 2, 3, 1;
- г) 1, 2, 3.

- б) возможность отсрочить удаление зубов;
- в) длительное здоровое функционирование всей зубочелюстной системы;
- г) оказание неотложной помощи.

3. Готовность пациента к хирургическому лечению болезней периодонта определяется:

- а) полным восстановлением дефектов зубных рядов;
- б) умением пациента самостоятельно контролировать прирост зубного налета и поддерживать идеальную гигиену ротовой полости;
- в) результатами повторного обследования тканей периодонта;
- г) результатами дополнительных методов обследования тканей периодонта.

4. Способности пациента самостоятельно поддерживать идеальную гигиену ротовой полости на план лечения:

- а) не влияют;
- б) влияют;
- в) влияют только у пациентов с системными заболеваниями;
- г) влияют только у пациентов с ОНІ-S >1,9.

5. Кюретаж периодонтального кармана проводят при его глубине, равной (мм):

- а) 1; б) 2; в) 3; г) ≥ 4 .

6. При планировании хирургического лечения периодонтита учитывают:

- а) состояние кармана и способность к восстановлению тканей периодонта;
- б) результаты личной гигиены рта в течение 3 мес.;
- в) моральную готовность пациента и финансовые возможности;
- г) все вышеперечисленное.

7. При обсуждении плана лечения пациент должен понять:

- а) что лечение представляет собой единое целое: лечение зубов и окружающих их тканей взаимосвязано;
- б) сначала необходимо вылечить десну, а затем, по желанию пациента, провести пломбирование и/или протезирование зубов;
- в) лечение состоит из отдельных процедур, некоторые или все из которых могут быть избраны пациентом.

8. Целью подготовительного этапа лечения пациентов с болезнями периодонта является:

- а) подготовка к повторной оценке состояния тканей периодонта;
- б) исключение предрасполагающих факторов;
- в) устранение карманов;
- г) восстановление целостности зубного ряда.

9. Целью хирургического этапа лечения болезней периодонта является:

- а) устранение симптомов боли (исключение предрасполагающих факторов);
- б) исключение условий для поддержания воспаления (например, карман);

- в) достижение стойкой ремиссии;
- г) удаление зубов.

10. Целью поддерживающей терапии болезней пародонта является:

- а) устранение симптомов боли;
- б) исключение предрасполагающих факторов;
- в) закрепление успеха лечения (достижение стойкой ремиссии);
- г) восстановление целостности зубов.

11. Цель постоянного шинирования зубов при лечении болезней пародонта представляет собой:

- а) уменьшение подвижности отдельных зубов и равномерное распределение жевательной нагрузки на все оставшиеся зубы и альвеолярные отростки;
- б) восстановление единства и целостности зубных рядов;
- в) устранение эстетических дефектов, нормализация функции жевания и речи;
- г) поддержание гомеостаза ротовой полости.

12. Если костная ткань альвеолярного отростка отсутствует на $\frac{3}{4}$ длины корня, и зуб имеет подвижность III степени, то планируют:

- а) удаление зуба;
- б) динамическое наблюдение;
- в) шинирование съёмной конструкцией;
- г) шинирование несъёмной конструкцией.

13. Задачей подготовительного этапа лечения пациентов с болезнями пародонта является:

- а) устранение пародонтального кармана;
- б) устранение предрасполагающих факторов к болезням пародонта;
- в) восстановление целостности зубного ряда;
- г) проведение окончательной окклюзионной коррекции.

14. Подготовительный этап лечения пациентов с болезнями пародонта не включает:

- а) оказание неотложной помощи;
- б) проведение профессиональной гигиены рта;
- в) коррекцию пломб и протезов;
- г) окончательное восстановление целостности зубного ряда.

15. На подготовительном этапе лечения болезней пародонта не проводят:

- а) лечение пародонтальных абсцессов;
- б) мотивацию;
- в) профессиональную гигиену;
- г) гингивопластику.

16. Демонстрировать пациенту имеющиеся у него зубные отложения при проведении мотивации:

- а) нельзя, так как это может его обидеть;
- б) требуется обязательно;

в) не требуется, так как достаточно демонстрации рисунков и других наглядных пособий.

17. Проводить профессиональную гигиену пациенту с болезнью периодонта при ОНI-S = 1,2 балла:

- а) не требуется;
- б) всегда требуется;
- в) требуется в зависимости от степени воспаления в десне;
- г) требуется в зависимости от состояния микроциркуляции в тканях периодонта.

18. Временные шины должны:

- а) не травмировать мягкие ткани;
- б) не создавать участков для ретенции зубного налета;
- в) прочно фиксироваться на зубах;
- г) соответствовать всем вышеперечисленным требованиям.

19. В задачи временного шинирования на подготовительном этапе лечения не входит:

- а) обеспечение покоя околозубных тканей;
- б) предупреждение миграции зубов;
- в) сохранение зубов с подвижностью III степени на максимальный срок;
- г) перераспределение нагрузки.

20. К мероприятиям на десневой стенке не относят удаление:

- а) зубного налета;
- б) грануляций;
- в) патологически измененного эпителия.

21. Для достижения множественных окклюзионных контактов зубов проводят:

- а) временное шинирование;
- б) протезирование;
- в) избирательное пришлифовывание;
- г) медикаментозное лечение.

22. Показанием для замены или коррекции пломб являются:

- а) шероховатая поверхность, нависающие края пломбы;
- б) отсутствие контактных пунктов с соседним зубом и нарушение краевого прилегания;
- в) преждевременные контакты с зубом-антагонистом в области пломбы;
- г) все вышеперечисленное.

23. Подготовительный этап лечения пациентов с болезнями периодонта включает:

- а) удаление зубов с неблагоприятным прогнозом;
- б) профессиональную гигиену и контроль прироста зубного налета;
- в) коррекцию пломб, протезов;
- г) все вышеперечисленное.

24. Целью гигиены рта не является:

- а) чистка зубов;

- б) хорошая гигиена ротовой полости;
- в) профилактика болезней периодонта;
- г) профилактика кариеса зубов.

25. Уменьшения патогенного действия зубного налета на периодонт можно достигнуть:

- а) контролем прироста зубного налета;
- б) витаминотерапией;
- в) защитными лечебными повязками;
- г) полосканиями эликсирами.

26. Индекс гигиены не является критерием оценки эффективности подготовительного этапа в случае:

- а) неправильного выбора индекса;
- б) неточного определения индекса;
- в) однократного определения индекса.

27. Устранение микробного фактора в ротовой полости:

- а) возможно;
- б) невозможно;
- в) возможно при ежедневной чистке зубов;
- г) возможно при ежедневном полоскании ротовой полости антисептиками.

28. На эффективность подготовительного этапа наиболее точно указывает снижение показателей индекса:

- а) КПУ на 20 %;
- б) КПИ (П. А. Леус, 1988) на 5 %;
- в) Федорова–Володкиной (1971) в 2 раза;
- г) ИПК (Л. Н. Дедова, 1981) на 30 %.

29. Для снижения патогенности микроорганизмов зубного налета на подготовительном этапе лечения болезней периодонта наиболее эффективны полоскания рта:

- а) раствором перманганата калия 1 : 5000;
- б) 1%-ным раствором перекиси водорода;
- в) 0,06–1%-ным раствором хлоргексидина;
- г) 1%-ным раствором натрия гипохлорита.

30. Специальные красители зубного налета на подготовительном этапе применяют:

- а) для выявления скрытого воспаления;
- б) определения индекса Грина–Вермиллиона (1964);
- в) демонстрации зубного налета;
- г) определения распространенности воспаления в десне.

31. На подготовительном этапе диагностическим методом, позволяющим достоверно обнаружить зубной налет, является:

- а) бактериологическое исследование;
- б) иммунофлюоресцентное исследование;
- в) электронная микроскопия;
- г) осмотр ротовой полости.

32. Преждевременные контакты зубов на подготовительном этапе выявляют:

- а) с помощью двусторонней копировальной бумаги;
- б) панорамной рентгенографией;
- в) внутриротовой рентгенографией.
- г) с помощью апекс-локатора.

33. Об эффективности подготовительного этапа свидетельствуют значения индекса GI (H. Loe, J. Silness, 1963) (баллы):

- а) 1,1–2;
- б) 0,2–1;
- в) 1,3–1,4;
- г) 2,1–3.

34. Об эффективности подготовительного этапа свидетельствуют значения индекса ОНI-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964) (баллы):

- а) 0,7–1,6;
- б) 0,8–1,1;
- в) 0–0,6;
- г) 0,1–2,1.

35. После качественно проведенного подготовительного этапа лечения хронического периодонтита может произойти:

- а) исчезновение периодонтального кармана;
- б) уменьшение глубины кармана за счет исчезновения отека десны;
- в) увеличение глубины кармана за счет гиперплазии десны;
- г) возникновение периодонтального кармана.

ТЕМА 13. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

1. Мероприятиями подготовительного этапа лечения хронического простого маргинального гингивита являются:

- а) мотивация;
- б) обучение гигиене ротовой полости;
- в) удаление твердых над- и поддесневых зубных отложений;
- г) контроль прироста зубного налета;
- д) все вышеперечисленные.

2. Лечение гингивита легкой степени тяжести проводят:

- а) с соблюдением необходимых мероприятий подготовительного лечения;
- б) соблюдая только этап профессиональной гигиены;
- в) соблюдая только этап обучения гигиене полости рта;
- г) исключая этап контроля прироста зубного налета.

3. Лечение хронического простого маргинального гингивита средней степени тяжести проводят:

- а) с соблюдением необходимых мероприятий подготовительного лечения;
- б) полосканием ротовой полости 0,06%-ным раствором хлоргексидина;
- в) используя хирургические методы лечения;
- г) соблюдается только этап обучения гигиене полости рта.

4. При лечении хронического простого маргинального гингивита тяжелой степени тяжести применяют: 1) полоскание ротовой полости

- а) витамин А, метилурацил, солкосерил-желе;
- б) мефенаминат натрия, прополис, ируксол;
- в) трихопол, линкомицин, фуразолидон;
- г) хлоргексидин, трихопол, сальвин.

14. Ультразвуковое удаление зубного камня противопоказано пациентам:

- а) с заболеваниями ЖКТ;
- б) заболеваниями опорно-двигательного аппарата;
- в) заболеваниями крови;
- г) эндокринными нарушениями.

15. Сглаживание поверхности корня проводят:

- а) ручными инструментами;
- б) магнитостриктивным скейлером;
- в) пьезоэлектрическим скейлером;
- г) звуковым скейлером.

16. Преимуществами ультразвукового удаления зубного камня по сравнению с ручным методом являются:

- а) быстрое удаление зубного камня, минимальные дискомфорт для пациента и травма мягких тканей;
- б) высокое качество, гладкая поверхность зуба;
- в) эффект отбеливания зубов;
- г) отсутствие кровоточивости.

17. При гиперпластическом гингивите фиброзной формы показано лечение:

- а) консервативное;
- б) обязательно хирургическое;
- в) необязательно хирургическое;
- г) сочетанное медикаментозное и хирургическое.

18. При гиперпластическом гингивите отечной формы показано лечение:

- а) консервативное;
- б) обязательно хирургическое;
- в) необязательно хирургическое;
- г) сочетанное медикаментозное и хирургическое.

19. При лечении хронических гингивитов физиотерапевтические методы используют:

- а) всегда;
- б) по показаниям;
- в) только у пациентов до 30 лет;
- г) по просьбе пациента.

20. Эффект вакуум-терапии на ткани периодонта достигается:

- а) вследствие дифференцированного повреждения капилляров десны;
- б) замедления воспалительных процессов в десне;
- в) полного прекращения воспалительных процессов в десне;
- г) повреждения крупных сосудов.

21. При вакуумной терапии в один сеанс образуют (вакуумных гематом):

- а) 1–3; б) 6–8; в) 9–12; г) 10–14.

22. Сеансы вакуум-терапии проводят:

- а) через 3–4 сут.; б) каждый день;
в) через день; г) один раз в неделю.

23. Курс вакуум-терапии составляет (процедуры):

- а) 1–3; б) 5–7; в) 10–15; г) 15–20.

24. Следует ли дополнительно оценивать индекс периферического кровообращения — ИПК (Л. Н. Дедова, 1981) — при проведении вакуумной пробы на стойкость капилляров:

- а) да, так как ИПК характеризует функциональное состояние периферического кровообращения;
б) нет необходимости;
в) нет, в целях экономии времени врача;
г) нет, для того чтобы не травмировать пациента.

25. При лечении хронического простого маргинального гингивита средней степени тяжести проводят:

- а) мотивацию, обучение гигиеническим навыкам, профессиональную гигиену, медикаментозную терапию, физиотерапию;
б) медикаментозную терапию;
в) медикаментозную терапию, физиотерапию;
г) профессиональную гигиену, физиотерапию, хирургическое лечение.

26. При лечении хронического простого маргинального гингивита средней степени тяжести показано проведение:

- а) гидротерапии, вакуум-терапии;
б) лазеротерапии высокоинтенсивными лазерами, криодеструкции;
в) озонотерапии;
г) гипербарической оксигенации.

27. При лечении гиперпластического гингивита фиброзной формы показано проведение:

- а) гидротерапии, вакуум-терапии;
б) лазеротерапии высокоинтенсивными лазерами, диатермокоагуляции;
в) озонотерапии;
г) магнитотерапии.

28. Пациенту с хроническим гингивитом рекомендуют жевательную резинку:

- а) всегда использовать для улучшения гигиены ротовой полости;
б) без сахара и использовать не более 10 мин и не чаще 3–4 раз в день после еды при условии идеальной гигиены ротовой полости, отсутствия ярко выраженных воспалительных процессов;
в) содержащую хлоргексидин;

г) не использовать.

29. Индикаторные таблетки и растворы при хроническом гингивите используют в связи с тем, что они:

- а) доступны для приобретения;
- б) удобны в применении;
- в) повышают эффективность мотивации к гигиеническим процедурам;
- г) экономичны.

30. Для процедуры флоссинга рекомендуемая длина зубной нити составляет (см):

- а) 10–20;
- б) 20–30;
- в) 35–40;
- г) 50–80.

31. Для предупреждения повреждения десны зубной нитью во время флоссинга необходимо:

- а) вводить ее в десневую борозду до появления легкой боли;
- б) вводить ее в десневую борозду до появления легкой чувствительности;
- в) не прижимать ее к зубу;
- г) сильно прижимать ее к поверхности зуба.

32. При болезнях периодонта зубная нить должна быть:

- а) круглой формы из искусственного волокна;
- б) плоской формы из искусственного волокна;
- в) дорогостоящей;
- г) вощенной.

33. Пациентам с хроническим гингивитом рекомендуют зубные пасты:

- а) «Lakalut», «Parodontax», «Sensodyne»;
- б) «Лесная», «Фтородент», «Новый жемчуг»;
- в) «Фтородент», «Жемчуг», «Elmex»;
- г) «Fluocaril», «Colgate White», «Pomorine».

34. Обязательными компонентами зубных паст, рекомендуемых при хроническом гингивите, являются:

- а) экстракты лекарственных растений, глюконат кальция;
- б) экстракты лекарственных растений, антисептики;
- в) пирофосфаты калия и натрия, бикарбонат кальция;
- г) нитрат калия, цитрат натрия и хлорид магния.

35. Врач-стоматолог рекомендует специальную зубную пасту пациенту с хроническим гингивитом:

- а) не всегда, так как пациент сам подбирает пасту, которая ему подходит;
- б) не всегда, так как пациент сам может прочитать инструкцию;
- в) всегда.

36. При хроническом простом маргинальном гингивите средней степени тяжести рекомендуют использовать зубную щетку:

- а) с мягкой щетиной;
- б) со щетиной средней жесткости;
- в) с жесткой щетиной;

г) жесткость щетины не имеет значения.

37. При скученности зубов рекомендуют использовать зубную щетку:

а) с мягкой щетиной;

б) моно- и малопучковую как вспомогательное средство;

в) с жесткой щетиной;

г) жесткость щетины не имеет значения.

38. Укажите правильную последовательность обязательных этапов лечения хронического простого маргинального гингивита: 1) обучение гигиене ротовой полости; 2) мотивация; 3) удаление твердых над- и поддесневых зубных отложений, контроль прироста зубного налета:

а) 1, 2, 3;

б) 3, 2, 1;

в) 2, 1, 3;

г) 3, 1, 2.

39. Установите соответствие между рекомендуемой зубной пастой и показанием для ее использования (элементы правого столбца могут быть использованы только один раз):

Показания	Зубная паста
1. Пациенты с хроническим маргинальным гингивитом.	А. Содержащая фториды, соединения кальция.
2. Пациенты с высоким УИК.	Б. Содержащая соединения калия.
3. Пациенты с чувствительностью дентина	В. Содержащая антисептики, экстракты лекарственных трав

ТЕМА 14. ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНЯХ ПЕРИОДОНТА. ДИАГНОСТИКА, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Десна при остром язвенном гингивите клинически характеризуется:

а) изъязвлениями маргинального края, некрозом межзубных сосочков с формированием фестончатого десневого края;

б) увеличенными уплотненными десневыми сосочками, покрывающими часть коронки;

в) гиперемированными, отечными, легко кровоточащими десневыми сосочками;

г) цианотичностью, пастозностью, отеком.

2. Топографическая зона поражения при остром язвенном гингивите локализуется:

а) на десне, нёбе;

б) в глоточной области;

в) в области прикрепленной десны;

г) в области папиллярной и маргинальной десны.

3. Боль как дифференциально-диагностический признак при остром язвенном гингивите:

- а) не учитывают;
- б) учитывают;
- в) учитывают только у подростков;
- г) учитывают только у пациентов со специфическими заболеваниями.

4. Некротический налет легко удаляется с поверхности десны:

- а) при болезнях периодонта;
- б) сифилисе;
- в) дифтерии;
- г) остром герпетическом гингивостоматите.

5. Анализ крови необходимо проводить:

- а) при остром язвенном гингивите;
- б) сифилисе;
- в) дифтерии;
- г) всех вышеперечисленных заболеваний.

6. Острый язвенный гингивит чаще всего диагностируется в возрасте (лет):

- а) 20–30; б) 35–45; в) 50–65; г) старше 65.

7. Общим фактором риска развития острого язвенного гингивита является:

- а) наличие анатомо-физиологических особенностей строения челюстей;
- б) микрофлора ротовой полости;
- в) неудовлетворительная гигиена ротовой полости;
- г) пора года.

8. Исход лечения острого язвенного гингивита при несоблюдении пациентом гигиенических мероприятий по уходу за ротовой полостью будет:

- а) благоприятным;
- б) неблагоприятным;
- в) неблагоприятным только у пациентов моложе 20 лет;
- г) неблагоприятным только у пациентов старше 60 лет.

9. Поднижнечелюстные лимфатические узлы у больных с острым язвенным гингивитом при пальпации:

- а) плотные безболезненные;
- б) увеличены в размере, плотные, спаяны в бугристые пакеты;
- в) увеличены в размере, болезненные;
- г) увеличены в размере, безболезненные.

10. Местным фактором, не способствующим развитию острого язвенного гингивита, является:

- а) плохая гигиена ротовой полости;
- б) наличие аномалий расположения зубов;

- в) курение;
- г) кариозная болезнь.

11. Дифференциальную диагностику острого язвенного гингивита не проводят:

- а) с дифтерией;
- б) язвенным сифилидом;
- в) язвенным гингивитом на фоне острого лейкоза;
- г) декубитальной язвой.

12. Тяжесть воспалительного процесса при остром язвенном гингивите определяется:

- а) площадью поражения;
- б) глубиной поражения;
- в) наличием симптомов общей интоксикации;
- г) всеми перечисленными параметрами.

13. При остром язвенном гингивите с выраженными явлениями общей интоксикации в первое посещение проводят:

- а) лечение кариеса зубов;
- б) определение индексов гигиены и гингивита;
- в) снятие некротического налета, удаление зубных отложений, системное назначение антибиотиков;
- г) хирургическое лечение (гингивопластику).

14. Системно назначают антибиотики при остром язвенном гингивите:

- а) всегда, независимо от клинической ситуации;
- б) при повышенной температуре, которая держится только более 3 сут;
- в) когда отмечается повышение температуры и явления общей интоксикации;
- г) только пациентам старше 60 лет.

15. При лечении острого язвенного гингивита ферменты используют:

- а) в процессе снятия некротического налета;
- б) во время хирургического лечения;
- в) в процессе всего лечения;
- г) при динамическом наблюдении.

16. Удаление некротического налета с поверхности десны проводят:

- а) только в первое посещение;
- б) на спаде воспалительного процесса;
- в) начиная с первого дня визита и до полного отторжения налета;
- г) только во второе посещение.

17. После завершения консервативного этапа лечения язвенного гингивита планируют:

- а) гингивэктомию;
- б) гингивопластику;
- в) лоскутную операцию;
- г) остеопластику.

18. Периодонтальный абсцесс чаще встречается:

- а) в детском возрасте;
- б) в подростковом возрасте;
- в) у людей среднего и старшего возраста;
- г) в любом возрасте.

19. Периодонтальный абсцесс чаще всего отмечается:

- а) при хроническом простом периодонтите;
- б) хроническом сложном периодонтите;
- в) симптоматическом периодонтите;
- г) хроническом гингивите.

20. При рецидивирующем течении периодонтального абсцесса необходимо провести:

- а) микробиологическое исследование;
- б) биохимический анализ крови (уровень глюкозы);
- в) цитологическое исследование содержимого кармана;
- г) биопсию внутренней стенки периодонтального кармана.

21. При остром периодонтальном абсцессе системную терапию антибиотиками проводят:

- а) всегда, независимо от клинической ситуации;
- б) при пониженной температуре;
- в) когда отмечаются повышение температуры и явления общей интоксикации;
- г) только у пациентов с остеопорозом.

22. Объем неотложной помощи у пациентов с острым периодонтальным абсцессом включает:

- а) проведение обезболивания и дренирование абсцесса;
- б) вскрытие полости зуба и создание оттока экссудата из периапикальных тканей;
- в) назначение антимикробной терапии;
- г) обязательное удаление зуба.

23. Корректировку окклюзии при периодонтальном абсцессе в случае необходимости проводят:

- а) в первое посещение;
- б) после ликвидации острого воспаления;
- в) через 3–4 нед.;
- г) не имеет значение время проведения.

24. После купирования острых явлений пациентам с острым периодонтальным абсцессом в первую очередь проводят:

- а) ликвидацию периодонтального кармана;
- б) ортодонтическое лечение;
- в) пульпэктомию причинного зуба;
- г) ортопедическое лечение.

25. Остеопластику пациентам с периодонтальным абсцессом проводят:

- а) на подготовительном этапе;
- б) после устранения острого воспаления;
- в) на этапе повторной оценки состояния тканей периодонта;
- г) на этапе поддерживающей терапии.

26. Полоскание ротовой полости 1,5%-ным раствором перекиси водорода пациентам с периодонтальным абсцессом назначают:

- а) 1–2 раза в день;
- б) не менее 3 раз в день;
- в) 1–2 раза в нед.;
- г) не более 2 раз в день.

27. При остром периодонтальном абсцессе в первое посещение пациенту не проводят:

- а) ирригацию абсцесса раствором антисептика;
- б) обезболивание;
- в) дренирование очага;
- г) детальное обследование тканей периодонта.

28. При остром периодонтальном абсцессе во второе посещение пациенту не проводят:

- а) ревизию очага, антисептическую обработку;
- б) профессиональную гигиену;
- в) коррекцию индивидуальной гигиены и повторную мотивацию;
- г) хирургические мероприятия по устранению периодонтального кармана.

29. К основной причине острого язвенного гингивита относят:

- а) механическую травму, курение;
- б) физическую травму, неудовлетворительную гигиену;
- в) микробное воздействие, снижение иммунитета;
- г) химическую травму.

30. Микробиологические исследования для подтверждения диагноза проводят:

- а) при остром язвенном гингивите;
- б) язвенном некротическом гингивите на фоне ВИЧ-инфекции (симптоматический);
- в) остром герпетическом гингивостоматите;
- г) остром язвенном гингивите на фоне острого лейкоза;
- д) всех вышеперечисленных состояниях.

31. Укажите правильную последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи больному с острым язвенным гингивитом:

- 1) изоляция участков десны с язвенным поражением;
- 2) обучение гигиене рта, мотивация к тщательному уходу за ротовой полостью;
- 3) обезболивание;
- 4) удаление очагов некроза, зубных отложений, полоскание ротовой полости 1,5%-ным раствором перекиси водорода:

- а) 3, 1, 2, 4;
- б) 3, 1, 4, 2;
- в) 1, 2, 3, 4;
- г) 1, 3, 2, 4.

32. В первые посещения при остром язвенном гингивите не проводят:

- а) максимальное удаление очагов некроза, наддесневых зубных отложений без кюретажа;
- б) обучение гигиене полости рта, мотивацию к тщательному уходу за ротовой полостью;
- в) полоскания ротовой полости 1,5%-ным раствором перекиси водорода каждые 2 ч не менее 5 раз в день;
- г) хирургические мероприятия (гингивопластику), наложение лечебных повязок.

33. Дифференциальную диагностику острого периодонтального абсцесса проводят:

- а) с острым периапикальным абсцессом;
- б) острым пульпитом;
- в) папиллитом;
- г) невритом тройничного нерва.

34. При лечении острого периодонтита, обострения хронического периодонтита рекомендуют:

- а) гидротерапию, вакуум-терапию;
- б) терапию высокоинтенсивными лазерами, криодеструкцию;
- в) флюктуирующие токи;
- г) лекарственный электрофорез.

35. При остром язвенном гингивите для полоскания ротовой полости не применяют:

- а) 0,05%-ный р-р хлоргексидина;
- б) 1,5%-ный р-р перекиси водорода;
- в) лекарственные препараты, содержащие фенол;
- г) 0,5%-ный р-р этония.

36. Для полоскания ротовой полости в домашних условиях при остром язвенном гингивите назначают раствор перекиси водорода в концентрации (%):

- а) 0,05; б) 1,5; в) 3; г) 6.

37. Клиническим признаком, не характерным для острого периодонтального абсцесса, является:

- а) аденопатия;
- б) подвижность зуба;
- в) понижение температуры тела;
- г) вертикальная миграция зуба.

38. Для облегчения снятия некротического налета при остром язвенном гингивите не применяют:

- а) мазь «Ируксол»;
- б) бутадионовую мазь;
- в) террилитин;
- г) химотрипсин.

ТЕМА 15. РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА. ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

1. В соответствии с классификацией болезнй периодонта (Л. Н. Дедова, 2002–2007) выделяют формы рецессии десны:

- а) анатомическую, физиологическую, симптоматическую;
- б) анатомическую, симптоматическую;
- в) анатомическую, физиологическую;
- г) физиологическую, симптоматическую.

2. Рецессию десны, развивающуюся в результате анатомо-топографических особенностей зубочелюстной системы, называют

3. Рецессию десны, являющуюся признаком хронического гингивита, периодонтита или другой патологии периодонта, называют

4. Величина рецессии при клиническом обследовании определяется:

- а) расстоянием от эмалево-цементной границы до уровня гребня десневого края;
- б) расстоянием от эмалево-цементной границы до дна кармана при зондировании;
- в) глубиной зондирования кармана;
- г) глубиной зондирования десневой борозды.

5. Основными факторами риска развития рецессии десны у лиц молодого возраста являются:

- а) плохая гигиена ротовой полости, воспаление десны, травматическая чистка зубов, аномалии зубов, зубных рядов и прикуса;
- б) анатомо-физиологические особенности строения альвеолярного отростка, вредные привычки, пришеечный кариес зубов;
- в) повторяющаяся или однократная травма десны, наследственная предрасположенность, эрозия эмали;
- г) ортодонтическое лечение, истирание твердых тканей зубов, некроз пульпы.

6. При рецессии десны жалобы больных:

- а) всегда отсутствуют;
- б) на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта;
- в) на повышение чувствительности зубов и эстетический дефект.
- г) на кариозные полости.

7. Уменьшение без видимого воспаления объема десны, альвеолярной кости, сопровождающееся апикальным перемещением десневого края без образования карманов, называют:

- а) периодонтальной атрофией;
- б) периодонтитом;
- в) рецессией десны;
- г) гингивитом.

8. Начальным клиническим признаком периодонтальной атрофии является:

- а) кровоточивость десны;
- б) чувство «ломоты», онемения в десне;
- в) оголение зубов;
- г) подвижность зубов.

9. При периодонтальной атрофии десна:

- а) ярко-красная, отечная;
- б) бледная плотная;
- в) красно-синего цвета, рыхлая;
- г) увеличена в размере, плотная, упругая.

10. Патологические карманы при периодонтальной атрофии:

- а) определяются только в области резцов;
- б) определяются только в области моляров;
- в) определяются в области всех зубов;
- г) отсутствуют.

11. Для периодонтальной атрофии легкой и средней степеней тяжести характерна:

- а) подвижность зубов I степени;
- б) подвижность зубов II степени;
- в) подвижность зубов III степени;
- г) устойчивость зубов.

12. При периодонтальной атрофии диагностируют:

- а) чаще некариозные поражения твердых тканей зубов;
- б) чаще кариозные поражения твердых тканей зубов;
- в) в равной степени некариозные и кариозные поражения твердых тканей зубов;
- г) очень редко некариозные и кариозные поражения твердых тканей зубов.

13. К рентгенологическим признакам периодонтальной атрофии относят:

- а) нарушение компактной пластинки вершечек альвеолярного гребня, горизонтальный тип резорбции;
- б) чередование очагов остеосклероза и остеопороза в альвеолярном отростке и теле челюстей;
- в) остеопороз межальвеолярной перегородки, вертикальный тип резорбции;

г) очаги остеосклероза (кортикальная пластинка сохранена), отсутствие очагов остеопороза.

14. При лечении периодонтальной атрофии используют:

- а) только медикаментозные средства;
- б) только хирургические мероприятия;
- в) только физиотерапию;
- г) комплексный подход.

15. Периодонтальная атрофия легкой степени тяжести характеризуется:

- а) отсутствием изменений;
- б) жалобами на подвижность зубов (рентгенологически определяется атрофия альвеолярного края челюстей более $\frac{1}{3}$ длины корня);
- в) жалобами на чувствительность дентина (наличие периодонтальных карманов);
- г) жалобами на неприятные ощущения в области десны (плотная бледная десна).

16. Периодонтальная атрофия средней степени тяжести характеризуется:

- а) отсутствием изменений;
- б) жалобами на подвижность зубов (рентгенологически определяется резорбция кости альвеолярного гребня на $\frac{1}{2}$ длины корня);
- в) жалобами на увеличение клинической коронки зубов, появление чувствительности дентина (рентгенологически выявляется снижение высоты межзубных перегородок от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ длины корня);
- г) жалобы у больных обычно отсутствуют (рецессия десны до 3 мм, рентгенологически определяется снижение высоты межзубных перегородок до $\frac{1}{3}$ длины корня зуба).

17. Периодонтальная атрофия тяжелой степени тяжести характеризуется:

- а) отсутствием изменений;
- б) анемичной плотной десной, генерализованной рецессией десны более 5 мм (рентгенологически определяется атрофия альвеолярного края челюстей более $\frac{2}{3}$ длины корня);
- в) анемичной плотной десной, отсутствием периодонтальных карманов (рентгенологически выявляется атрофия альвеолярного гребня челюстей от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ длины корня);
- г) жалобами на чувствительность дентина, наличием периодонтальных карманов.

18. Расстояние от эмалево-цементной границы до гребня десневого края называют:

- а) гистологической рецессией десны;
- б) шириной рецессии десны;
- в) видимой рецессией десны;

г) скрытой рецессией десны.

19. Рецессия десны, встречающаяся у здоровых людей старше 60 лет, называется

20. С возрастом распространенность и интенсивность рецессии:

а) не изменяется; б) уменьшается; в) возрастает.

21. Наибольшая частота встречаемости рецессии десны отмечается в области:

а) верхних моляров и нижних клыков;
б) верхних клыков и премоляров, а также нижних клыков и резцов;
в) нижних моляров, верхних клыков и премоляров;
г) нижних премоляров и клыков.

22. К I классу в соответствии с классификацией рецессии десны (P. D. Miller, 1985) относят:

а) рецессию в пределах прикрепленной десны, сочетающуюся с атрофией (резорбцией) кости межальвеолярных перегородок;
б) рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны;
в) потерю десны и кости в межзубных промежутках;
г) рецессию в пределах прикрепленной десны без потери костной ткани.

23. Ко II классу в соответствии с классификацией рецессии десны (P. D. Miller, 1985) относят:

а) рецессию в пределах прикрепленной десны;
б) рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны без потери костной ткани;
в) потерю десны и кости в межзубных промежутках;
г) рецессию в пределах свободной десны.

24. К III классу в соответствии с классификацией рецессии десны (P. D. Miller, 1985) относят:

а) рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны, сочетающуюся с атрофией (резорбцией) кости межальвеолярных перегородок;
б) рецессию в пределах прикрепленной десны;
в) рецессию, выходящую за пределы прикрепленной десны, без потери костной ткани;
г) рецессию в пределах свободной десны.

25. Какое количество классов выделяют в классификации рецессии десны (P. D. Miller, 1985)?

а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.

26. При хирургическом лечении рецессии десны I и II классов (P. D. Miller, 1985):

а) возможно закрытие поверхности корня на 100 %;
б) закрытие поверхности корня невозможно;
в) невозможно закрытие поверхности корня на 100 %.

27. При хирургическом лечении рецессии десны III класса (P. D. Miller, 1985):

- а) возможно закрытие поверхности корня на 100 %;
- б) закрытие поверхности корня невозможно;
- в) невозможно закрытие поверхности корня на 100 %.

28. При хирургическом лечении рецессии десны IV класса (P. D. Miller, 1985):

- а) возможно закрытие поверхности корня на 100 %;
- б) закрытие поверхности корня невозможно;
- в) невозможно закрытие поверхности корня на 100 %.

29. Локализованный узкий участок рецессии десны называется

30. Щели Стилмана (Stillman's Clefts) характерны для рецессии десны:

- а) симптоматической;
- б) анатомической;
- в) физиологической;
- г) травматической.

31. Степень тяжести рецессии десны определяют:

- а) по фактическому положению десны;
- б) видимому положению десны;
- в) уровню дна борозды (кармана);
- г) уровню эпителиального прикрепления.

32. Значение индекса рецессии десны (S. Stahl, A. Morris, 1955) 26–50 % соответствует степени:

- а) тяжелой; б) средней; в) легкой; г) начальной.

33. Значение индекса рецессии десны (S. Stahl, A. Morris, 1955) до 25 % соответствует степени:

- а) тяжелой; б) средней; в) легкой; г) начальной.

34. Значение индекса рецессии десны (S. Stahl, A. Morris, 1955) 51–100 % соответствует степени:

- а) тяжелой; б) средней; в) легкой; г) начальной.

35. При лечении анатомической рецессии десны планируют:

- а) проведение подготовительного этапа;
- б) повторную оценку состояния тканей периодонта;
- в) ортодонтические мероприятия;
- г) все вышеперечисленное.

36. При рецессии десны к дефектам кортикальной пластины альвеолярного отростка относят:

- а) окончатый и щелевидный;
- б) плоский и вогнутый;
- в) горизонтальный и вертикальный;
- г) сплошной и несплошной.

37. По распространенности периодонтальная атрофия (Л. Н. Дедова, 2002–2007) бывает:

- а) только локализованной;
- б) только генерализованной;
- в) локализованной и генерализованной;
- г) местной и общей.

38. Формой периодонтальной атрофии (Л. Н. Дедова, 2002–2007) является:

- а) физиологическая, симптоматическая;
- б) простая, сложная;
- в) анатомическая, симптоматическая;
- г) травматическая, физиологическая.

39. Проведение рентгенологического исследования при диагностике периодонтальной атрофии:

- а) обязательно;
- б) необязательно;
- в) по желанию пациента;
- г) по желанию врача.

ОТВЕТЫ

Тема 1

1	а	11	б	21	а	31	б	41	а
2	г	12	в	22	б	32	а	42	б
3	в	13	б	23	б	33	а	43	б
4	а	14	б	24	а	34	б	44	в
5	б	15	а, д	25	а	35	а	45	1Б, 2В, 3А
6	а	16	в	26	а	36	а	46	б
7	б	17	б	27	а	37	а	47	цементом
8	в	18	а	28	б	38	б	48	дентином
9	а	19	б	29	в	39	б	49	а, г
10	г	20	в	30	б	40	г		

Тема 2

1	в	12	г	23	б	34	б	45	б
2	г	13	г	24	а	35	а	46	г
3	а	14	в	25	в	36	в	47	1В, 2Г, 3А, 4Б
4	б	15	б	26	в	37	а, в	48	1А, 2В, 3Б, 4Г
5	б	16	б	27	г	38	а, б	49	1Б, 2Г, 3А, 4В
6	б	17	г	28	г	39	г	50	1В, 2Г, 3А, 4Б
7	г	18	а	29	г	40	а, б	51	1Г, 2А, 3В, 4Б
8	б	19	а	30	б	41	в	52	1Б, 2В, 3Г, 4А
9	а	20	б	31	в	42	а, б		
10	а	21	г	32	в	43	а		
11	в	22	г	33	а	44	а		

Тема 3

1	а, г	11	а	21	в	31	г	41	а
2	а	12	г	22	б, г	32	г	42	а
3	в	13	в	23	в	33	б	43	а
4	б	14	б	24	г	34	в	44	1В, 2Е, 3Д, 4Г, 5Б, 6А
5	б	15	б	25	в	35	а	45	1Г, 2А, 3Б, 4В
6	б	16	б	26	а, в	36	г	46	1А, 2Б, 3В, 4Г
7	в	17	б	27	б	37	г	47	1В, 2Г, 3Б, 4А
8	в	18	а	28	в, г	38	г	48	1Г, 2Б, 3А, 4В
9	б	19	в	29	а, г	39	а		
10	б	20	б	30	в	40	а		

Тема 4

1	а	13	в	25	а	37	а	49	трансептальными
2	а	14	а	26	б	38	а	50	а, в
3	а	15	а	27	в	39	а	51	десной
4	в	16	б	28	а	40	г	52	межзубной
5	а	17	а	29	а	41	б	53	свободной
6	б	18	в	30	а	42	б	54	прикрепленной
7	а	19	б	31	а	43	а	55	1Г, 2А, 3Б, 4В, 5Ж, 6Д, 7Е
8	а	20	а	32	в	44	в	56	1Б, 2Д, 3Г, 4В, 5А
9	в	21	г	33	а	45	периодонтом		
10	а	22	в	34	а	46	фуркацией		
11	б	23	а	35	а	47	цементом		
12	а	24	а	36	а	48	десневой жидкостью		

Тема 5

1	в	12	г	23	б	34	г	45	б
2	б	13	а	24	в	35	б	46	в
3	в	14	б, г	25	в	36	а	47	в
4	в	15	г	26	б	37	б, г	48	в
5	а	16	б, в	27	в	38	г	49	1Г, 2А, 3Б, 4В
6	в	17	а	28	в	39	в	50	1Б, 2Г, 3А, 4В
7	в	18	а, в	29	в	40	г	51	1А, 2В, 3Г, 4Б
8	б	19	б	30	в	41	б	52	1Б, 2Г, 3А, 4Д, 5В
9	б	20	г	31	г	42	в	53	1А, 2В, 3Г, 4Б, 5Е, 6Д
10	б	21	в	32	б	43	в	54	1Г, 2Б, 3А, 4В
11	в	22	а	33	б	44	б		

Тема 6

1	б	11	в	21	г	31	г	41	в
2	б	12	в	22	а, б	32	б	42	г
3	б	13	г	23	в	33	а	43	б, в
4	в	14	г	24	б	34	а	44	а, г
5	а	15	б	25	б	35	б	45	б
6	г	16	б	26	д	36	б		
7	г	17	а	27	в	37	б		
8	в	18	б, в	28	в, г	38	а, в		
9	б	19	в	29	в	39	а		
10	г	20	г	30	б	40	г		

Тема 7

1	ГИНГИВИТОМ	11	в	21	в	31	г	41	б
2	в	12	а	22	б	32	а		
3	в	13	г	23	в	33	а		
4	б	14	б	24	г	34	в		
5	г	15	а	25	б	35	а		
6	в	16	а	26	г	36	г		
7	а	17	б	27	г	37	г		
8	б	18	г	28	г	38	б		
9	в	19	а	29	а	39	а		
10	б	20	в	30	б	40	а		

Тема 8

1	г	11	б	21	г	31	б		
2	г	12	б	22	в	32	в		
3	а	13	б	23	в	33	в		
4	в	14	а	24	б	34	г		
5	б	15	а	25	в	35	1Б,В,Г; 2Б,З; 3Б,В,Г,Д; 4Д,Ж; 5Е		
6	в	16	в	26	б				
7	г	17	в	27	а				
8	б	18	б	28	б				
9	в	19	б	29	в				
10	б	20	г	30	г				

Тема 9

1	в	11	б	21	б	31	б	41	б
2	б	12	г	22	г	32	б		
3	в	13	б	23	б	33	б		
4	а	14	г	24	б	34	в		
5	г	15	б	25	г	35	в		
6	г	16	в	26	б	36	средних		
7	в	17	а	27	г	37	б		
8	а	18	б	28	г	38	б		
9	а	19	а	29	б	39	а		
10	в	20	г	30	г	40	б		

Тема 10

1	б	11	а	21	а	31	в	41	б
2	б	12	в	22	б	32	в	42	б
3	г	13	г	23	а	33	в	43	б
4	в	14	г	24	г	34	внутрикостным	44	а
5	г	15	б	25	а	35	а	45	г
6	в	16	а	26	г	36	в	46	б
7	г	17	а	27	в	37	в	47	б
8	б	18	в	28	1А,Б,Г,Д; 2А,В, Г, Д; 3А	38	периодонтитом	48	г
9	в	19	б	29	1А,Б,Г; 2В,Г; 3А	39	а		
10	а	20	в	30	в	40	б		

Тема 11

1	в	11	в	21	а	31	а		
2	а	12	в	22	в	32	а		
3	а	13	г	23	регенерацией	33	в		
4	г	14	б	24	в	34	г		
5	б	15	б	25	прогнозом заболевания				
6	а	16	а	26	б				
7	а	17	а	27	планированием				
8	а	18	г	28	а				
9	а	19	г	29	б				
10	в	20	а	30	в				

Тема 12

1	б	11	а	21	в	31	г		
2	в	12	а	22	г	32	а		
3	б	13	б	23	г	33	б		
4	б	14	г	24	а	34	в		
5	г	15	г	25	а	35	б		
6	г	16	б	26	а				
7	а	17	б	27	б				
8	а	18	г	28	б				
9	б	19	в	29	в				
10	в	20	а	30	в				

Тема 13

1	д	11	в	21	б	31	б		
2	а	12	в	22	а	32	г		
3	а	13	а	23	б	33	а		
4	а	14	в	24	а	34	б		
5	в	15	а	25	а	35	в		
6	б	16	а	26	а	36	б		
7	а	17	г	27	б	37	б		
8	в	18	а	28	б	38	в		
9	а	19	б	29	в	39	1В, 2А, 3Б		
10	в	20	а	30	в				

Тема 14

1	а	11	г	21	в	31	б		
2	г	12	г	22	а	32	г		
3	а	13	в	23	а	33	а		
4	а	14	в	24	а	34	в		
5	г	15	а	25	б	35	в		
6	а	16	в	26	б	36	б		
7	г	17	б	27	г	37	в		
8	б	18	в	28	г	38	б		
9	в	19	в	29	в				
10	г	20	б	30	а				

Тема 15

1	а	11	г	21	б	31	б		
2	анатомической	12	а	22	г	32	б		
3	симптоматической	13	г	23	б	33	в		
4	а	14	г	24	а	34	а		
5	а	15	г	25	г	35	г		
6	в	16	в	26	а	36	а		
7	а	17	б	27	в	37	б		
8	б	18	в	28	б	38	а		
9	б	19	физиологической	29	расщелиной десны	39	а		
10	г	20	в	30	а				

ОГЛАВЛЕНИЕ

Тема 1. Кариес корня: предрасполагающие факторы, особенности течения, подходы к лечению	3
Тема 2. Чувствительность дентина. Клиника, диагностика	9
Тема 3. Острый апикальный периодонтит. Неотложная помощь. Принципы лечения	18
Тема 4. Ткани периодонта, определение их состояния.....	25
Тема 5. План обследования больных с болезнями периодонта	32
Тема 6. Болезни периодонта. Дополнительные методы исследования.....	39
Тема 7. Клиника болезней периодонта: хронический простой маргинальный гингивит	46
Тема 8. Хронический гингивит: язвенный, гиперпластический, симптоматический. Неблагоприятные факторы и механизм развития, клиника, диагностика	51
Тема 9. Хронический простой периодонтит. Диагностика, обоснование диагноза	56
Тема 10. Хронический сложный периодонтит. Диагностика, обоснование диагноза	61
Тема 11. Прогноз болезней периодонта	67
Тема 12. Характеристика этапов планирования лечения болезней периодонта. Подготовительный этап лечения, эффективность. Повторная оценка состояния тканей периодонта	72
Тема 13. Хронический гингивит. Составление плана лечения	77
Тема 14. Острые воспалительные процессы в тканях периодонта. Диагностика, неотложная помощь	82
Тема 15. Рецессия десны. Периодонтальная атрофия. Клиника, диагностика. Планирование лечения	88
Ответы	94

Учебное издание

Дедова Людмила Николаевна
Даревский Вячеслав Иосифович
Денисова Юлия Леонидовна и др.

ПЕРИОДОНТОЛОГИЯ

Тесты

Ответственная за выпуск Л. Д. Дедова
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой

Подписано в печать 26.06.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 4,06. Тираж 150 экз. Заказ 35.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.
ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
Ул. Ленинградская, 6, 220030, Минск.