Пародонтология. Тесты для подготовки к экзамену.

1.СО.Пародонт представляет комплекс тканей и состоит из:

А) периодонта

В) кости альвеолы

С) цемента зуба

Д) надкостницы

Е) десны

(А,Б,С,Д,Е)

2.СО. Пародонт подразделяется на:

1. поверхностный (покровный) пародонт
2. переодонтальная щель
3. функциональный (глубокий, поддерживающий) пародонт
4. альвеолярная кость
5. десна

(А,С)

3. СО Поверхностный (покровный) пародонт состоит из:

1. десны
2. цемента корня
3. десмодонта (или периодонта)
4. надальвеолярных связок, включая и круговую связку зуба
5. надальвеолярных связок, не включая и круговую связку зуба

(А,D)

4. Функциональный (глубокий, поддерживающий) пародонт состоит из:

1. надальвеолярных связок, включая и круговую связку зуба
2. цемента корня
3. десны
4. десмодонта (или периодонта)
5. альвеолярной кости.

(В, D, Е)

5.: СО.С клинической точки зрения десну принято делить на

1. свободную
2. несвободную
3. периодонтальную
4. собственную
5. прекрепленную

(А, Е)

6.ПО.Прикрепленная деснараспространяется:

1. почти на всю поверхность альвеолярного отростка
2. на все тело нижней челюсти
3. вокруг шейки зуба на верхней и нижней челюстях
4. межзубном пространстве
5. до дна полости рта

( А )

7. ПО. Ширина прикрепленной десны варьирует в области различных групп зубов:

1. от 10 до 15 мм
2. от 1 до 3 мм
3. от 1 до 9 мм
4. от 5 до 11 мм
5. индивидуально

( С )

8. СО.Альвеолярная десна с вестибулярной поверхности переходит:

1. на верхней челюсти в слизистую оболочку твердого неба
2. в слизистую оболочку, покрывающую тело челюсти
3. на нижней челюсти в слизистую оболочку дна полости рта
4. в слизистую оболочку, покрывающую верхнюю и нижнюю губу
5. в слизистую оболочку, покрывающую щеки

(В, С)

9. СО.С оральной поверхности альвеолярная десна переходит:

1. на верхней челюсти в слизистую оболочку твердого неба
2. в слизистую оболочку, покрывающую тело челюсти
3. на нижней челюсти в слизистую оболочку дна полости рта
4. в слизистую оболочку, покрывающую верхнюю и нижнюю губу
5. в слизистую оболочку, покрывающую щеки

( А, С )

10. СО.Поверхность прикрепленной десны у взрослых:

1. неровная, бугристая
2. плотная и имеет цвет коралла,
3. в 40% случаев ее поверхность схожа с поверхностью апельсиновой корки
4. гладкая, блестящая
5. ярко красного цвета

(А, В, С,)

11. СО В свободной десне различают:

1. альвеолярную часть
2. апикальную часть
3. маргинальную часть
4. межзубную часть
5. все

(С, D)

12. ПО.Десна между смежными зубами называется:

1. межзубной
2. альвеолярной
3. апикальной
4. маргинальной
5. коронарной

(А)

13.СО. Форма десневых сосочков может быть:

1. треугольная
2. трапециевидная
3. квадратная
4. круглая
5. ромбовидная

(А,В)

14.СО. В одном зубном промежутке может быть:

1. один зубной сосочек
2. два сросшихся зубных сосочка
3. плавный переход десны без сосочка при наличии диастем и трем
4. вестибулярный и язычный сосочки
5. все утверждения правильны

(С.D)

15.ПО. Между вестибулярным и язычным сосочком находится:

1. седловидное углубление
2. плавный переход
3. возвышение
4. граница сращения
5. сращение без четкой границы

(А)

16.ПО.Маргинальная часть десны, составляет ширину:

1. 0,1 – 0,5мм.
2. 0,5 – 2,0 мм.
3. 1,5 – 2,5 мм.
4. 2,0 – 2,5 мм.
5. 3,0 – 3,5мм

(В)

17.ПО.Глубина десневой щели составляет

1. 0,1 – 0,5мм.
2. 0,5 – 2,0 мм.
3. 1,0 — 1,5 мм.
4. 1,5 – 2,5 мм.
5. 2,0 – 2,5 мм.

(С)

18.ПО.Десневая щель (десневой желобок) располагается:

1. между зубами антагонистами
2. между десной и поверхностью зуба
3. в области муко-гингивального соединения
4. между смежными зубами
5. ни один из них

(В)

19.ПО.Десневая борозда или десневая щель тянется в виде углубления:

1. по всей окружности зуба
2. только с вестибулярной стороны зуба
3. только с язычной стороны зуба
4. только с контактных поверхностей зуба
5. по всей длине корня

/(А)

20.ПО. При интактном пародонте десневая борозда определяется

1. методом окрашивания специальными растворами
2. гистологически
3. рентгенологически
4. цитологически
5. при помощи введения зонда

(Е)

21.СО.Связочный аппарат десны:

1. находится в периодонтальной щели
2. это строма, составляющая основу десны в пришеечной области
3. содержит большое количество коллагеновых эластических и аргирофильных волокон
4. способствует плотному прилеганию десны к зубу
5. располагается на протяжении всего корня

(В, С, D)

22.ПО.Зубодесневые волокна начинаются:

1. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
2. от цемента, идут косо вниз и прикрепляются к альвеолярному гребню.
3. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов
4. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
5. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны

(А)

23.ПО.Зубопериостальные волокна начинаются:

1. от цемента, идут косо вниз и прикрепляются к альвеолярному гребню.
2. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов
3. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
4. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны
5. ниже зубодесневых, идут косо вниз, огибая вершину альвеолярного отростка и вплетаются в периост

(Е)

24.ПО Зубоальвеолярные горизонтальные волокна начинаются:

1. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов
2. от одной циркулярной связи к другой в межзубных промежутках и образуют вокруг зубов как бы восьмеркообразные сплетения.
3. от цемента, идут косо вниз и прикрепляются к альвеолярному гребню.
4. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны
5. проходят на щечной или язычной поверхности в виде дуг от одной апроксимальной корневой поверхности к другой одного и того же зуба.

(С)

25.ПО Межзубные связывающие волокна начинаются:

1. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов.
2. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
3. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны
4. ниже зубодесневых, идут косо вниз, огибая вершину альвеолярного отростка и вплетаются в периост
5. проходят на щечной или язычной поверхности в виде дуг от одной апроксимальной корневой поверхности к другой одного и того же зуба.

(А)

26.ПО.Междесневые волокна начинаются:

1. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны.
2. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба; на этом участке часто примыкают к полуциркулярным волокнам.
3. проходят беспрерывно параллельно вестибулярным и оральным поверхностям корней.
4. направлены от одной циркулярной связи к другой в межзубных промежутках и образуют вокруг зубов как бы восьмеркообразные сплетения.
5. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.

(В)

27.ПО.Циркулярные (круговые) волокна

1. проходят беспрерывно параллельно вестибулярным и оральным поверхностям корней.
2. проходят у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
3. начинаются с цемента корня апроксимальной поверхности и направляются или к вестибулярной, или к оральной поверхности соседнего зуба, где пересекаются с такими же волокнами противоположного направления.
4. охватывают в виде кольца надальвеолярный участок корня зуба и распределяют силу жевательного давления на большую площадь.
5. проходят на щечной или язычной поверхности в виде дуг от одной апроксимальной корневой поверхности к другой одного и того же зуба.

(D)

28.ПО.Полуциркулярные волокна:

1. проходят беспрерывно параллельно вестибулярным и оральным поверхностям корней.
2. проходят у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
3. начинаются с цемента корня апроксимальной поверхности и направляются или к вестибулярной, или к оральной поверхности соседнего зуба, где пересекаются с такими же волокнами противоположного направления.
4. охватывают в виде кольца надальвеолярный участок корня зуба и распределяют силу жевательного давления на большую площадь.
5. проходят на щечной или язычной поверхности в виде дуг от одной апроксимальной корневой поверхности к другой одного и того же зуба.

(Е)

29.ПО.Альвеоло-десневые волокна начинаются:

1. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
2. от цемента, идут косо вниз и прикрепляются к альвеолярному гребню.
3. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов
4. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
5. в области альвеолярного гребня и заканчиваются в строме десны

(Е)

30.ПО.Трансгингивальные волокна начинаются:

1. с цемента корня апроксимальной поверхности и направляются или к вестибулярной, или к оральной поверхности соседнего зуба, где пересекаются с такими же волокнами противоположного направления.
2. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
3. направлены от одной циркулярной связи к другой в межзубных промежутках и образуют вокруг зубов как бы восьмеркообразные сплетения.
4. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
5. от цемента, идут косо вниз и прикрепляются к альвеолярному гребню.

(А)

31.ПО.Внутридесневые волокна проходят:

1. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
2. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
3. от одной циркулярной связи к другой в межзубных промежутках и образуют вокруг зубов как бы восьмеркообразные сплетения.
4. беспрерывно параллельно вестибулярным и оральным поверхностям корней.
5. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов.

(D)

32.ПО.Перекрещивающиеся межкруговые связки направлены:

1. от корневого цемента одного зуба и направлены к десне смежного зуба
2. у дна десневой борозды, идут к наружи, веерообразно вплетаясь в десну, и соединяют ближайшие к зубу участки десны с шейкой зуба.
3. от одной циркулярной связи к другой в межзубных промежутках и образуют вокруг зубов как бы восьмеркообразные сплетения.
4. беспрерывно параллельно вестибулярным и оральным поверхностям корней.
5. над межальвеолярной перегородкой соединяют контактные поверхности рядом стоящих зубов.

(С)

33. СО.Ретикулярные волокна

1. проходят вблизи базальной мембраны.
2. проходят параллельно длинной оси зуба.
3. находится в рыхлой соединительной ткани, окружающей кровеносные сосуды.
4. выглядят как тонкие длинные фибриллы диаметром 150 А
5. все выше перечисленные

(А,С)

34.СО. Окситалановые волокна

1. проходят вблизи базальной мембраны.
2. находится в рыхлой соединительной ткани, окружающей кровеносные сосуды.
3. проходят параллельно длинной оси зуба.
4. выглядят как тонкие длинные фибриллы диаметром 150 А
5. все выше перечисленные

(С,D)

35.ПО.Эластичные волокна :

1. входят в состав только в соединительной ткани десны и периодонтальной связке вместе с кровеносными сосудами.
2. находится в рыхлой соединительной ткани, окружающей кровеносные сосуды.
3. проходят параллельно длинной оси зуба.
4. выглядят как тонкие длинные фибриллы диаметром 150 А
5. все выше перечисленные

(А)

36. СО.Сосудистая сеть десны хорошо развита и имеет 3 источника:

1. предпериостальные артериолы с вестибулярных и оральных поверхностей альвеолярной кости
2. передняя и задняя решетчатая артерия
3. сосуды периодонтального пространства.
4. артериолы межзубных альвеолярных перегородок
5. клиновиднонёбная ветвь верхнечелюстной артерии

(А, С, D)

37.СО. Бесклеточный цемент:

1. покрывает дентин в пришеечной и боковой поверхности корня зуба.
2. покрывает дентин верхушечной трети корня зуба
3. формируется до прорезывания зуба
4. покрывает дентин в многокорневых зубах межкорневую поверхность.
5. формируется после того, как зуб достигает плоскости окклюзии.

(А, С)

38.СО.Клеточный цемент (или вторичный)покрывает дентин

1. покрывает дентин в пришеечной и боковой поверхности корня зуба.
2. покрывает дентин верхушечной трети корня зуба
3. формируется до прорезывания зуба
4. покрывает дентин в многокорневых зубах межкорневую поверхность.
5. формируется после того, как зуб достигает плоскости окклюзии.

(В, D, Е)

39.СО.Функции Периодонта:

1. защитная
2. опорная
3. амортизирующая
4. покровная
5. трофическая

(А, В, С, Е)

40.СО. Функции Периодонта:

1. распределение давления
2. трофическая
3. пластическая
4. жевательная
5. сенсорная

(А, В, С, Е)

41. СО.Периодонт находится в непосредственной связи:

1. с костью челюсти,
2. через апикальное отверстие с пульпой зуба,
3. с полостью рта
4. у краев ячейки — с десной
5. с надкостницей челюсти

(А,В,D,E)

42.ПО. На рентгенограмме пространство, выполненное интактной периодонтальной связкой прослеживается в виде узкой щели:

1. на протяжении всего корня,
2. в области коронковой трети части корня
3. на протяжении дистальной части корня
4. в области верхушечной трети части корня
5. на протяжении медиальной части корня

(А)

43.ПО. Ширина периодонтальной щели в пришеечной области:

1. 0,35мм
2. 0,25 мм
3. 0,15
4. 0,2мм
5. 0,1мм

(А)

44. ПО.Ширина периодонтальной щели в верхушечной области:

1. 0,35мм
2. 0,25 мм
3. 0,15
4. 0,2мм
5. 0,1мм

(В)

45.ПО. Ширина периодонтальной щели в средних отделах:

1. 0,25-0,30 мм
2. 0,30-0,35мм
3. 0,15-0,20мм
4. 0,2-0,3мм
5. 0,1-0,2мм

(С)

46.ПО.В норме в периодонте преобладает коллаген:

1. I типа
2. II типа
3. III типа
4. IV типа
5. V типа

(A)

47.ПО.Какой тип коллагена содержится в базальных мембранах сосудов периодонта?

1. I типа
2. II типа
3. III типа
4. IV типа
5. V типа

(D)

48. СО. Какие типы коллагена не превышает 2 % от общего содержания?

1. I типа
2. II типа
3. III типа
4. IV типа
5. V типа

(D,E)

49. СО. Из чего образован периодонт?

1. межклеточного вещества
2. пучков коллагеновых волокон
3. основного аморфного вещества.
4. клеток.
5. эпителиального слоя .

(A,B,C,D)

50.ПО.Основное (аморфное) вещество представляет собой :

1. плотную волокнистую структуру.
2. вязкий гель.
3. гипертонический раствор.
4. гипотонический раствор.
5. лимфу.

(B)

51. ПО.Основное (аморфное) вещество состоит из воды на :

1. 20 %
2. 50 %
3. 80 %
4. 40 %
5. 70 %

(E)

52. ПО. В область вершин межзубных перегородок волокна периодонта распологаються:

1. горизонтально.
2. косо*.*
3. радиально.
4. почти вертикально.
5. веерообразно.

(А)

53.ПО. Направление основного количества коллагенновых волокн:

1. горизонтальное.
2. косое.
3. радиальное.
4. почти вертикальное.
5. веерообразное.

(В)

54. ПО.В областе приверхушечной зоны основное направление волокн периодонта распологаються:

1. горизонтально.
2. *косо.*
3. радиально.
4. почти вертикально.
5. веерообразно.

(А)

55. СО. В областе верхушки зуба основное направление волокна периодонта распологаються:

1. горизонтально.
2. косо*.*
3. радиально.
4. почти вертикально.
5. веерообразно.

(С,D,E)

56.СО.Макрофаги участвуют в:

1. поглощении гибнущих клеток.
2. расщеплении крупных частиц, фрагментов волокон
3. передачи информации иммунокомпетентным клеткам.
4. поддержании местного гомеостаза
5. повышении проницаемости стенок кровеносных сосудов.

(А,В,С)

57. СО.Тучные клетки участвуют в:

1. поглощении гибнущих клеток.
2. расщеплении крупных частиц, фрагментов волокон
3. передачи информации иммунокомпетентным клеткам.
4. поддержании местного гомеостаза
5. повышении проницаемости стенок кровеносных сосудов

(D,E)

58.Лейкоциты и плазмоциты участвуют в:

1. защитных реакциях вырабатывая антитела
2. поглощении гибнущих клеток.
3. расщеплении крупных частиц, фрагментов волокон
4. передачи информации иммунокомпетентным клеткам.
5. повышении проницаемости стенок кровеносных сосудов

(A,B)

59.СО.Адвентициальные клетки:

1. малодифференцированны,
2. хорошо дифференцированны
3. сопровождают кровеносные сосуды;
4. могут превращаться в фибробласты,
5. могут превращаться в миофибробласты.

(А,С,D,E)

60.ПО. Остеобласты участвуют в:

1. могут превращаться в миофибробласты
2. репаративном остеогенезе, выполняют пластическую функцию
3. расщеплении крупных частиц, фрагментов волокон
4. передачи информации иммунокомпетентным клеткам.
5. повышении проницаемости стенок кровеносных сосудов

(В)

61.ПО.Альвеолы чаще всего имеют форму:

1. конических углублений
2. цилиндрических углублений
3. трапециевидных углублений
4. обратно конических углублений
5. кубических углублений

(А)

62. СО.В альвеолах выделяют:

1. вестибулярную стенку
2. язычную стенку
3. медиальную стенку
4. дистальную стенку
5. дно альвеолы (A,B,C,D,E)

63. СО.Толщина кортикальной пластинки в области различных зубов одной челюсти:

1. в области моляров кортикальная пластинка толще с язычной стороны
2. она всегда меньше с вестибулярной стороны в области передних зубов, клыков, малых коренных;
3. в области моляров кортикальная пластинка тоньше с язычной стороны ;
4. на нижней челюсти толщина наружной компактной пластинки наибольшая с вестибулярной стороны в области моляров,
5. на нижней челюсти толщина наружной компактной пластинки наименьшая — в области клыков и резцов.

(В,С,D,E)

64.СО. Компактная кость образована:

1. костными пластинками
2. костными балками (трабекулами)
3. системой остеонов,
4. жировым костным мозгом
5. костномозговыми полостями

(А,С)

65. СО. Губчатая кость образована

1. костными пластинками
2. костными балоками (трабекулами)
3. жировым костным мозгом
4. костномозговыми полостями
5. системой остеонов

(В,С,D)

66.СО.Кость нижней челюсти губчатое вещества имеет:

1. мелкоячеистое строение
2. крупноячеистое строение
3. костные трабекулы расположены вертикально.
4. горизонтальное направление трабекул.
5. Косое направление трабекул.

(А,D)

67. СО.Кость верхней челюсти губчатого вещества имеет:

1. мелкоячеистое строение
2. крупноячеистое строение
3. костные трабекулы расположены вертикально.
4. горизонтальное направление трабекул.
5. Косое направление трабекул.

(В,С)

68. П.ОКоллагеновые волокна имеют толщин:

A. 1-4мкм

B. 2-6мкм

C. 4-8 мкм

D. 6-10мкм

E. 10-14 мкм

(C)

69 П.О Коллагеновые волокна состоят из :

A. Полинуклеотидов

B.Лепидов

C.аминокислот

D.полисахаридов

E. полипептидов

(E)

70.СО.К моменту развития корня зуба:

1. коронки молочных зубов в основном сформированы
2. эмалевый орган редуцирован.
3. края эмалевого органа образуют гертвиговское эпителиальное влагалище
4. эпителиальное влагалище глубоко врастает в подлежащую мезенхиму
5. в эмалевом органе происходит дифференцировка клеток

(А,В,С,D)

71. ПО.Гертвиговским эпителиальным влагалищем состоит из тесно соприкасающихся двух рядов клеток эмалевого органа:

1. внутренних и наружных
2. центральных и наружных
3. внутренних и промежуточных
4. промежуточных и наружных
5. промежуточных и центральных

(А)

72. ПО.Одонтобласты, которые участвуют в образовании дентина корня образуются из мезенхимных клеток:

1. зубного мешочка
2. зубного сосочка
3. гертвиговское эпителиальное влагалище
4. эмалевого органа
5. перегородок зубного мешочка

(В)

73. ПО.Образование цемента происходит в результате:

1. пролиферации гертвиговского эпителиального влагалища
2. редукции эмалевого органа
3. пролиферации зубного сосочка
4. распада гертвиговского эпителиального влагалища
5. распада зубного сосочка

(D)

74. ПО.Цементобласты, которые участвуют в образовании цемента корня образуются из мезенхимных клеток:

1. зубного мешочка
2. зубного сосочка
3. гертвиговское эпителиальное влагалище
4. эмалевого органа
5. перегородок зубного мешочка

(А)

75. ПО.Начало плотной соединительной ткани периодонта, альвеолы дает:

1. остальная часть зубного сосочка
2. остальная часть эмалевого органа
3. перегородки зубного сосочка
4. остальная часть зубного мешочка
5. остатки редуцируемого эмалевого органа

(D)

76. СО.В I фазе развития основных волокон периодонтальной связки:

1. формируются маленькие, тонкие, щеткообразные волокна в области цемента корня зуба
2. формируются маленькие, тонкие, щеткообразные волокна в области альвеолярной кости
3. формируются маленькие, тонкие, щеткообразные волокна одновременно в области цемента корня и альвеолярной кости
4. волокна, растущие из кости, длиннее, чем фибриллы, развивающиеся из цемента корня зуба
5. поверхность кости покрыта остеобластами и небольшым количеством тонких, коллагеновых волокон

(А, Е)

77.СО. В **II** фазе развития основных волокон периодонтальной связки:

1. волокна постепенно увеличиваются в размерах и количестве
2. волокна, растущие из кости, длиннее, чем фибриллы, развивающиеся из цемента корня зуба.
3. волокна, растущие из цемента корня зуба, длиннее, чем фибриллы, развивающиеся из кости
4. волокна, растущие из кости и из цемента корня зуба одинаковы
5. терминальные отделы фибрилл имеют пальцевидные отростки;

(А,В,Е)

78. ПО. В **III** фазе развития основных волокон периодонтальной связки:

1. волокна, растущие из цемента, становятся более длинными и соединяются с волокнами, растущими из альвеолярной кости.
2. волокна, растущие из кости, длиннее, чем фибриллы, развивающиеся из цемента корня зуба.
3. волокна, растущие из цемента корня зуба, длиннее, чем фибриллы, развивающиеся из кости
4. волокна, растущие из кости и из цемента корня зуба одинаковы
5. терминальные отделы фибрилл имеют пальцевидные отростки;

(А)

79.СО. Многослойный плоский эпителий полости рта состоит из :

1. базального слоя
2. шиповатого слоя
3. зернистого слоя
4. рогового слоя
5. Сетчатого слоя

(А,В,С,D)

80. ПО. Базальный и шиповатый слой состоит из клеток:

1. полигональной формы которые соединены с помощью десмосомами;
2. плоские, содержат зерна кератогиалина
3. плоские, без ядер, ороговевшие, постоянно слущиваются.
4. веретенообразных ,участвующих в формировании фиброзной ткани
5. различных размеров и формы с не большими, округлыми ядрами

(А)

81.ПО.Зернистый слой состоит из клеток:

1. полигональной формы.
2. плоские, содержат зерна кератогиалина
3. плоские, без ядер, ороговевшие, постоянно слущиваются.
4. веретенообразных ,участвующих в формировании фиброзной ткани
5. различных размеров и формы с не большими, округлыми ядрами

(В)

82.ПО. ***Роговой*** слой состоит из клеток

1. полигональной формы.
2. плоские, содержат зерна кератогиалина
3. плоские, без ядер, ороговевшие, постоянно слущиваются.
4. веретенообразных ,участвующих в формировании фиброзной ткани
5. различных размеров и формы с не большими, округлыми ядрами

(С)

83.ПО.В каком слое располагаются клетки содержащие меланоциты, меланин которых обуславливает соответствующую пигментацию?

1. базальном
2. шиповатом
3. зернистом
4. роговом
5. сетчатом

(А)

84.СО.Собственная пластинкадесны состоит из двух слоев:

1. поверхностного рогового
2. поверхностного сосочкового
3. более глубокого сетчатого.
4. более глубокого базального
5. более глубокого шиповатого

(В,С)

85.СО.Сосочковый слой образован:

1. рыхлой соединительной тканью,
2. сосочками, которые вдаются в эпителий.
3. Сосочками в которых проходят кровеносные сосуды и нервы,
4. более плотной соединительной тканью
5. толстыми переплетающимися коллагеновыми волокнами

(А,В,С)

86. СО. Сетчатый слой образован:

1. рыхлой соединительной тканью,
2. сосочками, которые вдаются в эпителий.
3. Сосочками в которых проходят кровеносные сосуды и нервы,
4. более плотной соединительной тканью
5. толстыми переплетающимися коллагеновыми волокнами

(D,E)

*87.*СО*.* В состав соединительной ткани входят*:*

1. основное вещество - межклеточный матрикс
2. коллагеновые волокна
3. аргирофильные волокна
4. эластические волокна
5. клетки

(А,В,C,Е)

88.СО. Гистологически весь эпителий, покрывающий свободную десну, делят на:

1. ротовой эпителий,
2. щелевой эпителий,
3. соединительный эпителий,
4. однослойный плоский эпителий
5. однослойный цилиндрический эпителий

(А,В,С)

89.СО.Ротовой эпителий выстилает:

1. внутреннюю поверхность свободной десны
2. свободную десну со стороны полости рта
3. участок десны, который создает контакт десны с зубом
4. дно зубодесневой борозды
5. прикреплённую десну

(В,Е)

90.ПО. Щелевой эпителий выстилает:

1. внутреннюю поверхность свободной десны
2. свободную десну со стороны полости рта
3. участок десны, который создает контакт десны с зубом
4. дно зубодесневой борозды
5. прикреплённую десну

(А)

91.ПО. Соединительный эпителий выстилает:

1. внутреннюю поверхность свободной десны
2. свободную десну со стороны полости рта
3. участок десны, который создает контакт десны с зубом
4. десну зубного сосочка со стороны полости рта
5. прикреплённую десну

(С)

92.ПО.Ротовой эпителий является:

1. многослойным плоским эпителием
2. промежуточным между многослойным плоским и соединительным эпителием
3. промежуточным между многослойным плоским и однослойным плоским эпителием
4. однослойным плоским эпителием
5. соединительным эпителием

(А)

93. ПО.Эпителий борозды является:

1. многослойным плоским эпителием
2. промежуточным между многослойным плоским и соединительным эпителием
3. промежуточным между многослойным плоским и однослойным плоским эпителием
4. однослойным плоским эпителием
5. соединительным эпителием

(В)

94.СО.Зубодесневое соединение представлено:

1. многослойным плоским эпителием
2. эпителием прикрепления
3. круговой связкой зуба
4. косыми связками периодонта
5. соединительным эпителием

(В,С)

95.ПО.Глубина клинической десневой борозды:

1. - 0,5 – 1,5мм
2. - 1 - 2 мм.
3. - 2 – 3 мм
4. - 1,5 – 2,5 мм
5. - 0,1 – 1 мм

(В)

96.ПО. Образование зубодесневого прикрепления тесно связано с процессом:

1. формирования корня
2. рассасывания корня
3. минерализации эмали
4. формирования верхушки корня
5. прорезывания зубов

(Е)

97. ПО.Редуцированный эмалевый эпителий во время прорезывания коронки частично трансформируется в:

1. ротовой эпителий,
2. щелевой эпителий,
3. соединительный эпителий,
4. однослойный плоский эпителий
5. однослойный цилиндрический эпителий

(С)

98.СО. В прикреплении десны к зубу участвуют два типа эпителия:

1. редуцированный эмалевый трансформирущийся в соединительный
2. редуцированный эмалевый трансформирущийся в щелевой
3. ротовым эпителием
4. соединительный эпителий
5. щелевой эпителий,

(А,С)

99. СО.Вторичное эпителиальное прикрепление состоит из клеток:

1. предшественников пластинок эпителиального прикрепления
2. плоских, содержащих зерна кератогиалина
3. плоских, без ядер, ороговевших, постоянно слущивающихся.
4. веретенообразных ,участвующих в эпителиальном прикреплении
5. гемидесмосом базальных клекток соединительного эпителия

(А,Е)

100.ПО. Активное прорезывание характеризуется:

1. прорезыванием и продвижением зуба на 1/2 высоты коронки
2. прорезыванием и продвижением зуба до оклюзионной поверхности.
3. прорезыванием зубов которое продолжается всю жизнь
4. прорезыванием и продвижением зуба на 1/3 высоты коронки
5. прорезыванием и продвижением зуба на 1/4 высоты коронки

(В)

101. СО. К концу фазы активного прорезывания эмали еще покрыта эпителием примерно на:

1. - 1/2
2. - 1/3
3. -1/4
4. - 1/5
5. -1/6

(В,С)

102. ПО.Согласно теории непрерывного пассивного прорезывания зуба, в возрасте от 20 до 30 лет, дно десневой борозды находится :

1. дно борозды целиком перемещаются на поверхность дентина
2. на уровне эмали.
3. на уровне цементно-эмалевой границы
4. переходит с коронки зуба на поверхность цемента
5. дно борозды целиком перемещаются на поверхность цемента

(В)

103. ПО.Согласно теории непрерывного пассивного прорезывания зуба, старше 40 лет, дно десневой борозды находится:

1. дно борозды целиком перемещаются на поверхность дентина
2. на уровне эмали.
3. на уровне цементно-эмалевой границы
4. переходит с коронки зуба на поверхность цемента
5. дно борозды целиком перемещаются на поверхность цемента

(С)

104.СО. Какие жидкости участвуют в внутритканевых обменных процессов :

1. слюна
2. кровь
3. плазма крови
4. зубодесневая жидкость,
5. лимфа

(А,D)

105.ПО. Десневая жидкостьзаполняет:

1. периодонтальное пространство
2. преддверие рта
3. десневую бороздку
4. пространство между волокнами десны
5. пространство седловидной выемки зубных сосочков

(С)

106. ПО.Десневая жидкость представляет собой

1. сывороточный экссудат
2. серозный экссудат
3. серозно-слизистый экссудат
4. слизистый экссудат
5. слизисто-сывороточный экссудат

(А)

107. ПО. Десневая жидкость диффундируя, проникает через:

1. десневую стенку
2. зубную эмаль
3. подъязычный сосочек
4. дно десневой борозды
5. десневую стенку десневой борозды

(D)

108.СО.В десневой жидкости содержатся:

1. вода,
2. белковые фракции плазмы,
3. иммуноглобулины,
4. фибрин
5. липиды

(А,В,С,D)

109. СО.В десневой жидкости содержатся:

1. глюкоза
2. электролиты,
3. десквамированные эпителиоциты (слущеные клетки)
4. иммуноглобулины
5. фибринолитические факторы и ферменты,

(В,С,D,Е)

110.ПО. В норме в течение суток образуется десневой жидкости:

1. 1,0 - 2,5 мл
2. 1,5 – 2,0 мл
3. 0,5—2,4 мл
4. 1,0 - 2,0 мл
5. 2,0 – 3 мл

(С)

111.СО. Десневая жидкость:

1. Принимаюет участие в механическом омывании борозды
2. представляет собой питательную среду для микроорганизмов
3. обладает антимикробным действием.
4. увлажняет прикреплённую часть десны
5. увлажняет свободную часть десны

(А,В,С)

112.ПО. Увеличение количества десневой жидкости при воспалении отмечается:

1. Через несколько часов после появления клинических признаков
2. Во время появления клинических признаков
3. до появления клинических признаков
4. на следующие сутки после появления клинических признаков
5. через несколько дней после появления клинических признаков

(С)

113.СО. Интракревикулярная методика забора десневой жидкости, подлежащую исследованию область готовят следующим образом:

1. очищают от зубного налета
2. изолируют ватными валиками от слюны
3. высушивают ватными тампонами
4. высушивают с помощью гипохлорита натрия
5. высушивают слабой струей воздуха

(А,В,С,Е)

114.ПО.Для интракревикулярная методика забора десневой жидкости пользуются фильтровальной бумаги шириной:

1. 1-5 мм
2. 1-4 мм
3. 1-6 мм
4. 4-8 мм
5. 8-12 мм

(В)

115.ПО. Для интракревикулярная методика забора десневой жидкости пользуются фильтровальной бумаги длинной:

1. 1-5 мм
2. 1-6 мм
3. 4-8 мм
4. 8-12 мм
5. 10-15 мм

(Е)

116.СО. Интенсивность выделения ДЖ определяется путем:

1. оценки протяженности или площади пропитывания полоски
2. взвешивания полоски фильтровальной бумажки до и после пропитывания
3. по степени интенсивности окрашивания фильтровальной бумажки
4. по цвету окрашивания в голубой или пурпурный фильтровальной бумажки
5. все методы правильные

(А,В)

117.СО.К не минерализованным зубным отложениям относятся:

1. пелликула;
2. зубная бляшка, биопленка;
3. мягкий зубной налет;
4. пищевые остатки.
5. не минерализованный зубной камень

(А,В,С,D)

118.СО. К минерализованным зубным отложениям относятся:

1. десневой зубной камень
2. наддесневой зубной камень;
3. поддесневой зубной камень
4. пелликула;
5. зубная бляшка, биопленка

(В,С)

119. СО.По степени плотности зубные отложения различают:

1. мягкие;
2. смешанные;
3. полуплотные (уплотняющиеся);
4. твердые.
5. Пигментированные

(А,В,С,D)

120. CO.По степени минерализации зубные отложения различают:

1. бляшка (0-ая стадия зарождения);
2. не минерализованные (1-ая фаза);
3. минерализующиеся (2-ая фаза);
4. минерализованные (3-ая фаза).
5. сильноминерализованные (4-ая фаза)

(А,В,С,D)

121. СО. ПО локализации зубные отложения различают:

1. наддесневые мягкие
2. наддесневые твердые
3. десневые мягкие
4. поддесневые твердые
5. поддесневые мягкие

(А,В,D,E)

122. СО.По распространению зубные отложения различают:

1. в сторону зубодесневой борозды
2. в сторону режущего края
3. вглубь фиссур
4. от экватора в сторону жевательной поверхности
5. в глубь экватора

(А,В,С)

123. СО. По росту зубные на корне отложения различают:

1. в пришеечной области верхняя треть корня
2. до середины длины корня
3. только средняя часть корня
4. до верхушки корня
5. только в верхушечной части корня

(А,В,D)

124.СО.По локализации на корне зубные отложения различают:

1. одна поверхность корня
2. две поверхность корня
3. три поверхность корня
4. область бифуркации корней
5. тотальная

(А,В,С,D,E)

125.СО. По степени выраженности зубные отложения различают:

1. зубная бляшка;
2. мягкий налет с незначительным наддесневым зубным камнем
3. выраженный наддесневой зубной камень без разрушения зубодесневой борозды
4. незначительный наддесневой зубной камень с разрушением зубодесневой борозды;
5. выраженный поддесневой зубной камень, растущий вдоль корня.

(А,В,С,D,E)

126. СО. По степени выраженности зубные отложения различают:

1. мягкий налет;
2. выраженный наддесневой зубной камень без разрушения зубодесневой борозды
3. незначительный наддесневой зубной камень с разрушением зубодесневой борозды
4. выраженный наддесневой зубной камень с разрушением зубодесневой борозды;
5. все ответы правильны

(А,В,С,D,E)

127.СО. По месту образования зубные отложения различают на:

1. зубах;
2. губах
3. пломбах
4. коронках
5. съемных протезах

(В,С,D,E)

128.СО. По месту образования зубные отложения различают на:

1. несъемных протезах;
2. зубном камне.
3. прикрепленной десне
4. переходной складке
5. пломбах

(А,В,С)

129. СО.По стадиям роста зубные отложения различают:

1. рост зубных отложений снаружи;
2. рост внутрь;
3. смешанный рост;
4. рост нестабильный
5. рост стабильный

(А,В,С,E)

130.СО.Кутикула :

1. бесструктурное покровное образование
2. состоит из элементов редуцированного эмалевого эпителия
3. образуется после прорезывания зуба
4. является производным слюны и десневой жидкости
5. образуется до прорезывания зуба

(А,В,С)

131.СО.Пеликула:

1. бесструктурное покровное образование
2. состоит из элементов редуцированного эмалевого эпителия
3. образуется после прорезывания зуба
4. является производным слюны и десневой жидкости
5. образуется до прорезывания зуба

(A,D,E)

132. ПО. Толщина кутикулы составляет:

1. 0,1 – 5 мкм.
2. 5-10 мкм
3. 15-25 мкм
4. 25-35 мкм
5. 15-50 мкм

(А)

133.ПО. Толщина пелликулы составляет:

1. 0,1 – 5 мкм.
2. 5-10 мкм
3. 15-25 мкм
4. 25-35 мкм
5. 15-50 мкм

(Е)

134. ПО.Пелликула восстанавливается на поверхности зуба в течении:

1. 1 суток
2. 20 – 30 мин
3. 1 - 2 часа
4. 2 – 3 часа
5. Ночи

(В)

135.ПО.Толщина суточной пелликулы составляет:

1. 0,1 – 0,5 мкм
2. 1 – 2 мкм
3. 2 - 4 мкм
4. 4 – 6 мкм
5. 6 – 8 мкм

(С)

136.СО. Силвестрони указывает на наличие следующих этапов в процессе прикрепления бактерий к пелликуле:

1. абсорбция макромолекул
2. абсорбция микромолекул;
3. химическое прикрепление мобильных бактерий;
4. необратимая их фиксация;
5. развитие вторичной микрофлоры.

(,В,С,D,E)

137.СО. Зубная бляшка является:

1. бесструктурным покровным образованием
2. мягким аморфным гранулированным отложением
3. состоит из элементов редуцированного эмалевого эпителия
4. имеющим определённую гистологическую структуру
5. плотно прилипает к расположенной под ней пелликуле

(В,D,Е)

138.СО.В молодой зрелой зубной бляшке находят:

1. клетки
2. межклеточное вещество
3. десневую жидкость
4. тканевая жидкость
5. коллагеновые волокна

(А,В,D)

139. СО.В молодой зрелой зубной бляшке находят клетки:

1. эпителиальные
2. лимфоциты
3. макрофаги
4. плазмоциты
5. лейкоциты

(А,В,С)

140. ПО.Органические и неорганические компоненты зубной бляшки составляют:

1. ½
2. 1/3
3. ¼
4. 2/3
5. ¾

(С)

141. ПО.Органические и неорганические компоненты бляшки представляют собой:

1. интермикробную желеподобную субстанцию
2. интермикробную водную субстанцию
3. интермикробную пастообразную субстанцию
4. интермикробную твердую субстанцию
5. зависит от стадии

(А)

142. ПО.Бактерии зубной бляшки составляют приблизительно:

1. 15% твёрдого остатка
2. 25% твёрдого остатка
3. 50 % твёрдого остатка
4. 75 % твёрдого остатка
5. 85 % твёрдого остатка

(D)

143.СО. Матрикс зубной бляшки состоит из комплекса:

1. аминокислот
2. ферментов
3. полисахаридов
4. протеинов
5. липидов

(C,D,E)

144.СО. Зубная бляшка не удаляется:

1. при чистки зубов
2. полоскании
3. при воздействии воздушной струи пистолета
4. при воздействии водяной струи пистолета
5. при соскабливании экскаватором или гладилкой

(А,В,С, D)

145. СО. Декстран обладает:

1. высокими адгезивными свойствами
2. относительно низкой растворимостью
3. высокой устойчивостью к бактериям
4. высокими антисептическими свойствами
5. все выше перечисленные

(А,В,С)

146. ПО.Декстраны и леваны производятся из:

1. лепидов
2. белков
3. сахарозы
4. аминокислот
5. лактозы

(С)

147.ПО. Длительность созревания бактериального налёта варьирует от:

1. 30 – 60 мин
2. 1 – 3 часов
3. 16 – 20 часов
4. 1 – 3 суток
5. 1 - 1,5 недели

(D)

148.СО. Вовремя образовании внеклеточной структуры матрикса зубной бляшки, на поверхности пелликулы осаждаются:

1. модифицированные гликопротеины слюны
2. микроорганизмы
3. органические кислоты
4. клеточные элементы
5. липиды

(А,В)

149.СО. Матрикс состоит из:

1. липидов
2. белков
3. бактериальных полисахаридов
4. сложных аминокислот
5. малое количество неорганических в-в.

(В,С,Е)

150.СО. Главными неорганическими компонентами матрикса являются:

1. кальций
2. магний
3. калий
4. хлор
5. натрий

(А,В,С,Е)

151.СО. Поддесневая зубная бляшка образуется в результате:

1. скопления микроорганизмов в десневой борозде
2. уже сформированной наддесневой бляшке
3. скопления микроорганизмов в полости рта
4. образования зубного камня
5. все ответы правильные

(А,В,)

152.СО. Поддесневая микробная бляшка растет:

1. в сторону наружной поверхности десны
2. латерально
3. апикально
4. в сторону волокон периодонта
5. коронарно

(В,С,D)

153.СО. Поддесневая микробная бляшка подразделяется на:

1. зубо прикрепленную
2. эпителиально прикрепленную
3. альвиолярно прикрепленную
4. периостально прикрепленную
5. периодонтально прикрепленную

(А,В)

154.СО. Мягкий налёт представляет собой:

1. жёлтое или серовато-белое, мягкое и липкое отложение
2. частицы пищи, располагающиеся в ретенционных местах
3. конгломерат микроорганизмов
4. конгломерат слущивающихся эпителиальных клеток
5. смесь слюнных протеинов и липидов.

(А,С,D,Е)

155. СО.В результате воздействия продукта микробного метаболизма образуются:

1. эндотоксин
2. гистамин
3. гепарин
4. белки
5. Гиалуронидаза

(А,В,С,Е)

156.СО.Действие эндотоксинов на ткани пародонта:

1. способен проникать сквозь интактную десневую бороздку
2. оказывает резорбтивное действие на костную ткань
3. увеличивает проницаемость сосудов
4. образовывает гиперемию и отёк у десны
5. активирует систему комплимента

(А,В,Е)

157. CO.Действие гистамина на ткани пародонта:

1. способен проникать сквозь интактную десневую бороздку
2. оказывает резорбтивное действие на костную ткань
3. увеличивает проницаемость сосудов
4. образовывает гиперемию и отёк у десны
5. активирует систему комплимента

(С,D)

158. ПO.Действие гепарина на ткани пародонта:

1. способен проникать сквозь интактную десневую бороздку
2. усиливает резорбтивное действие эндотоксина на костную ткань
3. увеличивает проницаемость сосудов
4. образовывает гиперемию и отёк у десны
5. активирует систему комплимента

(В)

158.ПО. Действие гиалуронидазы и коллагеназы на ткани пародонта:

1. способен проникать сквозь интактную десневую бороздку
2. усиливает резорбтивное действие эндотоксина на костную ткань
3. увеличивает проницаемость сосудов
4. образовывает гиперемию и отёк у десны
5. разрушает межклеточный матрикс эпителия десны

(Е)

159.СО. Бактерии в пародонтальных карманах могут выделять цитотоксические продукты метаболизма:

1. аммиак
2. сероводород
3. карбоксильную кислоту
4. бутират
5. пропионат

(А,В,С,D,Е)

160.СО. В зубном камне выделяют следующие зоны:

1. наружную поверхность
2. промежуточную поверхность
3. ядро
4. периферическую часть
5. внутреннюю поверхность

(С,D,Е)

161.СО.В Ядре камня содержится большое количество:

1. Actinomyces
2. Leptotrishia
3. [Mycobacterium](http://ru.knowledgr.com/00253394/Mycobacterium)
4. [Nocardia](http://ru.knowledgr.com/01288797/Nocardia)
5. [Streptomyces](http://ru.knowledgr.com/00640079/Streptomyces)

(А,В)

162. СО.Какого цвета обычно бывает наддесневой зубной камень:

1. тёмно-коричневого
2. белого
3. беловато-жёлтого
4. зеленовато-чёрного
5. прозрачный

(В,С)

163.СО. Какого цвета обычно бывает поддесневой зубной камень:

1. тёмно-коричневого
2. белого
3. беловато-жёлтого
4. зеленовато-чёрного
5. прозрачный

(A,D)

164. СО.Наддесневой камень:

1. не виден при визуальном обследовании
2. твёрдой консистенции
3. плотнее и твёрже, чем поддесневой камень
4. легко отделяется от зубной поверхности путём соскабливания
5. не поддаётся удалению зубной щёткой

(В,D,E)

165.СО.Поддесневой камень:

1. не виден при визуальном обследовании
2. твёрдой консистенции
3. плотнее и твёрже, чем надддесневой камень
4. легко отделяется от зубной поверхности путём соскабливания
5. плотно прикреплён к поверхности зуба

(А,В,С,Е)

166.ПО. Неорганические вещества в структуре зубного камня составляют:

1. 25 – 30 %
2. 30 – 50 %
3. 50 – 70 %
4. 70 – 90 %
5. 90 – 97 %

(D)

167. СО.Неорганическая часть представлена:

1. фосфатом кальция
2. карбонатом кальция
3. фосфатом магния
4. бикарбонат натрия
5. фосфорнокислый кальций

(А,В,С,Е)

168. СО.Главными неорганическими компонентами являются:

1. кальций
2. фосфор
3. магний
4. фтор
5. карбонаты

(А,В,С,Е)

169.СО.Для обнаружения зубных отложений используют:

1. визуальный осмотр
2. осмотр методом высушивания поверхности зубов воздушной струей,
3. пальпированние
4. рентгенологический метод
5. перкуссия

(А,В,D)

170.СО. Для обнаружения зубных отложений используют:

1. Визуальный осмотр
2. перкуссия
3. Зондирование
4. Рентгенологический метод
5. Осмотр после окрашивания

(А,С,D,Е)

171.СО. Высушивание позволяет:

1. устранить маскирующий блеск ротовой жидкости
2. различить одинаково окрашенную матовую поверхность зубных отложений
3. различить блестящую поверхность здоровой эмали
4. улучшить маскирующий блеск ротовой жидкости
5. обнажить поддесневой зубной камень

(А,В,С,Е)

172.СО. При рентгенологическом исследовании зубного камня на рентгенограмме видны в виде очагов:

1. затенения неправильной формы
2. просветления неправильной формы
3. затенения правильной формы
4. затенения с четкими границами
5. затенения с нечеткими границами

(А,Е)

173. СО.Для суждения об уровне гигиены полости рта конкретного пациента нужно знать:

1. какие виды зубных отложений имеются в полости рта;
2. в каком количестве;
3. какова их локализация.
4. возраст пациента
5. пол пациента

(А,В,С)

174.СО. Индексы гигиены используются для оценки:

1. гигиены полости рта
2. эффективности средств гигиены
3. качества чистки зубов
4. времени затраченных на гигиенические процедуры
5. роли гигиеничного ухода в развитии заболеваний зубов

(А,В,С,Е)

175. СО.Красители для выявления зубного налета выпускаются в виде:

1. таблеток
2. растворов
3. гелей
4. паст
5. капсул

(А,В,С)

176.СО. Способы окрашивания зубных отложений методом:

1. полоскания
2. аппликации раствора
3. аппликации геля
4. разжёвывания таблеток
5. приема таблеток внутрь

(А,В,С,D)

177. СО. Какие растворы используют для определения индексов гигиены:

1. раствор Шиллера-Писарева
2. раствор метиленового синего
3. раствор бриллиантового зеленого
4. раствор Люголя
5. эритрозин красный

(A,B,D,E)

178.СО. Раствор Шиллера-Писарева состоит из :

1. иодид калия
2. спирт
3. йод кристаллический
4. вода дистиллированная
5. глицерин

(А,С,D)

179. CО. Раствор Люголя состоит из :

1. иодид калия
2. спирт
3. йод кристаллический
4. вода дистиллированная
5. глицерин

(А,С,D)

180.СО.Раствор Люголя с глицерином состоит из:

1. иодид калия
2. спирт
3. йод кристаллический
4. вода дистиллированная
5. глицерин

(А,С,D,Е)

181.СО.В индексе по Quigley и Hein различают следующие значения:

1. 0 степень: отсутствие налета;
2. 1 степень: единичные участки налета;
3. 2 степень: умеренное, видимое при осмотре отложение налета; налет не охватывает межзубное пространство;
4. 3 степень: наличие налета в пришеечном участке зуба;
5. 4 степень: наличие налета до пределов средней трети зуба;

(А,В,D,Е)

182.СО.Индекс зубного налета по Silness и Loe различают следующие значения:

1. 0 степень: при осмотре и зондировании зубной налет не выявлен;
2. 1 степень: наличие невидимой при осмотре тонкой пленки налета, обнаруживаемой лишь при соскабливании зондом с поверхности зуба;
3. 2 степень: четко выраженная линия налета на десневом крае;
4. 3степень: умеренное, видимое при осмотре отложение налета; налет не охватывает межзубное пространство;
5. 4 степень: наличие налета до пределов средней трети зуба;

(А,В,С)

183. СО. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной различают следующие значения:

1. 1 — зубной налет не выявлен;
2. 2 — окрашивание умеренное, налет не охватывает межзубное пространство;
3. 3 — окрашивание половины поверхности коронки зуба;
4. 4 — окрашивание трех четвертей поверхности коронки зуба;
5. 5 — окрашивание всей поверхности коронки зуба.

(А,С,D,Е)

184. СО. Профессиональная гигиена включает в себя:

1. Мотивацию пациента к лечению.
2. коррекцию индивидуальной гигиены рта
3. кюретаж пародонтальных карманов
4. удаление над – и поддесневых зубных отложений
5. полирование поверхности зуба и проведениерекомендаций

(А,В,D,Е)

185. СО. Перед началом проведения профессиональной гигиены полости рта врач обязан:

1. установить правильный диагноз заболевания
2. ознакомить с диагнозом пациента
3. разъяснить пациенту причину болезни в доступной форме
4. приступить к лечению даже если пациент не осознает проблему
5. ознакомить пациента с планом лечения

(А,В,С,Е)

186. СО. Коррекция индивидуальной гигиены рта представляет собой:

1. подробное разъяснение важности устранения микробного налёта
2. разъяснение способов очищения зубов
3. рекомендации по применению средств ухода за полостью рта
4. беседу в доброжелательном тоне,
5. беседу которая проводится со специальной медицинской терминологией

(А,В,С,D)

187.СО.Контроль гигиены рта на этапах лечения заключается в:

1. сравнии значения индекса гигиены до и после чистки зубов
2. для оценки эффективности чистки зубов используют зеркало
3. повторно разъясняют и демонстрируют очищение зубов
4. дают повторные рекомендации по гигиене полости рта
5. сравнии значения индекса гигиены разных пациентов

(А,В,С,D)

188. СО.При проведении профессиональной чистки зубов врач должен руководствоваться основными принципами:

1. работа исключительно ручными инструментами
2. бережное отношение к тканям десны и зуба
3. целенаправленное движение инструмента под контролем зрения.
4. полное удаление всех частиц кармана с последующим полированием очищенных поверхностей.
5. обязательное использование ультразвукового аппарата

(В,С,D)

189. СО.Частота визитов для профессиональной чистки зубов зависит от:

1. желания пациента
2. от возраста
3. состояние ткани пародонта
4. этапы лечения патологии
5. наличии сопутствующих заболеваний

(С,D,Е)

190. СО.Существуют следующие способы удаления зубных отложений:

1. механический ручной
2. ультразвуковой,
3. пневматический (звуковой),
4. химический,
5. вакуумный

(А,В,С,Е)

191.СО. Профессиональная чистка зубов с помощью ручных инструментов складывается из нескольких этапов:

1. scaling
2. root planing
3. polishing
4. root Debridement
5. все ответы верны

(А,В,С)

192.СО.Под Scaling понимают:

1. удаление минерализованных наддесневых зубных отложений.
2. удаление минерализованных поддесневых зубных отложений
3. сглаживание поверхности корня
4. обработка области фуркаций
5. удаление размягченного инфицированного цемента.

(А,В)

193.СО. Под Root planing понимают:

1. удаление минерализованных наддесневых зубных отложений.
2. удаление минерализованных поддесневых зубных отложений
3. сглаживание поверхности корня
4. обработка области фуркаций
5. удаление размягченного инфицированного цемента.

(С,D,Е)

194.ПО. Под Polishing понимают:

1. удаление минерализованных наддесневых зубных отложений.
2. удаление минерализованных поддесневых зубных отложений
3. полирование поверхности корня для устранения шероховатостей и других факторов
4. обработка поверхности корня зуба с использованием ультразвуковых и звуковых инструментов
5. удаление размягченного инфицированного цемента.

(С)

195.ПО. Под Root Debridement понимают:

1. удаление минерализованных наддесневых зубных отложений.
2. удаление минерализованных поддесневых зубных отложений
3. полирование поверхности корня для устранения шероховатостей и других факторов
4. обработка поверхности корня зуба с использованием ультразвуковых и звуковых инструментов
5. удаление размягченного инфицированного цемента.

(D)

196.СО. После ультразвукового или звукового удаления зубных отложений следует проводить:

1. сглаживание поверхности корня зуба ручным инструментами
2. сглаживание поверхности корня зуба пародонтологическими борами
3. полирование пескоструйными аппаратом
4. сглаживание поверхности корня зуба алмазными борами
5. сглаживание поверхности корня зуба твердосплавными борами

(А,В,С)

197 СО Какие основные этапы выделяют при работе ручными инструментами:

1. захват инструмента;
2. расположение инструмента;
3. установка угла;
4. активация;
5. непосредственно работа.

(А,В,С,D,Е)

198.СО. Положение инструмента в руке может быть:

1. как авторучку
2. как авторучку с упором среднего пальца
3. как авторучку с упором указательного пальца
4. как авторучку с упором большого пальца
5. захват для работы на зубах верхней челюсти с упором большого пальца.

(А,В,Е)

199.CO. Основными приемами при удалении отложений являются:

1. исследующие
2. соскабливающие,
3. выравнивающие поверхность эмали
4. выравнивающие поверхность корня
5. выравнивающие контактные поверхности

(А,В,D)

200.ПО. Исследующие приемы являются:

1. легкие, «чувствующие»
2. короткие, мощные
3. толчковые мощные
4. легкие, поглаживающие
5. толчковые легкие

(А)

201.СО. Исследующие приемы применяются:

1. при определении глубины зондирования
2. для удаления над- и поддесневого камня
3. для выравнивания поверхности корня
4. при определении типа кармана
5. при обследовании поверхности корня

(А,D,Е)

202.СО. Соскабливающие или скребущие движения являются:

1. легкие, «чувствующие»
2. короткие, мощные
3. толчковые мощные
4. легкие, поглаживающие
5. толчковые легкие

(В,С)

203. ПО. Соскабливающие или скребущие движения применяются:

1. при определении глубины зондирования
2. для удаления над- и поддесневого камня
3. для выравнивания поверхности корня
4. при определении типа кармана
5. при обследовании поверхности корня

(В)

204. ПО. Выравнивающие поверхность корня движения являются:

1. легкие, «чувствующие»
2. короткие, мощные
3. толчковые мощные
4. легкие, поглаживающие
5. толчковые легкие

(D)

205.СО. Выравнивающие поверхность корня движения применяются:

1. для удаления той части цемента, в которую проникла зубная бляшка
2. для удаления над- и поддесневого камня
3. для выравнивания поверхности корня
4. при определении типа кармана
5. при обследовании поверхности корня

(А,С)

206. СО.Существует различные варианты работы ручными инструментами для удаления зубных отложений:

1. пальцами
2. кистью
3. запястьем
4. локтевым суставом
5. плечевым суставом

(А,В)

207.СО. Движения инструментом (скейлером или кюретой) могут быть:

1. вертикальные
2. горизонтальные
3. диагональные
4. обратно поступательные
5. радиальные

(А,В,С)

208.ПО. Вертикальные движения обычно используются для удаления зубных отложений:

1. на апроксимальных поверхностях зубов
2. на язычной поверхности
3. на вестибулярной поверхности
4. при наличии выраженных пародонтальных карманов
5. в апикальной трети корня

(А)

209.СО. Косые движения обычно используются для удаления зубных отложений:

1. на апроксимальных поверхностях зубов
2. на язычной поверхности
3. на вестибулярной поверхности
4. при наличии выраженных пародонтальных карманов
5. в апикальной трети корня

(В,С)

210.ПО. Горизонтальные движения обычно используются для удаления зубных отложений:

1. на апроксимальных поверхностях зубов
2. на язычной поверхности
3. на вестибулярной поверхности
4. при наличии выраженных пародонтальных карманов
5. в апикальной трети корня

(D)

211.СО. Ручные инструменты по материалу, из которого они изготовлены, бывают:

1. металлические;
2. металлические с алмазным напылением;
3. пластмассовые;
4. тефлоновые.
5. гуттаперчевые

(А,В,С,D)

212. СО. Имплакеры применяемые для удаления зубных отложений с поверхности имплантата изготавливаются из:

1. металла
2. металлические с алмазным напылением;
3. пластмассы;
4. тефлона.
5. гуттаперчи

(С,D)

213.СО. Инструменты состоят из следующих элементов:

1. ручка
2. пассивная часть
3. наконечник
4. стержень
5. рабочая часть

(А,D,Е)

214. СО. Ручки различают по:

1. рельефу
2. диаметру
3. материалу
4. весу
5. все правильные

(А,В,С,D,Е)

215. СО. Ручки могут быть:

1. с гуттаперчевым покрытием
2. заполненные (цельнометаллические)
3. полые (легкие)
4. с силиконовым покрытием
5. с тефлоновым покрытием

(В,С,D,)

216. СО.Рельеф ручки должен быть:

1. однородным (гладким)
2. с насечками
3. с гладкими силиконовыми выступами
4. атравматичным для пальцев врача
5. не скользким для работы во влажных перчатках

(В,С,D,Е)

217. СО. Стержень располагается между рабочей частью и ручкой инструмента:

1. имеет два изгиба
2. имеет один изгиб
3. называется функциональным
4. называется концевой
5. называется рабочим

(А,С)

218. ПО. Стержень располагается между рабочей частью и первым изгибом называется:

1. функциональным
2. рабочим
3. концевым
4. активным
5. пассивным

(А)

219.СО.Функциональный стержень может:

1. быть длинным
2. быть средней длины
3. быть коротким
4. быть стандартный
5. отсутствовать

(А,В,С)

220.СО. В рабочей части инструмента различают:

1. лицевую поверхность
2. боковую поверхность
3. режущую кромку
4. обратную сторону
5. головку

(А,В,С,D)

221.СО. Какие инструменты имеют специфическое строение рабочей части?

1. долото
2. кюреты
3. рашпиль
4. мотыга
5. серповидные скейлеры

(А,С,D)

222.СО. Периодонтальные и пародонтологические зонды используют для:

1. определения состояния десны
2. определения глубины кармана
3. контроля за результатами лечения
4. обнаружения поддесневых зубных отложений
5. обнаружения устьев корневых каналов

(А,В,С,D)

223.ПО. Рабочая часть пародонтологического зонда может быть:

1. коническая
2. цилиндрическая
3. цилиндроконическая
4. эллипсовидная
5. круглая

(А)

224.СО. Вершина пародонтологического зонда может быть:

1. плоской
2. закругленной
3. заканчиваться шариком
4. острой
5. все правильны

(А,В,С)

225. СО. Миллиметровая калибровка пародонтологического зонда может иметь маркировку:

1. цветную
2. градуированную
3. и ту, и другую
4. цифровую
5. не иметь маркировку

(А,В,С,Е)

226.СО. Цветовая кодировка Qulix может иметь:

1. черными линиями отмечен каждый миллиметр
2. полоски обозначают 2- или 3-миллиметровые участки
3. полоски и черные линии чередуются по 1 мм
4. черными линиями обозначают 2- или 3-миллиметровые участки
5. полоски отмечен каждый миллиметр

(А,В)

227. ПО. Верхушка рабочей части серповидного скейлера:

1. плоская
2. закругленная
3. заканчиваться шариком
4. агрессивная
5. цилиндрическая

(D)

228. СО. На поперечном срезе серповидный скейлер имеет:

1. треугольную форму
2. полукруглую форму
3. круглую форму
4. трапециевидную форму
5. квадратную форму

(А,D)

229.СО.Скейлеры бывают:

1. односторонними
2. двусторонними
3. вогнутыми
4. плоские
5. выпуклые

(А,В,С,D)

230.СО. Прямые скейлеры применяются для удаления зубных отложений:

1. щечных поверхностей
2. язычных поверхностей
3. эффективны во фронтальной группе зубов
4. корневых поверхностей
5. в глубоких пародонтальных карманах

(А, В,С)

231. СО. Вогнутые скейлеры применяются для удаления зубных отложений:

1. щечных поверхностей
2. язычных поверхностей
3. интерпроксимальных поверхностей
4. корневых поверхностей
5. в глубоких пародонтальных карманах

(В,С)

232.СО. Скейлеры-мотыги представляет собой инструмент с:

1. тонким мотыгообразным лезвием
2. острыми углами
3. закруглёнными углами
4. эллиптическим режущим краем
5. прямым режущим краем

(А,С,D)

233.СО.Перечислите виды скейлеров-мотыг:

1. П-образный
2. S-образный
3. правосторонний
4. левосторонний
5. прямой

(А,В,С,D)

234.СО. Кюретажные ложки предназначены для удаления:

1. массивных зубных отложений
2. зубных отложений в поддесневых областях
3. некротического, инфицированного корневого цемента
4. грануляционной ткани пародонтального кармана
5. вросшего в него ротового эпителия

(В,С,D,Е)

235.ПО. Верхушка рабочей части кюретажной ложки

1. плоская
2. закругленная
3. заканчиваться шариком
4. агрессивная
5. цилиндрическая

(С)

236.ПО. На поперечном срезе кюретажные ложки имеют:

1. треугольную форму
2. полукруглую форму
3. круглую форму
4. трапециевидную форму
5. квадратную форму

(В)

237. ПО. Работа универсальных кюретажных ложек ограничивается, глубиной пародонтального кармана до:

1. 2 мм
2. 4 мм.
3. 6 мм
4. 8 мм
5. 10 мм

(В)

238.ПО. Рабочая часть универсальной кюреты имеет:

1. два параллельно идущих режущих кромки
2. два перпендикулярно идущих режущих кромки
3. остро заостренную круглую кромку
4. одну режущую нижнею кромку
5. одну режущую верхнею кромку

(А)

239. ПО. Рабочая часть универсальной кюреты образует с терминальным стержнем угол:

1. 40 градусов
2. 80 градусов
3. 90 градусов
4. 110 градусов
5. 120 градусов

(С)

240.ПО.Во время работы универсальной кюретой используется:

1. одна режущая нижняя кромка
2. одна режущая верхняя кромка
3. обе параллельно режущих кромки
4. обе верхняя и нижняя режущие кромки
5. одна режущая круглая кромка

(С)

241.ПО.Во время работы плоская часть универсальной кюреты должна быть обращена к поверхности зуба, режущим краем под углом:

1. 10-45 градусов
2. 60-70 градусов
3. 45-90 градусов
4. 80-100 градусов
5. 100-120 градусов

(С)

242.ПО. Рабочая часть зоноспецифической кюреты Грейси имеет:

1. два параллельно идущих режущих кромки
2. два перпендикулярно идущих режущих кромки
3. остро заостренную круглую кромку
4. одну режущую нижнею кромку
5. одну режущую верхнею кромку

(D)

243.ПО.Верхушка рабочей части зоноспецифической кюреты Грейси:

1. изогнутость кончика вверх и немного в сторону
2. изогнутость кончика вниз и немного в сторону
3. изогнутость кончика вверх и заканчиваться шариком
4. изогнутость кончика вверх и расположен прямо
5. изогнутость кончика вниз и расположен прямо

(А)

244. ПО.Во время работы зоноспецифической кюреты Грейси используется:

1. одна режущая нижняя кромка
2. одна режущая верхняя кромка
3. обе параллельно режущих кромки
4. обе верхняя и нижняя режущие кромки
5. одна режущая круглая кромка

(А)

245. ПО. Рабочая часть зоноспецифической кюреты Грейси образует с терминальным стержнем угол:

1. 40-50 градусов
2. 50-60 градусов
3. 60-70 градусов
4. 70-80 градусов
5. 80-90 градусов

(С)

246. ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси1/2 применяется для:

1. обработки фронтальных зубов (все поверхности)
2. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
3. обработки фронтальных зубов и премоляров (вестибулярная и оральная поверхности)
4. обработки фронтальных зубов (только вестибулярная и оральная поверхности)
5. для обработки премоляров (все поверхности)

(А)

247. ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 3/4 применяется для:

1. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
2. обработки фронтальных зубов и премоляров (вестибулярная и оральная поверхности)
3. обработки фронтальных зубов (только вестибулярная и оральная поверхности)
4. обработки фронтальных зубов (все поверхности)

(D)

248.ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 5/6 применяется для:

1. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
2. обработки фронтальных зубов и премоляров (вестибулярная и оральная поверхности)
3. обработки фронтальных зубов (только вестибулярная и оральная поверхности)
4. обработки фронтальных зубов (все поверхности)
5. для обработки премоляров (все поверхности)

(А)

249. ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 7/8 применяется для:

1. для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)
2. обработки фронтальных зубов и премоляров (вестибулярная и оральная поверхности)
3. для обработки боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности);
4. обработки фронтальных зубов (все поверхности)
5. для обработки премоляров (все поверхности)

(С)

250.СО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 9/10 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(А,В)

251.ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 11/12 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(С)

252.ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 13/14 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(С)

253. ПО.Зоноспецифическая кюрета Грейси 13/14 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(D)

254.ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 15/16 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(С)

255. ПО. Зоноспецифическая кюрета Грейси 17/18 применяется для:

1. для обработки боковых зубов (вестибулярная поверхность),
2. для обработки боковых зубов (оральная поверхность)
3. для обработки боковых зубов (медиальные поверхности);
4. для обработки боковых зубов (дистальные поверхности);
5. для обработки боковых зубов (контактных поверхностях)

(D)

256.СО. Кюрета „After five”, имеет:

1. терминальный стержень длиннее на 3 мм, чем у стандартной кюреты Грейси
2. более тонкое лезвие
3. терминальный стержень короче на 3 мм, чем у стандартной кюреты Грейси
4. более жесткий и удлиненный на 3 мм по сравнению со стандартной кюретой Грейси терминальный стержень
5. рабочая часть, уменьшенная в два раза, и более изогнутая по сравнению с кюретой „Mini five

(А,В)

257. СО. Кюрета „Mini five” , имеет:

1. терминальный стержень короче на 3 мм, чем у стандартной кюреты Грейси
2. более жесткий и удлиненный на 3 мм по сравнению со стандартной кюретой Грейси терминальный стержень
3. терминальный стержень длиннее на 3 мм, чем у стандартной кюреты Грейси
4. рабочая часть ее очень тонкая и в 2 раза более короткая чем у стандартной кюреты и кюреты „After five”
5. рабочая часть, увеличено в два раза, и более изогнутая по сравнению со стандартной кюреты и кюреты „After five”

(C,D)

258. СО. Кюрета „Mini-Micro”, имеет:

1. терминальный стержень короче на 3 мм, чем у стандартной кюреты Грейси
2. более жесткий и удлиненный на 3 мм по сравнению со стандартной кюретой Грейси терминальный стержень
3. рабочая часть, уменьшенная в два раза, и более изогнутая по сравнению с кюретой „Mini five”.
4. рабочая часть ее очень тонкая и в 2 раза более короткая чем у стандартной кюреты и кюреты „After five”
5. рабочая часть, увеличено в два раза, и более изогнутая по сравнению со стандартной кюреты и кюреты „After five”

(В,С)

259. СО. Кюрветы Vision, имеет:

1. уменьшенное (на 50% по сравнению со стандартной кюретой Грейси) и изогнутое лезвие
2. увеличенное (на 50% по сравнению со стандартной кюретой Грейси) и изогнутое лезвие
3. маркировку 5 и 10 мм на рабочей части
4. маркировку 10 и 15 мм на рабочей части
5. на рукоятке кюрветы имеется отметка „+”

(А,С,Е)

260.СО.Фуркационные кюреты зубов бывают:

1. щечно-язычными
2. щечно-медиальными
3. медиально-дистальными
4. язычно-дистальными
5. щечно-дистальными

(А,С)

261.СО. Кюреты Лангера (Langer) имеют:

1. дизайн терминального колена зоно-специфических кюрет
2. лезвие, уменьшенное в два раза
3. возможности универсального лезвия
4. дизайна терминального колена универсальных кюрет
5. возможности зоно-специфических лезвия

(А,С)

262.ПО.Кюреты Лангера представляют комбинацию:

1. терминального колена кюрет Грейси (1-2,3-4,5-6и17-18) и угол лезвия универсальных кюрет
2. угол лезвия кюрет Грейси (1-2,3-4,5-6и17-18) и терминального колена универсальных кюрет
3. терминального колена кюрет Грейс и (7-8,9-10,11-12 и 15-16) и угол лезвия универсальных кюрет
4. угол лезвия кюрет Грейси (7-8,9-10,11-12 и 15-16) и терминального колена универсальных кюрет
5. лезвие, уменьшенное в два раза по сравнению с кюретой Грейси (7-8,9-10,11-12 и 15-16) и терминального колена универсальных кюрет

(А)

263.ПО.Рабочая часть кюреты Лангера образует с терминальным стержнем угол:

1. 40 градусов
2. 80 градусов
3. 90 градусов
4. 110 градусов
5. 120 градусов

(С)

264.СО.Для работы в глубоких (более 5 мм) узких пародонтальных карманах используют кюреты:

1. Langer
2. „After five”
3. „Mini-Micro”
4. „Mini five”
5. Gracey

(A,B,C,D)

265.СО.Экскаваторы предназначены для удаления назубных отложений и некротизированной костной ткани:

1. в зоне фуркации корней
2. на вогнутых участках корня
3. на апроксимальных участках корня
4. на вестибулярных участках корня
5. на язычных участках корня

(А,В)

266. СО. Пародонтологические экскаваторы в зависимости от количества изгибов могут быть:

1. одно-угловых
2. двух-угловых
3. трех-угловых
4. четырех-угловых
5. без углов (прямой стержень)

(В,С)

267.ПО.Пародонтологические экскаваторы имеют:

1. два параллельно идущих режущих кромки
2. два перпендикулярно идущих режущих кромки
3. остро заостренную круглую кромку
4. одну режущую нижнею кромку
5. одну режущую верхнею кромку

(С)

268.СО.Долота применяют для обработки:

1. апроксимальных поверхностей
2. вестибулярных поверхностей
3. язычных поверхностей
4. относительно гладких участков корня
5. всех поверхностей

(А,D)

269.ПО. При работе с долотом совершают:

1. прямолинейные скользящие движения в апикальном направлении
2. горизонтальные скользящие движения в апикальном направлении
3. диагональные скользящие движения в апикальном направлении
4. прямолинейные рычага-образные движения в апикальном направлении
5. радиальные скользящие движения в апикальном направлении

(А)

270.ПО. Долота характеризуются:

1. прямым плечом
2. двойным угловым изгибом плеча
3. тройным угловым изгибом плеча
4. угловым изгибом плеча
5. волнистым изгибом плеча

(D)

271. ПО. Пародонтологические долота имеют:

1. два параллельно идущих режущих кромки
2. одногранную зубцевидную режущую кромку
3. остро заостренную круглую кромку
4. одну режущую нижнею кромку
5. одну режущую верхнею кромку

(В)

272.СО. Пародонтологические рашпили (напильники) имеют на рабочей части:

1. остро заостренную круглую кромку
2. одногранную зубцевидную режущую кромку
3. параллельно насечённую нарезку
4. алмазное напыление
5. изгиб по плоскости

(С,D)

273.ПО. Рашпиль используют для снятия массивных назубных отложений:

1. на уплощенных участках корня
2. в зоне фуркации корней
3. на вогнутых участках корня
4. на выпуклых участках корня
5. на апроксимальных участках корня

(А)

274.СО. Дополнительным ограничением при использовании рашпилей является:

1. трудоёмкость затачивания режущих граней рабочей части
2. трудоёмкость затачивания острой верхушки
3. трудоёмкость очищения режущих граней рабочей части
4. затачивание требует применение дополнительных инструментов
5. все ответы верны

(А,С,D)

275.СО. Тупой инструмент нельзя использовать, так как он будет:

1. скользить по поверхности камня
2. врезаться в здоровые ткани
3. откалывать лишь небольшие кусочки
4. создавать иллюзию полного удаления камня
5. вести к утомлению врача

(А,С,D,E)

276.СО. При затачивании кюрет и скейеров важно:

1. соблюдать угол 45 градусов наклона рабочей части к плоскости камня
2. не допускать касания абразива торцевой части инструмента.
3. соблюдать угол 90 градусов наклона рабочей части к плоскости камня
4. касаться абразива торцевой части инструмента
5. затачивание инструмента производят при первых признаках затупления

(А,В,Е)

277.СО.Ручное затачивание:

1. требует высоких мануальных навыков
2. требует соблюсти правильный угол
3. характеризуется простым обслуживанием
4. характеризуется стандартизированным процессом заточки
5. позволяет поручить ее ассистенту.

(А,В)

278. СО. Машинное затачивание:

1. требует высоких мануальных навыков
2. требует соблюсти правильный угол
3. характеризуется простым обслуживанием
4. характеризуется стандартизированным процессом заточки
5. позволяет поручить ее ассистенту.

(C,D,E)

279. СО. Преимущества ручной обработки при удалении зубных отложений:

1. формируют самую гладкую поверхность корня
2. дает возможность выбора инструмента для каждой обрабатываемой поверхности зуба
3. высокая эффективность обработки в областях со сложным рельефом
4. отсутствуют специальные противопоказания
5. отсутствуют общие противопоказания для хирургических вмешательств на пародонте

(А,В,C,D)

280.СО. Недостатки ручной обработки при удалении зубных отложений:

1. формируют иррегулярную структуру поверхности с шероховатыми эрозивными участками
2. удаления большого слоя (за одно движение от 5 до 25 мкм) твердых тканей зуба
3. длительное время обработки
4. требует от врача владения специальными мануальными навыками
5. необходимость постоянного затачивания и относительно быстрый износ инструмента

(В,C,D,Е)

281. ПО. При бесконтрольном использовании ручные инструменты, за одно движение могут снимать от:

1. 0,1 - 10 мкм
2. 10 – 15 мкм
3. 5 - 25 мкм
4. 20 – 30 мкм
5. 15 – 20 мкм

(С)

282.ПО. Ультразвуковые скалеры генерируют колебания ультразвуковой частоты от:

1. 1000 - 5000 Гц
2. 5000 – 15000 Гц
3. 1600 - 45000 Гц
4. 20000 - 30000 Гц
5. 20000 - 50000 Гц

(С)

283.СО.При работе ультразвукового скалера механический компонент дополняется:

1. ирригацией
2. аппликацией
3. кавитацией
4. акустической турбулентностью
5. водо-воздушной абразивной струёй

(А,С,D)

284.CO. Кавитация — это образование пульсирующих пузырьков, заполненных:

1. паром
2. водой
3. газом
4. смесью пара и газа

(А,С,D)

285.СО. Кавитационные пузырьки:

1. пульсируют
2. сливаются
3. лопаются
4. испаряются
5. застывают

(А,В)

286.CO. Кавитационные пузырьки пульсируют, сливаются, порождая:

1. гидродинамические возмущения в жидкости
2. гидродинамические возмущения в воздухе
3. микропотоки
4. эрозию поверхности твердых тел
5. разрыва оболочек клеток микроорганизмов достигается антимикробный эффект

(А,С,D,E)

287. CO. Турбулентность представляет собой:

1. неравномерность потока жидкости
2. образование вихревых потоков
3. образование образивных потоков
4. гидродинамические возмущения в жидкости
5. гидродинамические возмущения в воздухе

(А,В)

288.СО.В совокупности эффекты турбулентности и кавитации приводят к:

1. эффективному промыванию обрабатываемой поверхности
2. удалению бактериальных эндотоксинов
3. эффекту ирригации обрабатываемой поверхности
4. эффекту аппликации обрабатываемой поверхности
5. эффективной абразивной обработки обрабатываемой поверхности

(А,В,С)

289.СО. Ультразвуковые аппараты, в зависимости от способа генерации ультразвука, подразделяются на:

1. магнитостриктивные
2. пьезостриктивные
3. пьезоэлектрические
4. магнитоэлектрические
5. смешанные

(А,С)

290.ПО. В наконечнике магнитостриктивной системы рабочий кончик инструмента движется:

1. по эллипсовидной траектории
2. в поперечном направлении
3. в вертикальном направлении
4. в косом направлении
5. в виде запятой

(А)

291.СО.Для магнитостриктивной системы характерно:

1. активными являются все поверхности насадки
2. наибольшие колебания на самом кончике
3. наличие „бьющих моментов”
4. генерация большого количества тепла
5. кончик насадки колеблется в двух направлениях

(А,В,С,D)

292. ПО. Для магнитостриктивной системы требуют постоянного расхода воды до:

1. 15 мл в минуту
2. 20 мл в минуту
3. 25 мл в минуту
4. 30 мл в минуту
5. 40 мл в минуту

(Е)

293.СО.В наконечнике пьезоэлектрических систем рабочий кончик инструмента движется:

1. по эллипсовидной траектории
2. в поперечном направлении
3. в вертикальном направлении
4. в косом направлении
5. в виде запятой

(В,С)

294 СО. Для пьезоэлектрических систем характерно:

1. активными являются обе поверхности насадки (боковые)
2. распыление жидкости происходит на всей поверхности насадки
3. наконечника наличие „бьющих моментов”
4. генерация большого количества тепла
5. распыление жидкости только на торце его насадки

(А,Е)

295 ПО. Для пьезоэлектрических систем требуют постоянного расхода воды до:

1. 15 мл в минуту
2. 20 мл в минуту
3. 25 мл в минуту
4. 30 мл в минуту
5. 40 мл в минуту

(А)

296.СО. Аппараты пьезоэлектрических систем, как правило, работают в нескольких запрограммированных режимах:

1. „скейлинг” (удаление массивных наддесневых и неглубокозалегающих поддесневых назубных отложений),
2. „пародонтология” (удаление назубных отложений с поддесневой части корня и орошение пародонтальных карманов),
3. „эндодонтия” (проведение эндодонтических манипуляций).
4. „карисология” (проведение препарирование кариозной полости)
5. все пункты верны

(А,В,С)

297.ПО. Металлические насадки для удаления наддесневых зубных отложений используют насадки:

1. относительно короткие и мощные
2. тонкие и длинные металлические
3. с правым изгибом
4. с левым изгибом
5. с шариком на конце

(А)

298. СО. Для санации пародонтальных карманов предназначены насадки:

1. относительно короткие и мощные
2. тонкие и длинные металлические
3. с правым изгибом
4. с левым изгибом
5. имеют алмазное покрытие

(В,Е)

299.СО. Существуют специальные фуркационные насадки, имеющие:

1. относительно короткие и мощные
2. тонкие и длинные металлические
3. с правым изгибом
4. с левым изгибом
5. с шариком на конце

(С,D,E)

300. ПО.В наконечнике пьезоэлектрических систем Vector (Durr-Dental) инструмент движется:

1. по эллипсовидной траектории
2. в поперечном направлении
3. в вертикальном направлении
4. в косом направлении
5. строго параллельно поверхности зуба

(Е)

301.СО.Отличительная особенность работы пьезоэлектрической ультразвуковой системы Vector (Durr-Dental) состоит в том, что:

1. не вращается
2. не колеблется
3. не перегревается
4. не возникает „бьющих” моментов
5. не движется параллельно поверхности зуба

(A,B,C,D)

302. ПО.В звуковых скалерах возникает частота колебание от:

1. 1000 - 3000 Гц
2. 2000 - 6000 Гц
3. 4000 - 8000 Гц
4. 8000 - 10000 Гц
5. 10000 - 12000 Гц

(В)

303.ПО.В звуковых скалерах возникает амплитуда колебаний до:

1. 1,0 мм
2. 1,5 мм
3. 2,0 мм
4. 2,5 мм
5. 3,0 мм

(В)

304.СО. При работе звуковых и ультразвуковых аппаратов не следует:

1. устанавливать остриё инструмента перпендикулярно к оси зуба
2. устанавливать остриё инструмента под углом 45° к оси зуба
3. оказывать какое-либо давление инструментом на поверхность зуба
4. использовать аппарат без водного орошения
5. производить плавные движения

(А, С,D)

305.СО. Современные автономные пьезоэлектрические аппараты делает возможным замену воды на растворы антисептиков такие как:

1. 0,06-0,12% раствор хлоргексидина биглюконата
2. 5% раствор гипохлорита натрия
3. 1,5 – 3 % раствор перекиси водорода
4. 1% раствор марганцовокислого калия
5. 70% раствор этилового спирта

(А,В)

306.СО. Основные преимущества электромеханических инструментов для удаления назубных отложений:

1. атравматичность воздействия на твердые ткани зуба
2. эффективное удаление назубных отложений со всех поверхностей зуба
3. легкость и простота применения
4. минимальные временные затраты
5. формируют самую гладкую поверхность корня

(А,В,С,D)

307.СО. Основные недостатки электромеханических инструментов для удаления назубных отложений:

1. микроскопические повреждения поверхности цемента и дентина корня
2. обязательное использование индивидуальных средств защиты врача и пациента
3. ухудшение визуального контроля во время процедуры из-за образования аэрозольного облака.
4. требует от врача владения специальными мануальными навыками
5. опасность повреждения поверхности реставрационных материалов, ортопедических конструкций и поверхности имплантатов

(A,B,C,Е)

308.СО. Аэрозольное бактериальное облако состоит из:

1. воды
2. минеральных частиц
3. микроорганизмов
4. назубного налета
5. гелеобразной массы

(А,В,С,D)

309.ПО. Радиус, в пределах которого распространяется бактериальное аэрозольное облако, составляет примерно:

1. 0,5 м
2. 1 м
3. 2 м
4. 3 м
5. 4 м

(С)

310.СО. Применение ультразвуковых систем должно предусматривать обязательное использование индивидуальных средств защиты врача и пациента:

1. маска
2. респиратор
3. очки
4. защитные экраны
5. современных аспирационных систем („пылесос”).

(А,С,D,E)

311. СО. Общие противопоказания к применению ультразвукового и звукового удаления отложений является:

1. проведение у пациента иммунодепрессивной или кортикостероидной терапии
2. состояние после хирургического лечения заболеваний сетчатки, при глаукоме
3. злокачественные новообразования
4. сахарный диабет в стадии компенсации
5. острое и хроническое нарушение дыхания

(А,В,С,E)

312. СО. Общие противопоказания к применению ультразвукового и звукового удаления отложений является:

1. сахарный диабет в стадии декомпенсации
2. вовремя беременности
3. наличие заболеваний, передающихся воздушно-капельным (туберкулез, герпетическая инфекция)
4. наличие заболеваний, передающихся гематогенным путем (вирусный гепатит, ВИЧ, сифилис и т. д.);
5. эпилепсия

(А,С,D,E)

313. СО. Местные противопоказания к применению ультразвукового и звукового удаления отложений является:

1. дефекты мягких тканей слизистой оболочки рта (афты, эрозии, язвы)
2. ограничен в областях деминерализации эмали
3. ограничен в периоды молочного и сменного прикуса
4. наличие у пациента имплантатов и ортопедических конструкций (в случае применения металлических насадок).
5. при наличии глубокого прикуса

(А,ВС,D)

314.СО. Разрушение минерализованных отложений при использовании химического метода может проводиться:

1. за счет хелатообразования
2. за счет кислотного растворения
3. за счет щелочного растворения
4. за счет белкового распада
5. за счет растворения липидов

(A,B)

315.ПО. При хелатном способе применяются препараты на основе:

1. ЭДТА и ее солей
2. соляной кислоты
3. органических кислот
4. неорганических кислот
5. щелочи

(А)

316. СО. При кислотном способе применяются препараты на основе:

1. ортофосфорной кислоты
2. соляной кислоты
3. органических кислот
4. неорганических кислот
5. серной кислоты

(В,С)

317.СО. Для устранения повреждения мягких тканей препаратами для химического удаления назубных отложений используют:

1. ватные валики
2. ретракторы для губ и щек
3. слюноотсосы
4. жидкий коффердам
5. маски

(А,В,С,D)

318. СО. При использовании химического метода препараты выпускаются в виде:

1. таблеток
2. растворов
3. гелей
4. паст
5. капсул

(В,С)

319. СО. После удаления назубных отложений поверхность зуба становится

1. шероховатой
2. гладкой
3. в дентине и цементе корня появляются микродефекты
4. при высушивании появляется блеск эмали
5. не ровной

(А,С,Е)

320.СО. Шлифование обработанных поверхностей зубов:

1. устраняет микронеровности
2. устраняет мелкие фрагменты минерализованных назубных отложений
3. устраняет пигментации
4. достигается идеальная гладкость обработанной поверхности
5. достигается минерализация твердых тканей

(А,В,С,D)

321.ПО. Гингивит характеризуется:

1. воспалением десны протекающее без нарушения зубодесневого соединения
2. воспалением десны протекающее с нарушением зубодесневого соединения
3. воспалением десны протекающее с прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей
4. дистрофическое поражение пародонта
5. дистрофическое поражение десны

(А)

322.ПО. Пародонтит характеризуется:

1. воспалением десны протекающее без нарушения зубодесневого соединения
2. воспалением десны протекающее с нарушением зубодесневого соединения
3. воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей
4. дистрофическое поражение пародонта
5. дистрофическое поражение десны

(С)

323.ПО. Пародонтоз характеризуется:

1. воспалением десны протекающее без нарушения зубодесневого соединения
2. воспалением десны протекающее с нарушением зубодесневого соединения
3. воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей
4. дистрофическое поражение пародонта
5. дистрофическое поражение десны

(D)

324.СО.По классификации ВОЗ к острым гингивитам относятся:

1. Острый стрептококковый гингиво-стоматит
2. Другой острый уточнённый гингивит
3. Простой острый краевой гингивит
4. Острый язвенный гингивит
5. Острый десквамативный.

(А,В)

325.CO. По классификации ВОЗ к хроническим гингивитам относятся:

1. простой краевой.
2. гиперпластический.
3. язвенный
4. стрептококковый
5. десквамативный

(А,В,D,E)

326.CO. По классификации ВОЗ к острым периодонтитам относятся:

1. периодонтальный абсцесс десневого генеза без свища (фистулы).
2. перикоронариит десневого генеза без свища (фистулы)
3. фолликулит десневого генеза без свища (фистулы).
4. другой острый уточнений периодонтит
5. простой острый уточнений периодонтит

(А,В,D)

327.СО.По классификации ВОЗ к хроническим периодонтитам относятся:

1. простой.
2. комплексный (осложнённый).
3. хронический перикоронариит
4. хронический периодонтальный абсцесс
5. хронический фолликулит.

(А,В,С,Е)

328.ПО.С точки зрения стоматологии кюретажем называют:

1. выскабливание содержимого пародонтальных карманов
2. рассечение пародонтального кармана
3. формирование маргинального края десны
4. удаление маргинального края десны
5. иссечение тканей десны для уменьшения глубины пародонтального кармана

(А)

329.СО.К содержимому пародонтальных карманов относятся:

1. бактерии
2. продукты жизнедеятельности бактерий
3. продукты распада мягких тканей
4. грануляционная ткань
5. рубцовая ткань

(А,В,С,D,)

330. СО. Различают несколько видов кюретажа:

1. закрытый десневой
2. закрытый поддесневой
3. открытый десневой
4. открытый поддесневой
5. открытый

(А,В,Е)

331.СО.Закрытый и открытый кюретаж отличается:

1. оперативным доступом к содержимому пародонтальных карманов
2. объёмом удаляемого содержимого пародонтальных карманов
3. дно пародонтальных карманов обрабатывается только при открытом кюретаже
4. при открытом кюретаже производится отслойка сосочкового слизистого лоскута
5. при закрытом кюретаже доступ к содержимому проводят через пародонтальный карман

(А,D,Е)

332.СО. В результате кюретажа:

1. получается чистая раневая поверхность
2. в полость пародонтального кармана изливается кровь
3. из крови формируется кровяной сгусток, что благоприятно сказывается на процессах заживления раны.
4. из крови формируется кровяной сгусток, что приводит к гематоме
5. кровяной сгусток организуется в соединительную ткань

(А,В,С,Е)

333.СО. Заживление операционной раны происходит в сложных условиях, которые определяются:

1. топографо-анатомическими и морфологическими особенностями строения тканей пародонта;
2. топографо-анатомическими и морфологическими особенностями строения пульповой камеры зуба
3. постоянным инфицированием карманов;
4. травмой сгустка, который является биологическим стимулятором регенеративных процессов.
5. образование соединительной ткани

(А,С,Е)

334. СО. Десневой кюретаж подразумевает выскабливание:

1. мягкой стенки кармана, не прерывая соединительно-тканное прикрепление
2. мягкой стенки кармана прерывая соединительно-тканное прикрепление
3. мягкой стенки кармана, достигая гребень кости
4. костной стенки кармана
5. производится без выполнения надрезов и препарирования лоскута

(А,Е)

335. СО. Поддесневой кюретаж подразумевает выскабливание:

1. мягкой стенки кармана, не прерывая соединительно-тканное прикрепление
2. мягкой стенки кармана прерывая соединительно-тканное прикрепление
3. мягкой стенки кармана, достигая гребень кости
4. костной стенки кармана
5. производится без выполнения надрезов и препарирования лоскута

(В,С,Е)

336.СО. Терапевтический (закрытый) кюретаж подразумевает:

1. удаление содержимого пародонтальных карманов без препарирования лоскута
2. удаление содержимого пародонтальных карманов с препарированием лоскута
3. обработку поверхности корней без прямого визуального контроля
4. обработку поверхности корней с прямым визуальным контролем
5. кюретаж мягких стенок выполненный после инструментальной обработки поверхности корней

(А,С,Е)

337.СО. Лечебный эффект терапевтического кюретажа основывается на принципах:

1. создание биологически соответствующей корневой поверхности
2. обязательно использовать подсадочный материал
3. создание адгезивной корневой поверхности
4. кюретаж мягких тканей пародонта
5. кюретаж костного пародонтального кармана

(А,D)

338.СО. Показания к проведению закрытого кюретажа являются:

1. пародонтит легкой степени тяжести
2. пародонтит средней степени тяжести
3. пародонтит тяжелой степени тяжести
4. при глубине пародонтальных карманов до 3,5—4 мм
5. наличие костных карманов

(А,В,D)

339.СО. Противопоказания к проведению закрытого кюретажа являются:

1. выделение гноя из кармана
2. наличие абсцесса
3. костные карманы
4. глубина пародонтальных карманов более 4 мм
5. фиброзно измененная десна

(А,В,С,Е)

340.СО. Противопоказания к проведению закрытого кюретажа являются:

1. плотная десна.
2. острые инфекционные
3. заболевания слизистой оболочки рта
4. подвижность зуба III степени.
5. глубина пародонтальных карманов более 5 мм

(В,С,D,E)

341.СО.От чего зависит объем вмешательства (количество зубов) при проведении закрытого кюретажа?

1. от времени, которым врач располагает на приеме
2. от возможности пациента выдержать данную процедуру
3. от эффективности анестезиологического обеспечения
4. не зависит не отчего, но в одно посещение можно проводить кюретаж в области 2-4 зубов
5. зависит от времени, но в среднем за одно посещение врач проводит кюретаж в области 6-8 зубов

(А,В,С,Е)

342.ПО. Перерыв между этапами лечения составляет:

1. 1 – 7 дней
2. 7 - 10 дней
3. 10 – 14 дней
4. 14 – 21 день
5. 21 – 30 дней

(В)

343.СО.Этапы проведения, закрытого кюретажа:

1. медикаментозная обработка полости рта
2. проводят адекватную анестезию
3. скейлерами, кюретами или ультразвуковыми аппаратами удаляют назубные отложения и патологически измененный цемент корня
4. проводят рассечение вершин межзубных сосочков в области 5-6 зубов
5. полировка корней

(А,В,С,Е)

344.СО.Этапы проведения, закрытого кюретажа:

1. обработка дна зубодесневого кармана.
2. деэпителизация кармана.
3. операционное поле орошают раствором антисептика
4. межзубные сосочки укладывают на место и фиксируют кетгутовыми швами
5. на десну накладывают лечебно-защитную повязку

(А,В,С,Е)

345. СО. Методика закрытого кюретажа не лишена недостатков:

1. большая степень оседания десны чем при открытом кюретаже
2. отсутствие визуального контроля
3. создаются рваные раны
4. отсутствует возможность полного удаления вросшего эпителия
5. созданием резаной раны

(В,С,D,)

346.ПО. Преимуществом закрытого кюретажа является:

1. более полноценное выскабливание пародонтального кармана
2. создание резаной раны вместо рваной
3. наличие визуального контроля
4. меньшая степень оседания десны чем при открытом кюретаже
5. создание более гладкая поверхность корня

(D)

347. СО. Для деэпителизации лоскута при открытом кюретаже применяют следующие инструменты:

1. ножницы
2. скальпель
3. кюретажную ложку
4. крючки
5. экскаватор

(С,D)

348.CO. Комбинация снятия зубных отложений ультразвуковым и ручным методом весьма целесообразна по следующим причинам:

1. ультразвуковой метод значительно сокращает время обработки
2. ультразвук является губительным для микроорганизмов
3. аппараты дают постоянное вымывание детрита из карманов
4. ультразвук дает наиболее гладкую поверхность корня
5. ручной метод дает наиболее гладкую поверхность корня

(А,В,С,D)

349.СО. Открытый кюретаж подразумевает:

1. удаление содержимого пародонтальных карманов без препарирования лоскута
2. удаление содержимого пародонтальных карманов с препарированием лоскута
3. обработку поверхности корней без прямого визуального контроля
4. обработку поверхности корней с прямым визуальным контролем
5. кюретаж мягких стенок выполненный после инструментальной обработки поверхности корней

(В,D,Е)

350 СО. Показания к проведению открытого кюретажа являются:

1. глубина пародонтального кармана до 5 мм
2. значительное разрастание грануляций
3. некроз десневого края
4. деформация межзубных сосочков
5. неплотное прилегание десневого края к зубу

(А,В,D,Е)

351.СО. Противопоказания к проведению закрытого кюретажа являются:

1. глубина кармана более 4,5 мм
2. резкое истончение десны
3. некроз десневого края
4. гноетечение
5. острые воспалительные заболевания слизистой оболочки рта.

(В,С,D,Е)

352. СО. Методика закрытого кюретажа не лишена недостатков:

1. большая степень оседания десны чем при открытом кюретаже
2. отсутствие визуального контроля
3. создаются рваные раны
4. отсутствует возможность полного удаления вросшего эпителия
5. созданием резаной раны

(В,С,D,)

353. СО. Преимуществом открытого кюретажа является:

1. более полноценное выскабливание пародонтального кармана
2. создание резаной раны вместо рваной
3. наличие визуального контроля
4. меньшая степень оседания десны чем при закрытом кюретаже
5. создание более гладкая поверхность корня

(А,В,С,Е)

354.СО.Для деэпителизации лоскута при открытом кюретаже применяют следующие инструменты:

1. ножницы
2. скальпель
3. кюретажную ложку
4. крючки
5. экскаватор

(А,В,С)

355.ПО.Под рецессией десны понимают:

1. утрата тканей пародонта в апикальном направлении
2. утрата тканей пародонта в мезио-дистальном направлении
3. утрата тканей пародонта в межзубных промежутках
4. утрата тканей пародонта в коронарном направлении
5. утрата тканей пародонта и образование костных карманов

(А)

356. СО. Рецессии десны располагаются на:

1. вестибулярной поверхности
2. оральной поверхности
3. дистальной поверхности
4. мезиальной поверхности
5. любой поверхности

(А,В)

357 СО. Краевая рецессия пародонта, сопровождается:

1. потерей пародонтального прикрепления
2. обнажением поверхности корня зуба
3. распространением на слизистую оболочку альвеолярного отростка и твердого неба
4. образованием пародонтальных карманов
5. углублением десневой борозды

(А,В,С)

358.ПО. Гирлянды Маккола представляют собой:

1. расположение края десны на уровне цементно-эмалевой границы
2. в центре десневого края появляется дефект щелевидной формы
3. красноту и незначительный отек края десны
4. десневой край V – образной формы
5. фестончатый десневой край

1 (С)

359. ПО. Расщелины Штильмана представляют собой:

1. расположение края десны на уровне цементно-эмалевой границы
2. в центре десневого края появляется дефект щелевидной формы
3. красноту и незначительный отек края десны
4. десневой край V – образной формы
5. фестончатый десневой край

(В)

360.СО.По классификации Miller P. D., (1985) к I классу относятся:

1. край десны не распространяется за слизисто-десневое соединение
2. край десны достигает или пересекает слизисто-десневое соединение
3. не сопровождается потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
4. потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
5. межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов (зияющий межзубный промежуток)

(А,С)

361. СО. ПО классификации Miller P. D., (1985) к II классу относятся:

1. край десны не распространяется за слизисто-десневое соединение
2. край десны достигает или пересекает слизисто-десневое соединение
3. не сопровождается потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
4. потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
5. межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов (зияющий межзубный промежуток)

(В,С)

362. СО. ПО классификации Miller P. D., (1985) к III классу относятся:

1. край десны достигает или пересекает слизисто-десневое соединение
2. не сопровождается потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
3. потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
4. межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов (зияющий межзубный промежуток)
5. межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образо­ванием множественных зияющих межзубных промежутков

(А,D)

363. СО. ПО классификации Miller P. D., (1985) к IV классу относятся:

1. край десны достигает или пересекает слизисто-десневое соединение
2. не сопровождается потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
3. потерей межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки.
4. межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов (зияющий межзубный промежуток)
5. межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образо­ванием множественных зияющих межзубных промежутков

(А,Е)

364.CO. Клиническую классификацию рецессии десны по Леус П. А. и Казеико Л. А. (1993) представляют:

1. трофическая системная рецессия десны
2. травматическая форма рецессии десны
3. симптоматическая генерализованная и локализованная рецессия десны
4. физиологическая системная рецессия десны
5. атипическая системная рецессия десны

(В,С,D)

365. СО.Травматическая форма рецессии десны встречается:

1. в любом возрасте
2. только в молодом возрасте
3. на вестибулярной поверхности одного или нескольких зубов
4. чаще клыков, премоляров и резцов
5. чаще моляров

(А,С,D)

366.ПО. Травматические рецессии являются следствием:

1. длительно действующей травмы
2. острой травмы
3. плохой гигиене полости рта
4. хронического гингивита
5. физиологического старения организма

(А)

367.СО. Симптоматическая генерализованная и локализованная рецессия десны является одним из симптомов:

1. гингивита
2. пародонтита
3. пародонтоза;
4. периодонтита
5. хронической травмы

(А,В,С)

368.СО. Генерализованная и локализованная рецессия десны чаще встречается на:

1. вестибулярной поверхности
2. дистальной поверхности зубов
3. язычной поверхности
4. небной поверхности
5. медиалной поверхностях

(С,D)

369.СО. Симптоматическая генерализованная и локализованная рецессия десны проходит на фоне:

1. плохой гигиены полости рта
2. хорошей гигиены полости рта
3. обилия зубных отложений
4. отсутствия зубных отложений
5. кровоточивости, отечности

(А,С,Е)

370.ПО . Физиологическая системная рецессия являются следствием:

1. длительно действующей травмы
2. острой травмы
3. плохой гигиене полости рта
4. хронического гингивита
5. физиологического старения организма

(Е)

371.CO. Физиологическая системная рецессия пародонта наблюдается:

1. практически у всех зубов
2. в любом возрасте
3. в возрасте 20 лет и старше
4. в возрасте 40 лет и старше
5. на вестибулярной поверхности одного или нескольких зубов

(А,D)

372. CO Для физиологической системной рецессии характерны:

1. незначительна величина
2. значительна величина
3. зубы устойчивы
4. воспалительных изменений в тканях пародонта нет
5. воспаление тканей пародонта

(А,С,D)

373.СО. Клиническая и рентгенологическая картина физиологической системной рецессии характеризуется:

1. убылью костной ткани межзубных перегородок
2. очагами остеопороза
3. общим рисунком кости альвеолярного отростка мелкоячеистый
4. общим рисунком кости альвеолярного отростка склерозированный
5. сохранением костной ткани межзубных перегородок

(А,В,С,D)

374.СО. Раннее лечение рецессии десны должно заключаться в устранении факторов риска:

1. травматической окклюзии
2. зубного налета
3. неправильной техники чистки зубов
4. высокого положения уздечки нижней губы
5. низкого положения уздечки нижней губы

(А,В,С,D)

375.СО. При травматической форме рецессии десны рекомендуется:

1. рациональная индивидуальная гигиена полости рта
2. обучение правильному методу чистки зубов щеткой
3. обучение нетравматическому использованию флоссов
4. удаление над – и поддесневых зубных отложений с последующей полировкой поверхностей зубов
5. по показаниям – консультация ортодонта, - ортодонтическое лечение

(А,В,С,Е)

376.СО. При симптоматической (локализованной и генерализованной) рецессии десны рекомендуется:

1. контроль за соблюдением тщательной гигиены полости рта;
2. удаление над – и поддесневых зубных отложений с последующей полировкой поверхностей зубов
3. кюретаж пародонтальных карманов
4. противовоспалительная медикаментозная терапия
5. по показаниям – консультация ортодонта, - ортодонтическое лечение

(А,В,С,D)

377.СО. По классификации Goldman и Cohen (1980) выделяют следующие костные карманы:

1. Четырехстеночный
2. Трехстеночный
3. Двухстеночный
4. Одностеночный
5. Кратерообразный

(В,С,D,E)

378.ПО классификации Goldman и Cohen (1980) Трехстеночный костный карман представляет собой:

1. ограничен двумя поверхностью зуба и двумя костными поверхностями (одна вестибулярная, другая - оральная).
2. ограничен двумя зубными поверхностями, одной костной поверхностью и мягкой тканью
3. ограничен несколькими поверхностями зубов и несколькими поверхностями кости
4. ограничен одной поверхностью зуба и тремя костными поверхностями.
5. дефект полностью окружает зуб.

(D)

379. ПО классификации Goldman и Cohen (1980) Двухстеночный костный карман представляет собой:

1. ограничен двумя поверхностью зуба и двумя костными поверхностями (одна вестибулярная, другая - оральная).
2. ограничен двумя зубными поверхностями, одной костной поверхностью и мягкой тканью
3. ограничен несколькими поверхностями зубов и несколькими поверхностями кости
4. ограничен одной поверхностью зуба и тремя костными поверхностями.
5. дефект полностью окружает зуб.

(А)

380. ПО классификации Goldman и Cohen (1980) Одностеночный костный карман представляет собой:

1. ограничен двумя поверхностью зуба и двумя костными поверхностями (одна вестибулярная, другая - оральная).
2. ограничен двумя зубными поверхностями, одной костной поверхностью и мягкой тканью
3. ограничен несколькими поверхностями зубов и несколькими поверхностями кости
4. ограничен одной поверхностью зуба и тремя костными поверхностями.
5. дефект полностью окружает зуб.

(В)

381 СО. классификации Goldman и Cohen (1980) Кратерообразный дефект представляет собой:

1. ограничен двумя поверхностью зуба и двумя костными поверхностями (одна вестибулярная, другая - оральная).
2. ограничен двумя зубными поверхностями, одной костной поверхностью и мягкой тканью
3. ограничен несколькими поверхностями зубов и несколькими поверхностями кости
4. ограничен одной поверхностью зуба и тремя костными поверхностями.
5. дефект полностью окружает зуб.

(С,Е)

382.СО. По классификации Ramfjord & Ash (1970) выделяют следующие костные дефекты:

1. Класс 1: - ранняя стадия заболевания характеризуется наличием костного кармана с минимальной резорбцией кости в области фуркации
2. Класс 1: - горизонтальная потеря кости - не более 1/3 ширины зуба; дефект зондируется до 3 мм.
3. Класс 2: - горизонтальная потеря кости составляет более чем 1/3 ширины зуба, но не захватывает всю ширину области
4. Класс 2: - костная резорбция проходит глубже в фуркацию, но не насквозь. Зонд проникает в фуркацию на расстояние более 1-2 мм горизонтально
5. Класс 3: - костная резорбция полностью проходит через фуркацию. Зонд через фуркацию проходит с одной поверхности зуба на другую.

(А,С,Е)

383.СО. По классификации Ramfjord & Ash (1970) выделяют следующую глубину проникновения зонда:

1. Класс 1: зондируется до 3 мм
2. Класс 1: 1 - 2 мм, определяется дуга фуркации
3. Класс 2: более 1-2 мм горизонтально
4. Класс 2: на глубину, превышающую 3 мм, однако зонд насквозь не проходит.
5. Класс 3: Зонд через фуркацию проходит с одной поверхности зуба на другую

(В,С,Е)

384.СО.По классификации по Hamp, Nyman и Lindhe выделяют следующие костные дефекты:

1. Класс 1: - ранняя стадия заболевания характеризуется наличием костного кармана с минимальной резорбцией кости в области фуркации
2. Класс 1: - горизонтальная потеря кости - не более 1/3 ширины зуба; дефект зондируется до 3 мм.
3. Класс 2: - горизонтальная потеря кости составляет более чем 1/3 ширины зуба, но не захватывает всю ширину области
4. Класс 2: - костная резорбция проходит глубже в фуркацию, но не насквозь. Зонд проникает в фуркацию на расстояние более 1-2 мм горизонтально
5. Класс 3: - костная резорбция полностью проходит через фуркацию. Зонд через фуркацию проходит с одной поверхности зуба на другую.

(В,С)

385. СО. По классификации Ramfjord & Ash (1970) выделяют следующую глубину проникновения зонда:

1. Класс 1: зондируется до 3 мм
2. Класс 1: 1 - 2 мм, определяется дуга фуркации
3. Класс 2: более 1-2 мм горизонтально
4. Класс 2: на глубину, превышающую 3 мм, однако зонд насквозь не проходит.
5. Класс 3: Зонд через фуркацию проходит с одной поверхности зуба на другу

(А,D)

386. СО. Классификация вертикальных межкорневых поражений:

1. 0 - 3 мм
2. 5 – 6 мм
3. 4 - 7 мм
4. 6 – 8 мм
5. Более 7 мм

(А,С,Е)

387.СО. С целью сохранения зубов применяют:

1. ампутацию корня
2. резекцию верхушки корня
3. гемисекцию зуба
4. коронорадикулярную сепарацию
5. тунэлирование

(А,С,D,Е)

388.СО. Правила зондирования в пародонтологии подразумевают:

1. правильное расположение инструмента
2. использование «Гуляющего» метода зондирования
3. использование обратно поступательного метода зондирования
4. правильный доступ при зондировании контактных поверхностей
5. использование правила силы давления зонда

(А,В,D,Е)

389.СО. Правильное расположение зонда подразумевает:

1. зонд располагается параллельно длинной оси зуба
2. зонд располагается перпендикулярно длинной оси зуба
3. кончик зонд был в контакте с зубом примерно 2 мм
4. кончик зонд был в контакте с десной примерно 2 мм
5. зонд не должен контактировать с десной и зубом.

(А,С)

390.СО. Правило «Гуляющего» метода:

1. зонд движется маленькими шажками (примерно через 2 мм) внутри десневой борозды в апикальном направлении.
2. зонд движется плавно внутри десневой борозды в апикальном направлении.
3. зонд движется в апикальном направлении пока не встретит сопротивление
4. зонд движется в апикальном направлении пока пациент не ощутит боль
5. зонд движется маленькими шажками (примерно через 4 мм) внутри десневой борозды в апикальном направлении.

(А,С)

391.ПО.Во время зондирования апроксимальных поверхностей, правильный доступ для зонда является расположение его под углом в:

1. 5 градусов
2. 10 градусов
3. 15 градусов
4. 20 градусов
5. 25 градусов

(В)

392.ПО. Правило силы давления зонда при мануальном зондировании не должна превышать:

1. 1,0 ньютон
2. 0,5 ньютон
3. 0.25 ньютон
4. 0,75 ньютон
5. 1,5 ньютон

(С)

393.СО. Исследование пародонтальных карманов проводят при изучении:

1. измерение рецессии
2. измерение уровня границы прикрепленной десны
3. вовлечение фуркации
4. подвижность зубов
5. глубины пародонтального кармана

(А,В,С,D,Е)

394.CO. Измерение рецессии производится градуированным пародонтологическим зондом:

1. с вестибулярной и небной (язычной) поверхностей каждого зуба
2. начало измерения проводят на 2 мм выше цементно-эмалевого соединения до десны
3. от цементно-эмалевого соединения до десны
4. Ширина рецессии определяется между вертикальными краями рецессии на уровне эмалево-цементной границы
5. Ширина рецессии определяется между вертикальными краями в самой широкой части рецессии

(А,В,D)

395.СО. Алгоритм изучения рентгеновских снимков подразумевает:

1. Оценка качества рентгенограммы
2. Определение вида снимка: внутриротовой, внеротовой, панорамный и т.д.
3. Определить снятую область
4. Изучение формы зубных сосочков
5. Изучение снятой области, разграничивая норму и патологию.

(А,В,С,Е)

396.CO. Оценивая состояние каждого зуба, определяют:

1. Положение величину, форму коронки и корня
2. наружные контуры
3. наличие зубного камня
4. контуры полости зуба и корневого канала
5. состояние пульпы

(А,В,С,D)

397.ПО.При пародонтитах характерен:

1. горизонтальный тип резорбции
2. вертикальный тип резорбции
3. смешенный тип резорбции
4. косой тип резорбции
5. поверхностный тип резорбции

(В)

398. ПО. При пародонтозах характерен:

1. горизонтальный тип резорбции
2. вертикальный тип резорбции
3. смешенный тип резорбции
4. косой тип резорбции
5. поверхностный тип резорбции

(А)

399.СО. Горизонтальный тип резорбции характеризуется:

1. начинаться с края альвеолярного отростка (гребешка)
2. межзубные перегородки равномерно усечённые, как бы срезаны на одном уровне.
3. рассасывание начинается по длине межзубной костной перегородки
4. уменьшением ширины межзубных перегородок
5. наличием костных дефектов стенок лунок за счёт образования пародонтальных карманов

(А,В)

400.СО. Вертикальный тип резорбции характеризуется:

1. начинаться с края альвеолярного отростка (гребешка)
2. межзубные перегородки равномерно усечённые, как бы срезаны на одном уровне.
3. рассасывание начинается по длине межзубной костной перегородки
4. уменьшением ширины межзубных перегородок
5. наличием костных дефектов стенок лунок за счёт образования пародонтальных карманов

(С,D,Е)