

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПАРОДОНТА» ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ
(МОДУЛИ)» ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.72 СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №2 от
27 января 2020г.)

Составитель:
к.м.н., доцент Е.В. Федотова

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Современные технологии диагностики и лечения пародонта	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9	тестовые задания	40
		контрольные вопросы	15
		ситуационные задачи	4

Перечень контрольных вопросов

Примеры вопросов для собеседования

1. Основные методы исследования при заболеваниях тканей пародонта.
2. Лазеротерапия при заболеваниях пародонта.
3. Методы направленной тканевой регенерации. Показания, материалы
4. Избирательное шлифование зубов: показания
5. Основные лечебные мероприятия по устранению причин очагового пародонтита.
6. Действие шинирующих лечебных аппаратов при очаговом пародонтите.
7. Анализ одонтопародонтограммы.
8. Требования, предъявляемые к препаровке зубов и снятию слепков при несъемном шинировании.
9. Виды шин, применяемых для лечения очагового пародонтита при сохраненных зубных рядах.
10. Требования к шинам (несъемным) при очаговом пародонтите.
11. Основные и дополнительные методы обследования при воспалительных заболеваниях пародонта.
12. Опишите пробу Шиллера-Писарева.
13. Виды комплексной реабилитации у пациента с повышенным генерализованным стиранием твердых тканей зубов
14. Виды стабилизации зубного ряда
15. Правила профессиональной гигиены при лечении заболеваний пародонта

Перечень тестовых заданий

1. Образование микробной бляшки зависит от:

- а) изменения минерального состава слюны
- б) изменения белкового состава слюны
- в) возраста пациента
- г) ферментативной активности десневой жидкости
- д) иммуноглобулинов
- е) групповой принадлежности зубов

2. Местными травматическими причинами заболевания пародонта являются:

- а) глубоко продвинутая под десну коронка
- б) базис съемного протеза, сдавливающий десневые сосочки
- в) избыток композита при наложении постоянной пломбы
- г) применение стеклоиономеров
- д) применение местноанестезирующих средств
- е) неправильное наложение девитализирующей пасты

3. Принципы лечения воспалительных заболеваний пародонта

- а) комплексность
- б) индивидуальность
- в) систематичность
- г) последовательность
- д) взвешенность и сбалансированность лечения

4. Хирургические методы лечения пародонтоза

- а) гимисекция
- б) избирательное шлифование

- в) гингивотомия
- г) резекция верхушки корня зуба
- д) гингивэтомия
- е) кюретаж пародонтальных карманов

5. Какие из нижеперечисленных методов лечения, относятся к ортопедическим

- а) кюретаж пародонтальных карманов
- б) избирательное шлифование
- в) френулотомия
- г) шинирование зубов
- д) рациональное протезирование

6. Оклюзионное шлифование зубов при лечении пародонтитов проводится:

- а) до кюретажа и противовоспалительной терапии;
- б) после кюретажа, но до противовоспалительной терапии;
- в) после кюретажа и противовоспалительной терапии;
- г) не имеет значения;
- д) перед остеогингивопластикой, но после закрытого кюретажа и противовоспалительной терапии.

7. Число этапов проведения окклюзионного шлифования:

- а) три;
- б) два;
- в) пять;
- г) четыре;
- д) не имеет значения

8. Показаниями к проведению окклюзионного шлифования являются:

- а) наличие окклюзионной травмы;
- б) дистопия зубов;
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов;
- г) подвижность зубов, дистопия зубов;
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов.

9. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности:

- а) моляры;
- б) резцы;
- в) моляры и премоляры;
- г) любая группа зубов;
- д) все, кроме резцов.

10. Показанием для проведения постоянного шинирования является:

- а) подвижность зубов I степени;
- б) подвижность зубов II-III степени;
- в) пародонтоз тяжелой степени;
- г) перед хирургическим лечением;
- д) после хирургического лечения.

11. Показания для депульпации зубов при пародонтите:

- а) глубина десневых карманов 6 мм;
- б) подвижность зубов II-III степени;

в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени;

г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов.

12. При тяжелой степени тяжести пародонтита глубина патологического зубодесневого кармана при зондировании достигает:

а) 3,5 мм

б) 5 мм

в) 5-7 мм и более

г) 1+2

д) 1+3

13. При I степени подвижности зубы, пораженные пародонтитом, смещаются:

а) в горизонтальной плоскости только в одном направлении

б) в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении

в) в горизонтальной и вертикальной плоскостях

г) 1+2

д) 1+3

е) 1+2+3

14. При II степени подвижности зубы, пораженные пародонтитом, смещаются:

а) в горизонтальной плоскости только в одном направлении

б) в горизонтальной плоскости в вестибулярном направлении

в) в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении

г) в горизонтальной и вертикальной плоскостях

д) 1+4

е) 1+2+3

15. при значительной степени воспаления пародонта и длительности патологического процесса электровозбудимость пульпы зубов:

а) повышается до 1 мкА

б) не изменяется

- в) снижается до 15-20 мкА
- г) снижается до 30-40 мкА
- д) 1+2
- е) 1+3

16. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию

- а) фронтальную
- б) сагиттальную
- в) по дуге
- г) парасагитальную

17. При развившейся стадии генерализованного пародонтита в пищу включают

- а) наиболее подвижные зубы
- б) все зубы (стабилизация по дуге)
- в) все зубы (стабилизация по дуге и парасагиттальная стабилизация)
- г) зубы с непораженным пародонтом, наряду с зубами, у которых пародонт поражен
- д) 1+4
- е) 2+3

18. При генерализованном пародонтите, осложненном дефектами зубного ряда первого класса по Кеннеди, применяются шины-протезы

- а) несъемные
- б) съемные

19. Требования к шинирующим аппаратам постоянного пользования

- а) перераспределение функциональных нагрузок
- б) восстановление дефектов зубных рядов
- в) осуществление профилактики кариеса
- г) иммобилизация подвижных зубов и зубных рядов
- д) 1+2+3
- е) 1+2+4

20. При ортопедическом лечении развившейся стадии генерализованного пародонтита, осложненного дистально не

ограниченными дефектами зубных рядов (сохранены только резцы и клыки), используется

- а) съемная шина, включающая спаянные коронки, соединенные с бюгельным протезом
- б) съемная шина, включающая многозвеньевой кламмер и кламмеры Роуча, соединенные лабильно с седловидной частью
- в) материал Ribbond, Шинирующий зубной ряд и восполняющий дефекты зубных рядов
- г) система Румпеля
- д) система Румпеля, дополненная кламмерами Роуча

21. Лабораторные методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта:

- а) ортопантомография;
- б) цитологический метод;
- в) индексная оценка состояния тканей пародонта;
- г) проба Шиллера-Писарева.

22. На каком уровне расположено дно десневой борозды?

- а) эмалево-дентинного соединения;
- б) эмалево-цементного соединения;
- в) дентино-цементного соединения.

23. Микробиологические методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта:

- а) цитологический метод;
- б) рентгенография;
- в) исследование десневой жидкости;
- г) радиоизотопное исследование;

д) биопсия.

24. Какими волокнами представлен связочный аппарат зуба?

а) коллагеновыми; б) эластическими; в) аргирофильными.

25. Морфологические методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта:

а) исследование десневой жидкости;

б) индексная оценка состояния тканей пародонта;

в) реопародонтография;

г) биопсия;

д) проба Шиллера-Писарева.

26. Состав кости альвеолярных отростков челюстей:

а) 10-20% органических веществ и 80-90% неорганических;

б) 20-30% органических веществ и 70-80% неорганических;

в) 30-40% органических веществ и 60-70% неорганических;

г) 40-50% органических веществ и 50-60% неорганических;

д) 50% органических веществ и 50% неорганических.

27. Какое заболевание характеризуется воспалением десны, обусловленным неблагоприятным воздействием местных и общих факторов?

а) гингивит;

б) пародонтит;

в) пародонтоз;

г) идиопатические заболевания;

д) пародонтомы.

28. Какое заболевание характеризуется воспалением тканей пародонта?

- а) гингивит;
- б) пародонтит;
- в) пародонтоз;
- г) идиопатические заболевания;
- д) пародонтомы

29. Основные причины развития пародонтита

- а) патология прикуса
- б) недостаточный гигиенический уход за зубами
- в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микроорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте
- г) снижение местной и общей реактивности организма
- д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте

30. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана
- в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек
- г) глубина десневого кармана от 5 мм
- д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость

31. Основными клиническими признаками пародонтита являются

- а) кровоточивость десен
- б) глубина десневых карманов 5-7 мм
- в) гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов
- г) кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя из десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более

д) увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек

32. Клинические признаки пародонтоза

- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов
- б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов
- в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах
- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах
- д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

33. Особенности рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтозе являются

- а) уменьшение высоты межзубных перегородок
- б) уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
- в) атрофические процессы в костной ткани
- г) воспалительная резорбция костной ткани лунок
- д) утолщение костных балок

34. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются

- а) наличие окклюзионной травмы
- б) дистопия зубов
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов
- г) подвижность зубов, дистопия зубов
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов

35. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится

- а) при пародонтозе
- б) при пародонтите тяжелой степени
- в) при гипертрофическом гингивите
- г) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
- д) при обострениях различных форм заболевания пародонта

36. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания

- а) молочный прикус
- б) сменный прикус

- в) после прорезывания всех постоянных зубов
- г) от 20 до 30 лет
- д) только у взрослых

37. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности

- а) моляры
- б) резцы
- в) моляры и премоляры
- г) любая группа зубов
- д) все, кроме резцов

38. Показанием для проведения постоянного шинирования является

- а) подвижность зубов I степени
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) пародонтоз тяжелой степени
- г) перед хирургическим лечением
- д) после хирургического лечения

39. Показаниями для депульпации зубов при пародонтите

- а) глубина десневых карманов 6 мм
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине наддесневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
- д) никогда не депульпируют

40. Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов в пародонте, сопровождаемые гноеотечением

- а) электрофорез и фонофорез витаминов
- б) ультрафиолетовое излучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация
- в) магнитотерапия
- г) УВЧ-терапия

Перечень ситуационных задач

Задача 1

Больная С., 55 лет. Обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на резкую боль, кровоточивость, припухлость десен, невозможность приема пищи и подвижность всех зубов нижней челюсти. При осмотре полости рта отмечается подвижность зубов на нижней челюсти 2-3 степени у всех зубов. Поставить диагноз, составить план лечения, выбрать конструкцию протеза на нижнюю челюсть.

Задача 2

Больному М., 48 лет. Изготовлена цельнолитая шина с многозвеньевым оральным кламмером без вестибулярных отростков для лечения генерализованного пародонтита. Обладает ли в данном случае конструкция шинирующим эффектом.

Задача 3

Больная А., 35 лет. Болеет 10 лет с периодическими ухудшениями. В анамнезе - сахарный диабет.

Жалобы на подвижность зубов, гноетечение - из дёсен, периодическое появление абсцессов на дёснах, кровоточивость десен при чистке зубов и во время приёма твёрдой пищи, неприятный запах изо рта.

Объективно: отёк и гиперемия маргинальной десны и десневых сосочков. Пародонтальные карманы глубиной 4-5-6 мм, гноетечение из карманов, обильные наддесневые и поддесневые зубные камни, мягкий зубной налёт, подвижность зубов II-III степеней. На рентгенограмме в области всех зубов определяется снижение высоты межзубных перегородок на 1/3-1/2 их высоты. Поставьте диагноз. Составьте план местного лечения этой больной. Выпишите рецепты.

Задача 4

Больной С., 48 лет. Жалобы на подвижность зубов, периодически возникающее гноетечение из дёсен, боль и кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта. Болен в течение 15 лет. Ранее не лечился. Отмечает периодически возникающие ухудшения в течении заболевания. В анамнезе - язвенная болезнь желудка.

Объективно: на всех зубах определяется наличие большого количества мягкого зубного налёта, наддесневого и поддесневого камня. Отёк и гиперемия маргинальной десны и десневых сосочков в области всех зубов, а в области 31, 32, 41, 42 зубов определяются пародонтальные карманы глубиной 4-6 мм с гнойным отделяемым и обильными, выбухающими из карманов, грануляциями. Подвижность этих зубов I-II степеней. В области 14, 15, 24, 25 зубов при зондировании десневой борозды определяются пародонтальные карманы глубиной 6-8 мм, подвижность зубов II-III степеней. В области 31, 32 зубов и в области 24, 25 зубов определяется преждевременное смыкание зубов. На рентгенограмме в области 31, 32, 41, 42 зубов определяется снижение высоты межзубных перегородок на 1/3-1/2 их высоты; а в области 14, 15, 24, 25 зубов определяется снижение высоты межзубных перегородок на 1/2 и более 1/2 их высоты.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.