

Тема: Заболевания пародонта.

- 1. Основной задачей мукопластических манипуляций является создание:**
 - a) ширины зоны прикрепленной кератинизированной десны,
 - b) ширины свободной кератинизированной десны,
 - c) ширины зоны соединительнотканного прикрепления,
 - d) ширины зоны эпителиального прикрепления.

- 2. Какое оперативное пособие проводится преимущественно на верхней челюсти?**
 - a) вестибулопластики по Эдлану-Мейхеру,
 - b) вестибулопластики по Кларку,
 - c) туннельная вестибулопластика,
 - d) применение полулунного лоскута.

- 3. Широкие и складчатые, уздечки являются причиной постоянного**
 - a) накопления налета,
 - b) кровотечения,
 - c) болевого синдрома,
 - d) хронического воспаления.

- 4. Одним из главных показаний к вестибулопластике является**
 - a) предупреждение рецессий и прекращение их прогрессирования,
 - b) наличие твердых зубных отложений,
 - c) наличие гноетечения из пародонтальных карманов,
 - d) подвижность зубов 2-3 степени.

- 5. Главным недостатком вестибулопластики является**
 - 1) формирование послеоперационного рубца,
 - 2) остается большая раневая поверхность,
 - 3) низкий процент хороших результатов,
 - 4) техническая сложность оперативного пособия.

- 6. Вертикальный разрез вдоль центральной уздечки на всю её длину и горизонтальные разрезы вдоль переходной складки преддверия полости рта проводят при**
 - a) вестибулопластики по Эдлану-Мейхеру,
 - b) вестибулопластики по Кларку,
 - c) туннельная вестибулопластика,
 - d) применение полулунного лоскута.

- 7. Разрез слизистой оболочки параллельно изгибу челюсти, отступив от слизисто-десневой границы на 10-12 мм на участке от клыка до клыка и на 7-10 мм в области премоляров и моляров проводят при**
 - a) вестибулопластики по Эдлану-Мейхеру,
 - b) туннельной вестибулопластики,
 - c) использовании коронарно смещенного лоскута,

d) использовании соединительнотканного трансплантата на ножке.

8. После проведения вестибулопластики в послеоперационном периоде не рекомендуется

- a) локальная гипотермия,
- b) щадящая диета,
- c) чистка зубов мягкими щетками,
- d) полоскать рот 3% раствором перекиси водорода.

9. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) послеоперационная кровоточивость,
- b) образование сером,
- c) формирование пародонтальных карманов,
- d) послеоперационная рецессия,
- e) послеоперационные рецидивные тяжи и рубцы.

10. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) послеоперационная рецессия,
- b) изменение чувствительности в области вмешательства,
- c) формирование пародонтальных карманов,
- d) усиление степени подвижности зубов,
- e) лигатурные свищи по переходной складке.

11. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) послеоперационная рецессия,
- b) усиление степени подвижности зубов,
- c) лигатурные свищи по переходной складке,
- d) формирование пародонтальных карманов,
- e) послеоперационные рецидивные тяжи и рубцы.

12. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) изменение чувствительности в области вмешательства,
- b) усиление степени подвижности зубов,
- c) послеоперационная кровоточивость,
- d) формирование пародонтальных карманов,
- e) послеоперационная рецессия.

13. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) формирование пародонтальных карманов,
- b) усиление степени подвижности зубов,
- c) послеоперационная кровоточивость,
- d) лигатурные свищи по переходной складке,
- e) послеоперационная рецессия.

14. К осложнениям вестибулопластики относят

- a) изменение чувствительности в области вмешательства,
- b) усиление степени подвижности зубов,
- c) формирование пародонтальных карманов,
- d) послеоперационная кровоточивость,
- e) послеоперационная рецессия.

15. Какому классу, согласно классификации Миллера, относят мелкую-узкую и мелкую-широкую рецессию десны?

- a) I класс,
- b) II класс,
- c) III класс,
- d) IV класс.

16. Какому классу, согласно классификации Миллера, относят глубокую-узкую и глубокую-широкую рецессию десны?

- a) I класс,
- b) II класс,
- c) III класс,
- d) IV класс.

17. Какому классу, согласно классификации Миллера, относят десневую рецессию части десны класса II с сопутствующей потерей интерпроксимальной кости, при которой десна в межзубных промежутках находится апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональнее десневого края?

- a) I класс,
- b) II класс,
- c) III класс,
- d) IV класс.

18. Какому классу, согласно классификации Миллера, относят потерю интерпроксимальной кости и мягких тканей таким образом, что один или оба межзубных сосочка находятся на уровне десны?

- a) I класс,
- b) II класс,
- c) III класс,
- d) IV класс.

19. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) деминерализации поверхности корня,
- b) пролиферации эпителия полости рта,

- c) дифференцировке фибробластов,
- d) активации системы комплемента,
- e) предотвращению апикальной миграции эпителия.

20. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) дифференцировке фибробластов,
- b) пролиферации эпителия полости рта,
- c) раскрытию тубул дентина,
- d) активации системы комплемента,
- e) активации кровяных телец.

21. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) пролиферации эпителия полости рта,
- b) высвобождению волокон соединительной ткани,
- c) дифференцировке фибробластов,
- d) деминерализации поверхности корня,
- e) активации системы комплемента.

22. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) раскрытию тубул дентина,
- b) дифференцировке фибробластов,
- c) предотвращению апикальной миграции эпителия,
- d) активации системы комплемента,
- e) пролиферации эпителия полости рта.

23. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) высвобождению волокон соединительной ткани,
- b) пролиферации эпителия полости рта,
- c) дифференцировке фибробластов,
- d) активации кровяных телец,
- e) активации системы комплемента.

24. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) предотвращению апикальной миграции эпителия,
- b) пролиферации эпителия полости рта,
- c) дифференцировке фибробластов,
- d) активации системы комплемента,
- e) активации кровяных телец.

25. Обработка лимонной кислотой способствует

- a) раскрытию тубул дентина,
- b) пролиферации эпителия полости рта,

- c) дифференцировке фибробластов,
- d) высвобождению волокон соединительной ткани,
- e) активации системы комплемента.

26. Феномена наползания прикрепления происходит в период

- a) от 1 до 3 месяцев,
- b) от 1 до 6 месяцев,
- c) от 1 до 9 месяцев,
- d) от 1 до 12 месяцев.

27. Основным требованием для применения коронально смещенного лоскута является наличие достаточной зоны кератинизированной десны

- a) 1 мм,
- b) 2 мм,
- c) 3 мм,
- d) 4 мм.

28. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) натяжение уздечки,
- b) простая лейкоплакия,
- c) подслизистая гранулема,
- d) тонкая стенка альвеолы,
- e) радикулярная киста.

29. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) радикулярная киста,
- b) ортодонтическое лечение,
- c) поднадкостничная гранулема,
- d) травматичная чистка зубов,
- e) веррукозная лейкоплакия.

30. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) фолликулярная киста,
- b) поднадкостничная гранулема,
- c) выступающий изгиб корня,
- d) позиция остальных зубов,
- e) эритроплакия.

31. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) фолликулярная киста,
- b) натяжение уздечки,

- c) поднадкостничная гранулема,
- d) веррукозная лейкоплакия,
- e) травматическая чистка зубов.

32. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) тонкая стенка альвеолы
- b) выступающий изгиб корня
- c) подслизистая гранулема
- d) простая лейкоплакия
- e) радикулярная киста

33. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) подслизистая гранулема,
- b) ортодонтическое лечение,
- c) язвенный стоматит,
- d) позиция остальных зубов,
- e) парадентальная киста.

34. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) эрозивно-язвенная лейкоплакия,
- b) эритроплакия,
- c) натяжение уздечки,
- d) ортодонтическое лечение,
- e) радикулярная киста.

35. Возможными причинами рецессии могут быть

- a) фолликулярная киста,
- b) тонкая стенка альвеолы,
- c) травматическая чистка зубов,
- d) веррукозная лейкоплакия,
- e) поднадкостничная гранулема,

36. Минимальная толщина субэпителиального соединительнотканного аутотрансплантата должна быть

- a) 0,5-1,0 мм,
- b) 1,0-1,5 мм,
- c) 1,5-2,0 мм,
- d) 2,0-2,5 мм,
- e) 2,5-3,0 мм.

37. Субэпителиальный соединительнотканый ауто трансплантат устанавливается таким образом, чтобы эпителиальная граница находилась

- a) корональное ЦЭС,
- b) на уровне ЦЭС,
- c) апикальное ЦЭС,
- d) на уровне 1/3 корня зуба.

38. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного ауто трансплантата

- a) перфорация лоскута,
- b) кровотечение из принимающего ложа,
- c) недостаточный размер трансплантата,
- d) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- e) отказ от наложения пародонтологической повязки.

39. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного ауто трансплантата

- a) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- b) недостаточная подготовка корня,
- c) кровотечение из принимающего ложа,
- d) недостаточное корональное смещение лоскута,
- e) отказ от наложения пародонтологической повязки.

40. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного ауто трансплантата

- a) кровотечение из принимающего ложа,
- b) слишком толстый соединительнотканый трансплантат,
- c) отказ от наложения пародонтологической повязки,
- d) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- e) недостаточная подготовка ложа в области сосочков.

41. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного ауто трансплантата

- a) отказ от наложения пародонтологической повязки,
- b) кровотечение из принимающего ложа,
- c) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- d) принимающее ложе слишком мало для обеспечения адекватного кровоснабжения,
- e) недостаточный размер трансплантата.

42. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного ауто трансплантата

- a) недостаточная подготовка корня,
- b) кровотечение из принимающего ложа,
- c) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- d) слишком толстый соединительнотканый трансплантат,
- e) наложение солкосерилевой пасты.

43. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного аутоотрансплантата

- a) недостаточная подготовка ложа в области сосочков,
- b) кровотечение из принимающего ложа,
- c) недостаточное корональное смещение лоскута,
- d) использование полифиламентных нитей для ушивания,
- e) отказ от наложения пародонтологической повязки.

44. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного аутоотрансплантата

- a) использование монофиламентных нитей для ушивания,
- b) кровотечение из принимающего ложа,
- c) слишком толстый соединительнотканый трансплантат,
- d) принимающее ложе слишком мало для обеспечения адекватного кровоснабжения,
- e) отказ от наложения пародонтологической повязки.

45. Причины неудач использования субэпителиального соединительнотканного аутоотрансплантата

- a) наложение солкосерилевой пасты,
- b) перфорация лоскута,
- c) использование монофиламентных нитей для ушивания,
- d) недостаточное корональное смещение лоскута,
- e) кровотечение из принимающего ложа.