

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

**Институт стоматологии
Кафедра детской профилактической стоматологии и ортодонтии**

Методические материалы по дисциплине:

Профилактика стоматологических заболеваний

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - специалитета

31.05.03 Стоматология, 4 курс

Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:

- A. Интенсивностью стоматологического заболевания
- B. Распространенностью стоматологического заболевания
- C. Стоматологической заболеваемостью населения
- D. Качеством стоматологической помощи населению

ОТВЕТ: B

Распространенность кариеса зубов выражается в:

- A. Процентах
- B. Абсолютных единицах
- C. Коэффициентах
- D. Константах

ОТВЕТ: A

Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

- A. Суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
- B. Отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
- C. Отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума
- D. Средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

ОТВЕТ: A

Для определения интенсивности кариеса зубов у пациента используется индекс:

- A. РНР
- B. РМА
- C. ИГР-У
- D. КПУ

ОТВЕТ: D

Интенсивность кариеса зубов у ребенка 3-х лет оценивается с помощью индекса:

- A. кпу(з)
- B. КПУ(з) и кп(з)
- C. КПУ(з)
- D. РМА

ОТВЕТ: A

Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса:

- A. кпу(з)
- B. КПУ(з)
- C. КПУ(з) и кп(з)
- D. РМА

ОТВЕТ: C

КПУ(з) - это индекс:

- A. Интенсивности кариеса временных зубов
- B. Интенсивности кариеса постоянных зубов
- C. Интенсивности кариеса поверхностей
- D. Определения состояния тканей пародонта

ОТВЕТ: B

Последовательность проведения стоматологического обследования пациента:

- A. Перкуссия зубов, пальпация мягких тканей полости рта, анамнез заболевания
- B. Жалобы, сбор анамнеза, внеротовое и внутриротовое обследование
- C. Внеротовое обследование, анамнез заболевания, перкуссия зубов
- D. Анамнез жизни, внутриротовое обследование, жалобы

ОТВЕТ: B

Внеротовое стоматологическое обследование включает осмотр:

- A. Кожных покровов лица и шеи, регионарных лимфатических узлов, височно-нижнечелюстного сустава
- B. Преддверия полости рта, уздечек верхней и нижней губы, твердых тканей зубов
- C. Кожных покровов лица и шеи, преддверия полости рта, определение вида прикуса
- D. Тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта, твердых тканей зубов

ОТВЕТ: A

Внутриротовое стоматологическое обследование включаете осмотр:

- A. Задней стенки глотки, подчелюстных лимфатических узлов, переходной складки
- B. Ретромоларной области, подчелюстных лимфатических узлов
- C. Слизистой оболочки полости рта, пародонта, зубов, определение вида прикуса
- D. Преддверия полости рта, уздечек губ

ОТВЕТ: C

По международной системе обозначения зубов, каждый зуб обозначается цифрами:

- A. Одной
- B. Тремя
- C. Двумя
- D. Пятью

ОТВЕТ: C

Постоянные зубы левого верхнего квадранта по международной системе обозначения зубов обозначаются цифрой

- A. 1
- B. 2
- C. 3

D. 4

ОТВЕТ: B

По международной системе обозначения зубов 73 зуб - это:

- A. Верхний правый временный клык
- B. Верхний левый постоянный клык
- C. Нижний правый постоянный клык
- D. Нижний левый временный клык

ОТВЕТ: D

Возможное проявление СПИДа в полости рта – это:

- A. Волосистая лейкоплакия
- B. Эрозия
- C. Афта
- D. Язва

ОТВЕТ: A

Инструменты в одноразовой индивидуальной упаковке должны вскрываться:

- A. Во время приема, на глазах у пациента
- B. До начала приема, в стерилизационной
- C. До начала приема, на глазах у пациента
- D. Накануне приема

ОТВЕТ: A

Уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, за исключением высокорезистентных споровых форм - это:

- A. Дезинфекция
- B. Стерилизация
- C. Санитарная обработка
- D. Контаминация

ОТВЕТ: A

Уничтожение всех форм микроорганизмов, включая вегетативные и споровые формы - это:

- A. Дезинфекция
- B. Стерилизация
- C. Санитарная обработка
- D. Контаминация

ОТВЕТ: B

Парентеральным путем передаются заболевания:

- A. Грипп
- B. Простой герпес
- C. Гепатит A
- D. Гепатит B

ОТВЕТ: D

Стерилизация стоматологических зеркал осуществляется преимущественно

методом:

- A. Химическим
- B. Паровым
- C. Воздушным
- D. Газовым

ОТВЕТ: A

Первичная профилактика стоматологических заболеваний - комплекс мер, направленных на:

- A. Предупреждение возникновения стоматологических заболеваний
- B. Предупреждение возникновения осложнений имеющихся заболеваний
- C. Восстановление утраченных в результате стоматологических заболеваний функций
- D. Определение стоматологической заболеваемости населения

ОТВЕТ: A

Вторичная профилактика стоматологических заболеваний - комплекс мер, направленных на:

- A. Предупреждение возникновения стоматологических заболеваний
- B. Предупреждение возникновения осложнений имеющихся заболеваний
- C. Восстановление утраченных в результате стоматологических заболеваний функций
- D. Определение стоматологической заболеваемости населения

ОТВЕТ: B

Третичная профилактика стоматологических заболеваний - комплекс мер, направленных на:

- A. Предупреждение возникновения стоматологических заболеваний
- B. Предупреждение возникновения осложнений имеющихся заболеваний
- C. Восстановление утраченных в результате стоматологических заболеваний функций
- D. Определение стоматологической заболеваемости населения

ОТВЕТ: C

В состав аптечки «Антиспид» входят:

- A. 5% раствор йода, 70 градусный этиловый спирт, альбucid 20%
- B. 3 % раствор йода, 90 градусный этиловый спирт
- C. 3 % раствор йода
- D. Бинт, вата

ОТВЕТ: A

Источником ВИЧ-инфекции является:

- A. Птица
- B. Грызун
- C. Крупный рогатый скот
- D. Человек - носитель ВИЧ

ОТВЕТ: D

Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- A. Отек Квинке
- B. Саркома Капоши
- C. Плоский лишай
- D. Катаральный гингивит

ОТВЕТ: B

При лечении ВИЧ-инфицированного пациента стоматологу не следует использовать:

- A. Слюноотсос
- B. Пылесос
- C. Высокооборотную турбину
- D. Апекслокатор

ОТВЕТ: C

Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

- A. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- B. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- C. Плоский лишай
- D. Глоссалгия

ОТВЕТ: B

Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:

- A. 1 раз в день
- B. После приема каждого пациента
- C. 2 раза в день
- D. 3 раза в день

ОТВЕТ: B

Расстояние между креслами в стоматологическом кабинете должно быть не менее:

- A. 1,5 м
- B. 2 м
- C. 3 м
- D. 1 м

ОТВЕТ: A

Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него вич-инфекции, врач должен:

- A. Продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
- B. Сказать больному о своём подозрении
- C. Отказать больному в оказании стоматологической помощи
- D. Закончить осмотр, направить пациента на анализ крови

ОТВЕТ: D

ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

- А. эмалевого органа
 - В. муцина
 - С. энамелабластов
 - Д. гликопротеидов слюны
- ОТВЕТ: D

СЕРОВАТО-БЕЛОЕ, МЯГКОЕ И ЛИПКОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, НЕПЛОТНО ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ – ЭТО

- А. зубной камень
 - В. пелликула
 - С. кутикула
 - Д. зубной налет
- ОТВЕТ: D

ПОВЕРХНОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НА ЗУБАХ, БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, ТВЕРДОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ В ПРИ-ШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ – ЭТО

- А. зубной налет
 - В. наддесневой зубной камень
 - С. поддесневой зубной камень
 - Д. кариес
- ОТВЕТ: B

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ, НЕОБХОДИМО ПРО-ВЕСТИ ОКРАШИВАНИЕ

- А. верхних фронтальных зубов
 - В. боковых групп зубов верхней челюсти
 - С. боковых групп зубов нижней челюсти
 - Д. нижних фронтальных зубов.
- ОТВЕТ: D

КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДЕКСА ФЕДОРОВА – ВОЛОДКИНОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 4 зуба
 - В. 5 зубов
 - С. 2 зуба
 - Д. 6 зубов
- ОТВЕТ: D

ПО СОСТАВУ ЗУБНОЙ НАЛЕТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А. скопление микроорганизмов, углеводов и белков слюны
 - В. редуцированные клетки энамелобластов
 - С. скопление микроорганизмов и углеводов
 - Д. совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл
- ОТВЕТ: C

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- А. местнораздражающим

- В. абсорбционным
 - С. абразивным
 - Д. аллергенным
- ОТВЕТ: С

ДЕТЕРГЕНТЫ – ОДНИ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. пенообразующими веществами
 - В. гелеобразующими веществами
 - С. связующими веществами
 - Д. увлажняющими веществами
- ОТВЕТ: А

К АБРАЗИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ В СОСТАВЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОТНОСИТСЯ

- А. цитрат цинка
 - В. лаурилсульфат натрия
 - С. цикломат
 - Д. трикальцийфосфат
- ОТВЕТ: D

ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА В СОСТАВЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЮТ

- А. пенообразующие вещества
 - В. отдушки и подсластители
 - С. увлажняющие компоненты
 - Д. абразивные вещества
- ОТВЕТ: В

МНОГОАТОМНЫЕ СПИРТЫ В СОСТАВЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ПРИМЕНЯЮТ В КАЧЕСТВЕ

- А. увлажняющих компонентов, для получения пластичной однородной массы
 - В. связующих веществ, для стабильности состава зубных паст
 - С. абразивных компонентов, для очищающего действия
 - Д. пенообразующих веществ
- ОТВЕТ: А

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ В СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖАТ

- А. диоксид кремния
 - В. экстракт корня женьшеня
 - С. гидроксиапатит
 - Д. каротолин
- ОТВЕТ: С

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИМЕНЯЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- А. снижающие повышенную чувствительность эмали зубов
- В. противокариозные

С. отбеливающие
D. противовоспалительные
ОТВЕТ: D

ПАЦИЕНТАМ С КСЕРОСТОМИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

A. препятствующие отложению зубного налета
B. используемые при нарушении слюноотделения
C. снижающие повышенную чувствительность эмали зубов
D. уменьшающие кровоточивость десен
ОТВЕТ: B

ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

A. зубные пасты, снижающие повышенную чувствительность эмали зубов
B. зубные пасты, используемые при нарушении слюноотделения
C. зубные пасты, увеличивающие проницаемость эмали
D. зубные пасты, препятствующие отложению зубного налета
ОТВЕТ: A

ВЕЩЕСТВАМИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМИ ВКУСОВЫЕ КАЧЕСТВА
ЗУБНОЙ ПАСТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

A. альгинат натрия
B. ксилит
C. гидроокись алюминия
D. глицерин
ОТВЕТ: B

ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С:

A. с 2 лет
B. с 4 лет
C. с 12 лет
D. с момента прорезывания первого временного зуба
ОТВЕТ: B

ЭЛИКСИРЫ, ФЛОССЫ, ЗУБОЧИСТКИ – ЭТО СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ:

A. дополнительные
B. основные
C. профессиональные
D. стоматологические
ОТВЕТ: A

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛОССОВ - УДАЛЕНИЕ ЗУБНОГО
НАЛЕТА С:

A. вестибулярных поверхностей
B. аппроксимальных поверхностей
C. оральных поверхностей

Д. жевательных поверхностей

ОТВЕТ: В

ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ
ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ НЕОБХОДИМО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А. зубные ершики

В. мануальную зубную щетку

С. электрическую зубную щетку

Д. ополаскиватели

ОТВЕТ: А

ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ:

А. твердых зубных отложений

В. пигментированного налета

С. поддесневого зубного камня

Д. мягких зубных отложений

ОТВЕТ: D

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНДЕКСА ИГР-У ПРОВОДИТСЯ ПО:

А. 10-ти бальной шкале

В. 5-ти бальной шкале

С. 3-х бальной шкале

Д. 6-ти бальной шкале

ОТВЕТ: С

ИНДЕКОМ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА
ЯВЛЯЕТСЯ:

А. SPITN

В. КПУ

С. ИГР-У

Д. стоматологический эстетический

ОТВЕТ: С

МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ОЧИЩЕНИЕ ЗУБОВ
ПРОИЗВОДИТСЯ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ

А. Fones

В. Stillman

С. Bass

Д. стандартный Г.Н. Пахомова

ОТВЕТ: А

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА
ПРОИЗВОДЯТ:

А. до и после самостоятельной чистки зубов пациентом

В. до самостоятельной чистки зубов пациентом

С. после самостоятельной чистки зубов пациентом

D. не проводится

ОТВЕТ: А

ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ СОСТАВЛЯЕТ:

A. 20-30 мин

B. более 1 часа

C. неограниченно

D. 5-10 мин

ОТВЕТ: D

К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТДЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

A. пищевые остатки

B. пелликула

C. мягкий зубной налет

D. поддесневой зубной камень

ОТВЕТ: D

К НЕМИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТДЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

A. кутикула

B. наддесневой зубной камень

C. мягкий зубной налет

D. поддесневой зубной камень

ОТВЕТ: C

К МЕРОПРИЯТИЯМ, ПРОВОДИМЫМ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ:

A. удаление мягкого зубного налета

B. удаление твердых зубных отложений

C. проведение контролируемой гигиены

D. подбор индивидуальных средств гигиены

ОТВЕТ: A

ХОРОШИЙ УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПО ИНДЕКСУ ИГР-У
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЕЛИЧИНОЙ ИНДЕКСА:

A. 0-1,2

B. 1,3-3,0

C. 0-0,5

D. 3,1-6,0

ОТВЕТ: A

ПЛОХОЙ УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПО ИНДЕКСУ ИГР-У ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
ВЕЛИЧИНОЙ ИНДЕКСА:

A. 0-1,2

B. 1,3-3,0

C. 0-0,5

D. 3,1-6,0

ОТВЕТ: D

Реминерализующую терапию проводят при:

- A. Среднем кариесе
- B. Кариесе в стадии пятна
- C. Глубоком кариесе
- D. Катаральном гингивите

ОТВЕТ: B

В возникновении кариеса наибольшее значение имеют:

- A. Str Salivarius
- B. Str Mutans
- C. Str Mitis
- D. Str Sangvis

ОТВЕТ: B

Уровень проницаемости эмали зубов с возрастом:

- A. Снижается
- B. Увеличивается
- C. Остается без изменений
- D. Зависит от питания

ОТВЕТ: A

В возникновении кариеса важную роль играют свойства организмов:

- A. Устойчивость к антибиотикам
- B. Способность прикрепляться
- C. Образовывать органические кислоты
- D. Способность вызвать дисбактериоз

ОТВЕТ: C

СОДЕРЖАНИЕ В ЭМАЛИ МИНЕРАЛЬНЫХ СОЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 40-50 %
- B. 95-97 %
- C. 80-90%
- D. 80-85 %

ОТВЕТ: B

СОДЕРЖАНИЕ В ЭМАЛИ МИНЕРАЛЬНЫХ СОЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 78-80%
- B. 98-99%
- C. 95-97%
- D. 80-85 %

ОТВЕТ: C

СОДЕРЖАНИЕ В ЭМАЛИ МИНЕРАЛЬНЫХ СОЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 86-89%
- B. 65-70%
- C. 95-97%
- D. 91-93%

ОТВЕТ: C

СОДЕРЖАНИЕ ВОДЫ В ЭМАЛИ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 8-10%
- B. 3-4%
- C. 15-20%
- D. 1-2%

ОТВЕТ: B

СОДЕРЖАНИЕ ВОДЫ В ЭМАЛИ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 10-15%
- B. 25-30%
- C. 1-2%
- D. 3-4%

ОТВЕТ: D

ЭМАЛЬ В СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖИТ

- A. нервную ткань
- B. сосудистую ткань
- C. эмалевые призмы
- D. энамелобласты

ОТВЕТ: C

СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ЭМАЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. эмалевые призмы
- B. эмалевые пучки
- C. эмалевые веретена
- D. линии Ретциуса

ОТВЕТ: A

ЭМАЛЬ ИМЕЕТ АПРИЗМАТИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ В ОБЛАСТИ

- A. фиссур жевательных зубов
- B. в пришеечной области временных зубов
- C. дентино-эмалевой границы
- D. пришеечной области постоянных зубов

ОТВЕТ: C

УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЛИНИЙ РЕТЦИУСА

- A. перпендикулярно коронке зуба
- B. тангенциально и параллельно к поверхности коронки зуба
- C. под углом 45 градусов к поверхности зуба
- D. под углом 30 градусов к поверхности зуба

ОТВЕТ: B

ПОЛОСЫ ГУНТЕРА–ШРЕГЕРА ЭТО

- A. чередование диазон и псевдозон
- B. чередование псевдозон и паразон
- C. чередование диазон и паразон
- D. чередование семизон и псевдозон

ОТВЕТ: С

ОСНОВУ ЭМАЛЕВОЙ ПРИЗМЫ СОСТАВЛЯЮТ

- А. кристаллы гидроксиапатита кальция
- В. кристаллы фторида натрия
- С. кристаллы хлористого апатита
- Д. кристаллы фторида натрия гексагональной формы.

ОТВЕТ: А

ЭМАЛЬ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ПОКРЫТА

- А. пелликулой
- В. кутикулой
- С. вторичной пелликулой
- Д. вторичной кутикулой

ОТВЕТ: В

ОБОЛОЧКА НАСМИТА - ЭТО

- А. первичная пелликула
- В. вторичная пелликула
- С. первичная кутикула
- Д. вторичная кутикула

ОТВЕТ: С

ЭМАЛЕВЫЕ ВЕРЕТЕНА ПО СТЕПЕНИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. гиперминерализованными участками эмали
- В. гипоминерализованными участками эмали
- С. нормоминерализованными участками эмали
- Д. не минерализованными участками эмали

ОТВЕТ: В

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СВОЙСТВО ЭМАЛИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. твердость эмали
- В. зрелость эмали
- С. проницаемость эмали
- Д. растворимость эмали

ОТВЕТ: С

ЛИНИИ РЕТЦИУСА ОТРАЖАЮТ

- А. процессы деминерализации эмали
- В. циклические процессы минерализации эмали
- С. обменные процессы организма в период формирования зачатка зуба
- Д. заболевания плода в пренатальном периоде

ОТВЕТ: С

ОТ КОЛИЧЕСТВА И ОБЪЕМА СВОБОДНОЙ ВОДЫ В КРИСТАЛЛИЧЕСКОЙ РЕШЕТКЕ И ОРГАНИЧЕСКОЙ МАТРИЦЕ ЭМАЛИ ЗАВИСЯТ ЕЕ СВОЙСТВА

- A. твердость и проницаемость
 - B. проницаемость
 - C. проницаемость и растворимость
 - D. твердость
- ОТВЕТ: C

ОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА ЭМАЛИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ВИДЕ

- A. пучков, веретен, кутикулы
 - B. веретен, ламелл, пеликулы
 - C. веретен, пучков, ламелл
 - D. пластинок, кутикулы, веретен
- ОТВЕТ: C

ФОРМУЛА ГИДРОКСИАПАТИТА ЭМАЛИ:

- A. CaHPO_4
 - B. $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$
 - C. $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_4$
 - D. $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_8(\text{OH})_2$
- ОТВЕТ: B

БЕЛОЕ ПЯТНО НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПРИ ОЧАГОВОЙ
ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ - ЭТО РЕЗУЛЬТАТ

- A. дисколорирования
 - B. изменения оптических свойств эмали
 - C. применения антибиотиков пенициллиновой группы
 - D. диеты с высоким содержанием глюкозы
- ОТВЕТ: B

ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ОТНОСИТСЯ К
ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИМ

- A. до прорезывания зуба
 - B. после прорезывания зуба
 - C. во время прорезывания зуба
 - D. не связана с этапами прорезывания зуба
- ОТВЕТ: B

ЗНАЧЕНИЕ pH СЛЮНЫ, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ,
СОСТАВЛЯЕТ

- A. 4,3
 - B. 6,0
 - C. 5,5
 - D. 7,0
- ОТВЕТ: C

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ В ОЧАГЕ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ
ЭМАЛИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ, ОКРАШИВАЯ РАСТВОРОМ

- A. толуидина голубого
- B. метиленового синего 2%

С. Шиллера-Писарева
D. бриллиантового зеленого
ОТВЕТ: В

РЕМОДЕНТ - ЭТО ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ
РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ИЗГОТАВЛИВАЕМЫЙ ИЗ

- A. костей и зубов кроликов
- B. костей и зубов крупного рогатого скота
- C. костей и зубов хищников
- D. костей и зубов кадаверного происхождения

ОТВЕТ: В

РЕМОДЕНТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
В КОНЦЕНТРАЦИИ

- A. 5%
- B. 7%
- C. 2%
- D. 3%

ОТВЕТ: D

ИНДЕКС КПУ - ЭТО СУММА

- A. кариозных и удаленных зубов у одного индивидуума.
- B. кариозных и пломбированных зубов у одного индивидуума
- C. кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
- D. кариозных, пломбированных, удаленных и протезированных зубов у одного индивидуума

ОТВЕТ: C

Как фториды в меньшей степени поступают в организм человека?

- A. с продуктами питания
- B. с лекарствами
- C. с водой
- D. через воздух

ОТВЕТ: D

К каким тканям человека соединения фтора имеют сродство?

- A. к костям и зубам
- B. к мышечной ткани
- C. к эпителиальной ткани
- D. К нервной ткани

ОТВЕТ: A

От чего зависит количество фторида, содержащегося в плазме крови и откидывающегося в тканях?

- A. от генетических особенностей человека
- B. от его поступления в организм
- C. гормонального фона человека
- D. от пола

ОТВЕТ: В

В какой период наиболее интенсивно происходит накопление фторидов?

А. через 3-4 года после прорезывания зуба

В. накопление происходит равномерно на протяжении всей жизни

С. в первый триместр беременности матери

Д. в период формирования эмали и в первые годы после прорезывания зуба

ОТВЕТ: Д

С возрастом концентрация фторида в постоянных зубах:

А. повышается

В. снижается

С. не изменяется

Д. Снижается, а затем повышается

ОТВЕТ: В

Содержание фторида выше:

А. в дентине

В. в поверхностных слоях эмали

С. в органической матрице эмали

Д. в цементе зуба

ОТВЕТ: В

Почему в области режущего края и жевательной поверхности фторида значительно больше, чем в области шейки?

А. потому что они формируются первыми, более длительно развивается и минерализуется

В. генетически детерминированный фактор

С. это области зубов самые крепкие

Д. потому что в этих областях наибольшее количество первичного дентина

ОТВЕТ: А

Какова концентрация фторида в слюне в норме?

А. 1.5 моль/л

В. 2.8 моль/л

С. 0.7 моль/л

Д. 1 моль/л

ОТВЕТ: Д

Растворяется ли фторид кальция в слюне?:

А. частично

В. да

С. нет

Д. Зависит от концентрации фторида

ОТВЕТ: В

Чем покрываются микрокристаллы фторида кальция после образования?:

А. секреторным IgA

- В. углеводами и глюкокортикоидами слюны
 - С. фосфатом кальция и белками слюны
 - Д. ферментами слюны
- ОТВЕТ: С

При уменьшении величины рН фторид кальция становится:

- А. нестабильным
- В. стабильным
- С. не изменяется
- Д. Стабилизируется со временем

ОТВЕТ: А

Каким путями фториды оказывают влияние?:

- А. воздействуют на эмаль
- В. воздействуют на резистентность пелликулы
- С. изменяют структуру дентина
- Д. реминерализуют кариес в стадии серого пятна

ОТВЕТ: А

Способные ли оптимальные дозы фторида до прорезывания зубов изменять фиссуры на менее глубокие и более широкие?:

- А. да
- В. нет
- С. Скорее нет, чем да
- Д. Зависит от зубов

ОТВЕТ: А

Способные ли оптимальные дозы фторида до прорезывания зубов снижать содержание карбонатов?:

- А. нет
- В. да
- С. Зависит от дозы фторидов
- Д. Скорее нет, чем да

ОТВЕТ: В

Способные ли оптимальные дозы фторида до прорезывания зубов делать эмаль более прочной?:

- А. да
- В. нет
- С. Зависит от дозы фторида
- Д. Зависит от зубов

ОТВЕТ: А

Если фториды поступает после прорезывания зубов, то:

- А. повышают вязкость слюны
- В. способствуют реминерализации частично деминерализованной эмали
- С. снижают количество слюны
- Д. повышают количество слюны

ОТВЕТ: В

Каким образом воздействуют фториды на бактерии зубного налета?:

- А. фториды никак не влияют на бактерии зубного налета
- В. происходит замещение патогенных бактерий на условнопатогенных
- С. фториды обладают бактерицидным воздействием
- Д. нарушается метаболизм патогенных бактерий

ОТВЕТ: D

За счет чего соединения фтора в слюне уменьшают количество патогенных бактерий?:

- А. они ингибируют транспорт глюкозы в клетки патогенных бактерий
- В. разрушают наружную мембрану оболочки патогенных бактерий
- С. повышают уровень непатогенных бактерий
- Д. увеличивают транспорт белков в клетки патогенных бактерий

ОТВЕТ: А

Фториды эффективнее препятствуют возникновению начального кариозного повреждения, нежели тормозят скорость его прогрессирования:

- А. да
- В. нет
- С. Зависит от концентрации фторидов
- Д. Зависит от зубов

ОТВЕТ: В

Трудно ли достичь включения фторида в интактную эмаль?:

- А. да
- В. нет
- С. Скорее нет, чем да
- Д. Зависит от концентрации фторидов

ОТВЕТ: А

К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов относится:

- А. повышенное стирание
- В. клиновидный дефект
- С. гипоплазия эмали
- Д. эрозия

ОТВЕТ: С

Гипоплазию эмали относят к заболеваниям, возникающим:

- А. до прорезывания зубов
- В. после прорезывания зубов
- С. в момент прорезывания зубов
- Д. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: А

К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов относится:

- А. повышенное стирание

- В. клиновидный дефект
 - С. флюороз
 - Д. эрозия
- ОТВЕТ: С

Флюороз относят к заболеваниям, возникающим:

- А. до прорезывания зубов
- В. после прорезывания зубов
- С. в момент прорезывания зубов
- Д. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: А

К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов относится:

- А. повышенное стирание
- В. клиновидный дефект
- С. зубы Тернера
- Д. эрозия

ОТВЕТ: С

Зубы Тернера относят к заболеваниям, возникающим:

- А. до прорезывания зубов
- В. после прорезывания зубов
- С. в момент прорезывания зубов
- Д. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: А

К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относится

- А. гипоплазия эмали
- В. флюороз
- С. несовершенный амелогенез
- Д. эрозия

ОТВЕТ: D

Эрозию относят к заболеваниям, возникающим:

- А. до прорезывания зубов
- В. после прорезывания зубов
- С. в момент прорезывания зубов
- Д. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: В

К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

- А. системная гипоплазия
- В. флюороз
- С. несовершенный амело- и дентиногенез
- Д. клиновидный дефект

ОТВЕТ: D

Клиновидный дефект относят к заболеваниям, возникающим:

- A. до прорезывания зубов
- B. после прорезывания зубов
- C. в момент прорезывания зубов
- D. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: B

К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

- A. системная гипоплазия
- B. флюороз
- C. несовершенный амело- и дентиногенез
- D. повышенное стирание

ОТВЕТ: D

Повышенное стирание относят к заболеваниям, возникающим:

- A. до прорезывания зубов
- B. после прорезывания зубов
- C. в момент прорезывания зубов
- D. из-за осложнений кариеса зубов

ОТВЕТ: B

Критерии DEAN используются для определения:

- A. гипоплазии эмали
- B. флюороза
- C. кариеса зубов
- D. клиновидного дефекта

ОТВЕТ: B

Флюороз является заболеванием:

- A. аллергическим
- B. эндемическим
- C. инфекционным
- D. предраковым

ОТВЕТ: B

Эндемическим заболеванием является:

- A. кариес
- B. флюороз
- C. системная гипоплазия
- D. клиновидный дефект

ОТВЕТ: B

Причиной эндемической крапчатости эмали зубов является:

- A. недостаток кальция в организме
- B. недостаток фтора в организме
- C. системные заболевания матери в период беременности

D. повышенное содержание фторида в питьевой воде

ОТВЕТ: D

При флюорозе:

A. снижается плотность эмали, нарушается минерализация, появляются пористые зоны повышенной проницаемости

B. повышается плотность эмали, нарушается минерализация, появляются пористые зоны повышенной проницаемости

C. снижается плотность эмали, нарушается минерализация, появляются пористые зоны пониженной проницаемости

D. выпадают зубы

ОТВЕТ: A

В полости рта пациента, который с рождения проживал в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде можно увидеть:

A. множественные меловидные пятна на зубах

B. макроденитию

C. множественный кариес

D. генерализованный пародонтит

ОТВЕТ: A

При флюорозе чаще всего поражаются:

A. временные зубы

B. постоянные зубы

C. временные и постоянные зубы

D. временные резцы

ОТВЕТ: B

Системный характер поражения зубов наблюдается при:

A. флюорозе

B. клиновидном дефекте

C. эрозии эмали

D. кариесе в стадии пятна

ОТВЕТ: A

Флюороз возникает при употреблении питьевой воды с содержанием фторида:

A. менее половины оптимального

B. оптимальным

C. выше оптимального

D. при отсутствии фторида в воде

ОТВЕТ: C

При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

A. вестибулярной

B. язычной

C. контактных

D. на всех поверхностях

ОТВЕТ: D

Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- A. предупреждение заболеваний матери в период беременности
- B. замена источника водоснабжения
- C. соблюдение гигиены полости рта
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: B

Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- A. предупреждение заболеваний матери в период беременности
- B. постройка водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- C. ограничение употребления кислых продуктов и напитков
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: B

К индивидуальным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- A. замену источника водоснабжения
- B. постройку водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- C. замену питьевой воды с повышенным содержанием фторидов на бутилированную воду, молоко, соки
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: C

К индивидуальным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- A. замену источника водоснабжения
- B. постройку водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- C. использование зубных паст и ополаскивателей без фторидов
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: C

К индивидуальным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- A. замену источника водоснабжения
- B. постройку водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- C. вывоз детей на летний период из эндемического региона
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: C

К индивидуальным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- A. замену источника водоснабжения
- B. постройку водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- C. приём детьми кальцийсодержащих препаратов (после согласования с педиатром)
- D. прием фторидсодержащих таблеток

ОТВЕТ: C

К коллективным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- А. замену источника водоснабжения
- В. замену питьевой воды с повышенным содержанием фторидов на бутилированную воду, молоко, соки
- С. вывоз детей на летний период из эндемического региона
- Д. использование зубных паст и ополаскивателей без фторидов

ОТВЕТ: А

К коллективным методам профилактики флюороза в эндемическом очаге относят:

- А. постройку водоочистительных станций для дефторирования питьевой воды
- В. замену питьевой воды с повышенным содержанием фторидов на бутилированную воду, молоко, соки
- С. вывоз детей на летний период из эндемического региона
- Д. использование зубных паст и ополаскивателей без фторидов

ОТВЕТ: А

Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- А. Наследственность
- В. Наличие микробного налета
- С. Вредные привычки
- Д. Подвижность зубов

ОТВЕТ: В

Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

- А. С растительными добавками
- В. Гигиенические
- С. Отбеливающие
- Д. Фторидсодержащие

ОТВЕТ: А

Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

- А. Мягкой
- В. Средней жесткости
- С. Жесткой
- Д. Чистка не требуется

ОТВЕТ: А

Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:

- А. Катарального гингивита
- В. Гипертрофического гингивита
- С. Пародонтита
- Д. Пародонтита

ОТВЕТ: D

Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- A. Пародонтита
- B. Гипертрофического гингивита
- C. Катарального гингивита
- D. Язвенно-некротического гингивита

ОТВЕТ: B

Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

- A. Скученность зубов
- B. Заболевания крови
- C. Низкое содержание фтора в питьевой воде
- D. Заболевания желудочно-кишечного тракта

ОТВЕТ: A

Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- A. Реминерализующая терапия
- B. Прием витаминов
- C. Проведение профессиональной гигиены
- D. Уменьшение употребления углеводов

ОТВЕТ: C

Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструменты:

- A. Серповидный скейлер
- B. Пуговчатый зонд
- C. Кюреты
- D. Экскваторы

ОТВЕТ: B

С помощью индекса РМА определяют:

- A. Кровоточивость десны
- B. Наличие зубного камня
- C. Наличие зубного налета
- D. Воспаление десны

ОТВЕТ: D

При регистрации индекса CRITN код 3 соответствует:

- A. Пародонтальному карману глубиной 4-5 мм
- B. Пародонтальному карману глубиной более 6 мм
- C. Кровоточивости десен
- D. Зубному камню

ОТВЕТ: A

При определении индекса CRITN признак зубного камня соответствует коду:

- A. 0

B. 1

C. 2

D. 3

ОТВЕТ: C

Основным методом профилактики катарального гингивита является:

A. Сбалансированное питание

B. Санация полости рта

C. Применение фторидов

D. Рациональная гигиена полости рта

ОТВЕТ: D

Причиной генерализованного пародонтита может быть:

A. Эндокринные заболевания

B. Нависающий край пломбы

C. Отсутствие контактного пункта между соседними зубами

D. Скученность зубов

ОТВЕТ: A

При гингивите на рентгенограмме наблюдается:

A. Равномерная атрофия альвеол

B. Изменений нет

C. Снижение высоты межальвеолярных перегородок

D. Склеротические изменения альвеолярной кости

ОТВЕТ: B

К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

A. Эпулис

B. Пародонтоз

C. Пародонтит

D. Пародонтома

ОТВЕТ: C

ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ ЗОНД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕСКА

A. РМА

B. СРІ

C. РНР

D. ССР

ОТВЕТ: B

АЛЬВЕОЛЯРНЫЕ ОТРОСТКИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ПОКРЫВАЕТ ДЕСНА

A. альвеолярная

B. свободная

C. маргинальная

D. медиальная

ОТВЕТ: A

ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. гингивит
- В. пародонтит
- С. пародонтома
- Д. эпulis

ОТВЕТ: А

ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. гингивит
- В. пародонтит
- С. пародонтома
- Д. эпulis

ОТВЕТ: В

УЧАСТОК ДЕСНЫ, ЗАПОЛНЯЮЩИЙ ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ ДВУМЯ СОСЕДНИМИ ЗУБАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. десневой сосочек
- В. слизистая часть
- С. десневая борозда
- Д. десневое соединение

ОТВЕТ: А

Комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний тканей пародонта путем удаления с поверхности зубов над- и поддесневых зубных отложений – это:

- А. индивидуальная гигиена полости рта
- В. профессиональная гигиена полости рта
- С. контролируемая чистка зубов
- Д. полировка зубов

ОТВЕТ: В

Алгоритм проведения профессиональной гигиены полости рта включает:

- А. обучение гигиене полости рта и контроль эффективности удаления зубного налета
- В. профессиональное удаление зубных отложений
- С. полировку поверхностей зубов
- Д. обучение гигиене полости рта и контроль эффективности удаления зубного налета, профессиональное удаление зубных отложений, полировку поверхностей зубов

ОТВЕТ: D

Профессиональную гигиену полости рта необходимо проводить:

- А. 1 раз в месяц
- В. 2 раза в год
- С. 1 раз в год

D. 1 раз в 3 года

ОТВЕТ: B

При профессиональной гигиене полости рта удаление зубного камня не используют метод:

A. ручной

B. ультразвуковой

C. звуковой

D. воздушно-абразивный

ОТВЕТ: D

Для удаления зубного камня используют инструменты:

A. зонд, зеркало, пинцет

B. экскаватор, штопфер, гладилку

C. серповидные скейлеры, кюреты, долота, мотыги

D. вращающиеся щеточки, резиновые колпачки и конусы

ОТВЕТ: C

Для удаления поддесневого зубного камня рекомендуется использовать:

A. пародонтологический зонд

B. экскаватор

C. серповидный скейлер

D. кюреты

ОТВЕТ: D

Звуковой и ультразвуковой метод наиболее целесообразно применять для удаления:

A. пелликулы

B. мягкого зубного налета

C. пигментированного зубного налета

D. зубного камня

ОТВЕТ: D

При работе звуковым и ультразвуковым аппаратами рекомендуется избегать:

A. участков зубов в области воспаленной десны

B. участков зубов, пораженных флюорозом

C. участков деминерализации и эрозий зубов

D. пришеечной области

ОТВЕТ: C

Противопоказаниями к применению ультразвуковых аппаратов являются:

A. кардиостимулятор, инфекционные заболевания, эпилепсия

B. необходимость безнатриевой диеты, прием препаратов влияющих на солевой обмен

C. беременность

D. пищевые аллергии, перенесенные пластические операции

ОТВЕТ: A

Для удаления пигментированного налета наиболее целесообразно использовать метод:

- A. ручной
- B. ультразвуковой
- C. звуковой
- D. воздушно-абразивный

ОТВЕТ: D

При проведении воздушно-абразивного метода защита лица пациента и медицинского персонала должна состоять из:

- A. очков, маски для врача и ассистента, очков и специальной лицевой салфетки для пациента
- B. маски для врача и ассистента, очков и специальной лицевой салфетки для пациента
- C. маски для врача и ассистента, специальной лицевой салфетки для пациента
- D. очков для персонала и пациента

ОТВЕТ: A

Полирование поверхности зубов проводят после снятия зубных отложений:

- A. сразу
- B. на следующий день
- C. через неделю
- D. через месяц

ОТВЕТ: A

При проведении профессиональной гигиены для удаления налета с жевательных поверхностей зубов используют:

- A. кюреты
- B. экскаваторы
- C. резиновые колпачки
- D. вращающиеся щеточки

ОТВЕТ: D

Резиновые конусы используют для удаления налета с поверхности зубов:

- A. вестибулярных
- B. оральных
- C. проксимальных
- D. жевательных

ОТВЕТ: C

Удаление минерализованных зубных отложений осуществляется

- A. врачом-стоматологом-гигиенистом
- B. врачом- ортопедом
- C. челюстно-лицевым хирургом
- D. Стоматологом-пародонтологом

ОТВЕТ: A

Укажите типы патологических процессов в пародонте:

- A. воспаление, дистрофия, гликогенолиз
 - B. дистрофия, воспаление, бласттрансформация
 - C. дистрофия, воспаление, функциональная травма
 - D. воспаление, гликогенолиз, функциональная травма
- ОТВЕТ: C

Профилактика развития воспалительных заболеваний пародонта – это:

- A. прием витаминов
- B. герметизация фиссур
- C. покрытие зубов фторлаком
- D. рациональная гигиена полости рта

ОТВЕТ: D

При проведении профессиональной гигиены контактные поверхности зубов очищают с помощью:

- A. резиновых колпачков и полировочных паст
- B. щеточек и полировочных зубных паст
- C. флоссов и полировочных паст
- D. мелкозернистых штрипсов и флоссов

ОТВЕТ: D

Методы удаления зубных отложений:

- A. ручной, ультразвуковой, звуковой, воздушно-абразивный
- B. ручной, ультразвуковой, звуковой, воздушно-абразивный, химический
- C. ручной, ультразвуковой, звуковой
- D. механический, ультразвуковой

ОТВЕТ: B

Порядок выполнения метода химического удаления зубного камня должен быть следующим:

- A. нанести на поверхность камня на 10 мин и смыть
- B. нанести на поверхность камня на 10 сек и смыть
- C. нанести на поверхность камня на 30-60сек, смыть, продолжить работу ручными инструментами
- D. нанести на поверхность камня на 30-60сек, продолжить работу ручными инструментами

ОТВЕТ: C

Скейлеры следует использовать для удаления:

- A. наддесневого зубного камня
- B. поддесневого зубного камня
- C. плотного зубного налета
- D. грануляций

ОТВЕТ: A

Кюреты Грейси целесообразно использовать для удаления:

- A. над- и поддесневого зубного камня
- B. мягкого зубного налета

- С. грануляций
 - Д. размягченного дентина
- ОТВЕТ: А

Для удаления зубных отложений с поверхности имплантатов используют инструменты:

- А. стальные
- В. титановые
- С. пластиковые
- Д. твердосплавные

ОТВЕТ: С

Ультразвуковой скейлер создает движения:

- А. продольные
- В. эллипсоидные
- С. круговые
- Д. поперечные

ОТВЕТ: В

Метод чистки зубов air-flow – это:

- А. отбеливание зубов
- В. осветление зубов
- С. удаление над- и поддесневого камня
- Д. все ответы верны

ОТВЕТ: В

После удаления твердых зубных отложений необходимо провести:

- А. герметизацию фиссур
- В. контроль гигиены полости рта
- С. избирательное шлифование зубов
- Д. полирование поверхности зубов и реминерализующую терапию

ОТВЕТ: D

Детям раннего возраста ДО прорезывания зубов после каждого кормления рекомендуется:

- А. Удалять остатки пищи с альвеолярных гребней и неба марлевой салфеткой
- В. Полоскать полость рта водой
- С. Чистить мягкой зубной щеткой
- Д. Чистить резиновой зубной щеткой

ОТВЕТ: А

С 2-3 лет ребенка следует приучать к самостоятельной чистке зубов под присмотром:

- А. Воспитателей
- В. Родителей
- С. Учителей
- Д. Нет правильного ответа

ОТВЕТ: В

Самая НЕ распространенная форма кариозного процесса у детей раннего возраста:

- A. На губных поверхностях фронтальных зубов
- B. На фиссурах молочных моляров
- C. На контактных поверхностях резцов
- D. Режущий край резцов

ОТВЕТ: D

Детям дошкольного возраста рекомендуется чистить зубы:

- A. Мягкой зубной щеткой
- B. Щеткой средней жесткости
- C. Твердой зубной четкой
- D. Резиновой зубной щеточкой

ОТВЕТ: A

Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- A. 6-8
- B. 9-12
- C. 12-14
- D. 16-18

ОТВЕТ: A

Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- A. 6-8
- B. 9-12
- C. 12-14
- D. 16-18

ОТВЕТ: B

Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- A. 6-8
- B. 9-12
- C. 12-14
- D. 16-18

ОТВЕТ: C

Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- A. через 2-3 года
- B. через 5-6 лет
- C. практически сразу
- D. через 10-12 лет

ОТВЕТ: C

Абсолютным противопоказанием к проведению метода

герметизации фиссур является:

- A. плохая гигиена полости рта
- B. средний или глубокий кариес
- C. неполное прорезывание коронки зуба
- D. узкие и глубокие фиссуры

ОТВЕТ: B

При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит

- A. СИЦ
- B. компомер
- C. композит
- D. химический композит

ОТВЕТ: A

Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- A. покрытия фиссуры фторлаком
- B. контролируемой чистки зубов
- C. раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора
- D. профессионального очищения фиссуры

ОТВЕТ: C

Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

- A. полоскание полости рта водой
- B. определение ИГ
- C. очищение контактных поверхностей флоссами
- D. очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щетки и полировочной пасты

ОТВЕТ: D

После проведения герметизации фиссур первый контрольный осмотр пациента проводят спустя -

- A. 1 месяц
- B. 6 месяцев
- C. 1 год
- D. 1 неделю

ОТВЕТ: D

Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

- A. 10-20
- B. 95-100
- C. 30-40
- D. 50-60

ОТВЕТ: B

Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

- A. компомеры
- B. силанты
- C. хим. композиты
- D. амальгаму

ОТВЕТ: B

Ребенку 6-7 лет, какие зубы требуют проведения герметизации фиссур:

- A. 1.1, 1.2, 2.1, 2.2
- B. 1.1, 2.1, 3.1, 4.1
- C. 1.6, 2.6, 3.6, 4.6
- D. 1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7

ОТВЕТ: C

Показанием к герметизации фиссур временных моляров у детей является

- A. кариес фиссур в пределах дентина
- B. бутылочный кариес
- C. наличие узких глубоких фиссур
- D. страх перед стоматологическим вмешательством

ОТВЕТ: C

Герметизацию фиссур постоянных моляров рекомендуется проводить после прорезывания в течение (лет)

- A. 5
- B. 10
- C. 3
- D. 1

ОТВЕТ: D

Для герметизации фиссур постоянных зубов у детей используют цемент

- A. стеклоиономерный
- B. силикатный
- C. поликарбоксилатный
- D. цинк-фосфатный

ОТВЕТ: A

Силанты – это материалы для

- A. пломбирования кариозных полостей
- B. реминерализующей терапии
- C. изолирующих прокладок
- D. герметизации фиссур

ОТВЕТ: D

Целью герметизации фиссур является

- A. профилактика суперконтактов
- B. лечение начального кариеса
- C. профилактика фиссурного кариеса
- D. профилактика стираемости эмали

ОТВЕТ: С

Средний возраст, при котором показана герметизация первых премоляров, составляет (в годах)

- A. 6-7
- B. 4-5
- C. 8-9
- D. 10-11

ОТВЕТ: D

Ненаполненные герметики обладают меньшей устойчивостью к:

- A. воздействию органических красителей
- B. истиранию
- C. влажной среде
- D. адгезии бактерий

ОТВЕТ: B

К специфическим методам профилактики кариеса относится

- A. герметизация фиссур
- B. санация полости рта
- C. диспансеризация
- D. стоматологическое просвещение

ОТВЕТ: A

Назовите эндогенные причины дисколорита:

- A. Грипп
- B. Желтуха
- C. Зубной налет
- D. Черника

ОТВЕТ: B

Назовите экзогенные причины дисколорита:

- A. Ушиб
- B. Травма
- C. Использование антибиотиков тетрациклинового ряда
- D. Курение

ОТВЕТ: D

Действующее вещество отбеливающих систем:

- A. Соляная кислота
- B. Хлорамин
- C. Перекись водорода
- D. Гипохлорит натрия

ОТВЕТ: C

К изменению цвета зубов приводит:

- A. Почечная недостаточность
- B. Внешнее окрашивание

С. Бактериальный эзофагит

Д. Курение

ОТВЕТ: D

К изменению цвета зубов приводит:

А. Производственные вредности

В. Сердечно-сосудистая недостаточность

С. Грипп

Д. Инсульт

ОТВЕТ: А

К изменению цвета зубов приводит:

А. Применение антибиотиков тетрациклинового ряда

В. Гиперэстезия эмали

С. Кандидозный эзофагит

Д. Бактериальный эзофагит

ОТВЕТ: А

Для отбеливания зубов применяется:

А. Гидратированный кремний

В. Перекись карбамида

С. Сульфат натрия

Д. Трифосфат натрия

ОТВЕТ: В

Для профилактики ожога тканей десны во время проведения профессионального отбеливания зубов необходимо:

А. Применить слюноотсос

В. Прополоскать рот Хлоргексидином

С. Изолировать десну

Д. Обработать десну 3% раствором перекиси водорода

ОТВЕТ: С

Определение цвета зуба проводят при помощи стандартной шкалы:

А. Vita

В. Filtek

С. Charisma

Д. Voco clip

ОТВЕТ: А

Для отбеливания зубов используется фотоактивируемая система:

А. White Smile

В. Zoom

С. Opalescence

Д. Illumine home

ОТВЕТ: В

Местным противопоказанием к проведению отбеливания является:

- A. Гиперэстезия
 - B. Аллергия на перекись водорода
 - C. Беременность
 - D. Наличие молочных зубов у детей
- ОТВЕТ: A

Местным противопоказанием к проведению отбеливания является:

- A. Беременность и кормление грудью
 - B. Убыль эмали, обнажение корней зубов
 - C. Аллергия на перекись водорода
 - D. Возраст до 16 лет
- ОТВЕТ: B

Заключительным этапом процедуры отбеливания зубов является:

- A. Реминерализующая терапия
 - B. Чистка Air-Flow
 - C. Снятие зубных отложений
 - D. Шлифование зубов
- ОТВЕТ: A

Общим противопоказанием к отбеливанию зубов является:

- A. Аллергия на перекись водорода, беременность, кормление грудью
 - B. Выраженное воспаление пародонта
 - C. Обшарная реставрация
 - D. Большая пульпарная полость
- ОТВЕТ: A

К показаниям к микроабразии эмали относят:

- A. Беременность и лактацию
 - B. Возраст до 12 лет
 - C. Тетрациклиновые зубы
 - D. Штриховая форма флюороза
- ОТВЕТ: D

Концентрация перекиси карбамида при профессиональном отбеливании:

- A. 25-30%
 - B. 10-12%
 - C. 5-7%
 - D. 1-3%
- ОТВЕТ: A

Микроабразия это-:

- A. Вид отбеливания с использованием перекиси карбамида
 - B. Вид отбеливания с использованием перекиси водорода
 - C. Вид отбеливания с использованием гипохлорита натрия
 - D. Удаление микроскопического слоя эмали при помощи пасты, содержащей соляную кислоту и абразив
- ОТВЕТ: D

Показанием к отбеливанию зубов является:

- A. Дисколорит зубов
- B. Возраст пациента до 18 лет
- C. Аномалии размера зубов
- D. Кариес дентина

ОТВЕТ: A

После процедуры отбеливания следует уменьшить потребление:

- A. Вина и кофе
- B. Каш и молочных продуктов
- C. Мучных изделий
- D. Рыбы и морепродуктов

ОТВЕТ: A

Применение реминерализующих средств при отбеливании зубов способствует профилактике возникновения:

- A. Клиновидных дефектов
- B. Заболеваний пародонта
- C. Повышенной чувствительности твердых тканей зубов
- D. Повышенной стираемости твердых тканей зубов

ОТВЕТ: C

Ультрафиолетовые лучи вызывают люминесценцию измененных в цвете зубов вследствие:

- A. Гемолитической болезни новорожденных
- B. Стираемости
- C. Эндодонтического лечения
- D. Приема Тетрациклина

ОТВЕТ: D

Цвет зубов, лучше всего поддающийся отбеливанию:

- A. Розово-красный
- B. Желто-коричневый
- C. Серо-коричневый
- D. Серо-красный

ОТВЕТ: B

Что не входит в комплект для домашнего отбеливания зубов:

- A. Зубная щетка
- B. Двухкомпонентный отбеливающий гель
- C. Каппа на верхнюю и нижнюю челюсть
- D. Подробная инструкция по использованию

ОТВЕТ: A

К девитальному окрашиванию зубов приводит

- A. Депульпирование зубов
- B. Кариес дентина

С. Несовершенный амелогенез
D. Несовершенный дентиногенез
ОТВЕТ: А

К девитальному окрашиванию зубов приводит:
А. Пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой
В. Аномалию желчных путей
С. Гипоплазию эмали
D. Флюороз
ОТВЕТ: А

К девитальному окрашиванию зубов приводит:
А. Применение штифтов из неблагородных металлов
В. Кариес эмали
С. Клиновидный дефект
D. Флюороз
ОТВЕТ: А

Цвет зуба должен определяться:
А. Пациентом
В. Врачом, ассистентом и пациентом
С. Врачом
D. Родственниками пациента
ОТВЕТ: В

Для точного определения цвета зубов цвет стен в кабинете стоматолога должен быть:
А. Нейтральным и спокойным
В. Ярким
С. Красным
D. Фиолетовым
ОТВЕТ: А

К средствам отбеливания зубов относят:
А. Отбеливающие зубные пасты
В. Профилактические зубные пасты
С. Использование нитрата серебра
D. Композитный материал
ОТВЕТ: А

К методам отбеливания зубов относят:
А. Использование системы Zoom
В. Удаление поддесневого камня
С. Определение индекса РНР
D. Лечение кариеса
ОТВЕТ: А

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЗУБОВ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ

НАЗЫВАЕТСЯ

- А. гипоодонтией
- В. макрооднтией
- С. гиперодонтией
- Д. микроодонтией

ОТВЕТ: С

ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ РЕЗЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. трема
- В. диастема
- С. апроксимальный контакт
- Д. тремы приматов

ОТВЕТ: В

КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. первичной профилактикой
- В. вторичной профилактикой
- С. третичной профилактикой
- Д. интерцепцией

ОТВЕТ: А

ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/3 ВЫСОТЫ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. вертикальной резцовой окклюзией
- В. глубокой резцовой окклюзией
- С. сагиттальной резцовой дезокклюзией
- Д. трансверсальной резцовой окклюзией

ОТВЕТ: В

КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

- А. 20
- В. 28-32
- С. вариабельно
- Д. 10

ОТВЕТ: В

ФОРМА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А. полукруг
- В. парабола
- С. полуэллипс
- Д. трапеция

ОТВЕТ: А

К ОСНОВНЫМ ПЕРИОДАМ РАЗВИТИЯ ПРИКУСА ОТНОСЯТСЯ

- А. временный, сменный
- В. постоянный, открытый, сменные
- С. временный, перекрестный

D. временный, сменный, постоянный

ОТВЕТ: D

К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ НОРМУ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ, ОТНОСЯТСЯ

A. межбугорковое смыкание моляров по I классу Энгля

B. сагиттальная щель

C. вертикальная резцовая дезокклюзия

D. наличие трем и диастем

ОТВЕТ: A

ФОРМА ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

A. полукруг

B. парабола

C. трапеция

D. полуэллипс

ОТВЕТ: B

УКАЖИТЕ, В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР

A. 8-9 лет

B. 20-30 месяцев

C. 5-6 лет

D. 11-12 лет

ОТВЕТ: C

КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ

A. 20

B. 28-32

C. вариабельно

D. 10

ОТВЕТ: A

ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

A. тортоаномалия

B. укороченная уздечка верхней губы

C. глубокая резцовая окклюзия

D. сверхкомплектные клыки

ОТВЕТ: B

К ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТСЯ

A. вредные привычки

B. травмы зубов

C. кариес зубов и его осложнения

D. генетическая обусловленность

ОТВЕТ: D

КОНСТРУКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ

- A. вкладка
- B. бюгельный
- C. мостовидный
- D. съемный пластиночный

ОТВЕТ: D

ДЛЯ ПЕРИОДА ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ПРИКУСА ХАРАКТЕРНО

- A. множественный фиссурно-бугорковый контакт
- B. наличие трем и диастем
- C. вертикальная резцовая окклюзия
- D. перекрытие в области фронтальных зубов на 1/3

ОТВЕТ: B

ВЕСТИБУЛЯРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- A. кариозного разрушения коронок зубов
- B. вредных привычек
- C. ранней потери временных или постоянных зубов
- D. недостатка места в зубном ряду

ОТВЕТ: C

РАСПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ВЫШЕ ИЛИ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- A. вредными привычками
- B. неправильным положением зачатков зубов
- C. кариозным разрушением коронок зубов
- D. величиной зубов

ОТВЕТ: B

НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- A. стираемостью
- B. ранней потерей второго временного моляра
- C. снижением окклюзионной высоты
- D. нарушением жевания

ОТВЕТ: B

ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНО

- A. множественный фиссурно-бугорковый контакт
- B. наличие трем и диастем
- C. перекрытие в области фронтальных зубов больше чем на 1/3
- D. форма зубных дуг полукруглая

ОТВЕТ: A

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ЗАНИМАЕТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ ПОЛОЖЕНИЕ

- A. нейтральное
 - B. мезиальное
 - C. дистальное
 - D. прогеническое
- ОТВЕТ: C

УКАЖИТЕ В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- A. 6-8 месяцев
 - B. 20-30 месяцев
 - C. 5-6 лет
 - D. 12-16 месяцев
- ОТВЕТ: A

НАЛИЧИЕ ТРЕМ МЕЖДУ ЗУБАМИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА 5-ТИЛЕТНЕГО РЕБЕНКА - ЭТО ПРИЗНАК

- A. патологии
 - B. физиологии
 - C. стираемости
 - D. не имеет диагностического значения
- ОТВЕТ: B

ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- A. предупреждение возникновения
 - B. предупреждение степени выраженности
 - C. предупреждение гнатических аномалий
 - D. восстановление утраченных функций
- ОТВЕТ: A

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ - ЭТО

- A. положение челюстей при открытом рте
 - B. смыкание зубных рядов при множественном фиссурно- бугорковом контакте
 - C. состояние физиологического покоя
 - D. положение челюстей при жевании
- ОТВЕТ: B

К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У РЕБЕНКА В НОРМЕ ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

- A. 2
 - B. 4
 - C. 6
 - D. 8
- ОТВЕТ: B

ПОДВИЖНОСТЬ 71,81 ЗУБОВ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИЗНАК

- A. физиологической резорбции корней
 - B. патологической резорбции корней
 - C. стираемости зубов
 - D. не имеет диагностического значения
- ОТВЕТ: A

НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

- A. местные
 - B. генерализованные
 - C. общие
 - D. физиологические
- ОТВЕТ: A

ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА

- A. 6-7 неделе
 - B. 8-9 неделе
 - C. 10-16 неделе
 - D. 17-20 неделе
- ОТВЕТ: A

ПЕРВЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ В НОРМЕ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- A. 3 года
 - B. 8-9 мес.
 - C. 2 года
 - D. 12-16 мес.
- ОТВЕТ: D

ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

- A. провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов
 - B. изготовить замещающую конструкцию
 - C. провести сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров
 - D. установить брекет-систему
- ОТВЕТ: B

Фактор риска возникновения стоматологических заболеваний у беременных:

- A. Повышенное содержание фторида в питьевой воде
 - B. Применение поливитаминных комплексов
 - C. Применение антибиотиков пенициллинового ряда
 - D. Уменьшение содержания кальция и фосфатов в слюне
- ОТВЕТ: D

В период беременности у женщин значительно возрастает риск возникновения:

- A. Очаговой деминерализации эмали
- B. Клиновидного дефекта
- C. Флюороза

D. Хронического язвенного гингивита

ОТВЕТ: А

Программа профилактики стоматологических заболеваний у беременных обязательно должна включать:

A. Фторирование питьевой воды

B. Профессиональную гигиену полости рта

C. Полоскание рта растворами антисептиков

D. Герметизацию фиссур зубов

ОТВЕТ: B

Какой период является оптимальным для проведения плановых стоматологических лечебных вмешательств во время беременности:

A. 1 триместр

B. 2 триместр

C. 3 триместр

D. период перед родами

ОТВЕТ: B

Какой триместр является оптимальным для проведения плановых стоматологических лечебных вмешательств во время беременности:

A. 1

B. 3

C. 2

D. 4

ОТВЕТ: C

Повышенная концентрация женских половых гормонов в период беременности является фактором риска возникновения:

A. Кариеса в стадии белого пятна

B. Гипоплазии эмали

C. Гиперпластического гингивита

D. Повышенного стирания зубов

ОТВЕТ: C

Повышенная концентрация женских половых гормонов в период беременности является фактором риска возникновения:

A. Язвенно-некротического гингивита

B. Гиперпластического гингивита

C. Катарального гингивита

D. Гипоплазии эмали

ОТВЕТ: B

Применение какого метода удаления зубных отложений противопоказано при проведении профессиональной гигиены полости рта у беременных:

A. Ручного

B. Звукового

C. Ультразвукового

D. Воздушно-абразивного

ОТВЕТ: D

Комплекс мер, проводимых у беременных с целью предупреждения развития у плода и, в дальнейшем, у ребенка патологии органов и тканей полости рта – это:

A. Антенатальная профилактика стоматологических заболеваний

B. Постнатальная профилактика стоматологических заболеваний

C. Профессиональная гигиена полости рта

D. Стоматологическое просвещение

ОТВЕТ: A

Антенатальная профилактика стоматологических заболеваний – это:

A. Комплекс мер, проводимых у беременных с целью предупреждения развития у плода и, в дальнейшем, у ребенка патологии органов и тканей полости рта

B. Комплекс мер, проводимых в период после рождения ребенка с целью предупреждения развития у него патологии органов и тканей полости рта

C. Комплекс мер, направленных на поддержание здоровья полости рта

D. Комплекс мер, проводимых у пожилых людей с целью поддержания здоровья полости рта

ОТВЕТ: A

Фактором риска возникновения гиперпластического гингивита у беременных является:

A. Снижение уровня половых гормонов в период беременности

B. Повышение уровня половых гормонов в период беременности

C. Токсикоз

D. Снижение резистентности организма в период беременности

ОТВЕТ: B

Токсикоз у беременных является риском возникновения:

A. Эрозии эмали

B. Кариеса дентина

C. Клиновидного дефекта

D. Стоматита

ОТВЕТ: A

В период беременности буферные свойства слюны:

A. Снижаются

B. Повышаются

C. Не изменяются

D. Незначительно повышаются

ОТВЕТ: A

Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на:

A. 8-9 неделе

- В. 6-7 неделе
 - С. 10-16 неделе
 - Д. 17-20 неделе
- ОТВЕТ: В

При беременности:

- А. Скорость секреции слюны повышена
- В. Скорость секреции слюны понижена
- С. рН слюны повышен
- Д. Наблюдается асиалия

ОТВЕТ: А

Слюноотделение у беременных:

- А. Повышено
- В. Понижено
- С. Не изменяется
- Д. Отсутствует

ОТВЕТ: А

рН слюны у беременных:

- А. Повышен
- В. Понижен
- С. Не изменяется
- Д. рН равен 7,5-8,2

ОТВЕТ: В

Прием какого препарата матерью во время беременности может вызвать у ребенка такую патологию как «тетрациклиновые зубы»

- А. Амоксиклав
- В. Нитроимидазол
- С. Тетрациклин
- Д. Цефалоспорин

ОТВЕТ: С

Прием какого препарата матерью во время беременности может вызвать у ребенка гипоплазию эмали:

- А. Амоксиклава
- В. Нитроимидазола
- С. Тетрациклина
- Д. Цефалоспорины

ОТВЕТ: С

В какой срок можно проводить плановое стоматологическое лечение беременной женщины, если это не было сделано до беременности:

- А. 1-3 месяц
- В. 1-9 месяц
- С. 3-6 месяц
- Д. 6-9 месяц

ОТВЕТ: С

С какого возраста возможно проведение профгигиены у детей;

- А. С 3 лет;
- В. С 4 лет;
- С. С 5 лет;
- Д. С 6 лет;

ОТВЕТ: А

Возможно ли ребёнку для гигиены применять флоссы:

- А. Нет, не допустимо;
- В. Допустимо только во фронтальном отделе;
- С. Допустимо при наличии трем;
- Д. Допустимо без ограничений.

ОТВЕТ: D

В шестилетнем возрасте появляется возможность для проведения:

- А. Профгигиены;
- В. Герметизации фиссур;
- С. Назначения местной фторидпрофилактики;
- Д. Избирательного пришлифовывания.

ОТВЕТ: В

Потребление каких продуктов рекомендовано ограничить ребёнку:

- А. Молочных продуктов;
- В. Глютен;
- С. Животный белок;
- Д. Легкоусвояемые углеводы.

ОТВЕТ: D

Образование зубного камня требует:

- А. Замены зубной щётки;
- В. Приёма более кислой пищи;
- С. Ультрафиолетовой чистки зубов;
- Д. Ультразвуковой чистки зубов.

ОТВЕТ: D

В патогенезе катарального гингивита важную роль играет:

- А. Понижение pH ротовой жидкости;
- В. Вирусная инвазия слизистой десны;
- С. Бактериальная обсеменённость слизистой десны;
- Д. Нарушение окклюзионных соотношений.

ОТВЕТ: С

Контролируемая чистка зубов это:

- А. Чистка зубов врачом пациенту под контролем родителя/законного представителя;
- В. Чистка зубов пациентом под контролем врача;

- С. Чистка зубов пациентом под контролем родителей;
 - Д. Чистка зубов родителем пациенту под контролем врача.
- ОТВЕТ: В

Свойства детской зубной щётки:

- А. Должна иметь большую рабочую часть, мягкую щетину с закругленными кончиками;
 - В. Должна иметь большую рабочую часть, мягкую щетину без закругленных кончиков;
 - С. Должна иметь маленькую рабочую часть, мягкую щетину с закругленными кончиками;
 - Д. Должна иметь маленькую рабочую часть, среднюю щетину с закругленными кончиками.
- ОТВЕТ: С

Лаурилсульфат натрия выполняет функцию:

- А. Пенообразователя;
 - В. Растворителя;
 - С. Бактерицидную;
 - Д. Реминерализующую.
- ОТВЕТ: А

Метод группового стоматологического просвещения:

- А. Беседа на приёме;
 - В. Телевизионная реклама;
 - С. Уроки здоровья в школах и на предприятиях;
 - Д. Распространение печатных и иллюстрированных материалов.
- ОТВЕТ: С

Для детей дошкольного возраста больше всего подходит вариант стоматологического просвещения:

- А. Лекция;
 - В. Игра;
 - С. Урок;
 - Д. Видеоматериал.
- ОТВЕТ: В

Для детей до 3 лет обучению основам гигиены подлежат:

- А. Социальные работники;
 - В. Домработницы, няни;
 - С. Педиатры;
 - Д. Родители.
- ОТВЕТ: Д

Фактором риска развития фиссурного кариеса в 6 лет является:

- А. Форма фиссур воронкообразная;
- В. Форма фиссур клинообразная;
- С. Дистопия первых моляров;

D. Наличие зубного камня.

ОТВЕТ: А

Местное применение фторидов применяется для:

A. Восстановления минерального состава эмали;

B. Остановки кариозного процесса;

C. Исправления косметического дефекта;

D. Противовоспалительной терапии.

ОТВЕТ: А

Для местной фторидпрофилактики (амбулаторно) применяют:

A. Полоскания Кремнефтористоводородной кислотой (H_2SiF_6);

B. Аппликации 1-2% фторида натрия (NaF);

C. Приём внутрь гексафторсиликата натрия (Na_2SiF_6);

D. Аппликации Фторида урана VI (UF_6);

ОТВЕТ: В

До прорезывания зубов мерой профилактики являются:

A. Диетические ограничения;

B. Приём внутрь фторидов;

C. Ротовые ванночки по вечерам;

D. Удаление остатков пищи после кормления.

ОТВЕТ: D

Особенность детских зубных паст:

A. Не пенятся;

B. Повышенное содержание фторидов;

C. Наличие вкусовых добавок;

D. Низкая абразивность.

ОТВЕТ: А

Ребёнок самостоятельно проводит гигиену с возраста:

A. 3-4 лет;

B. 2-3 лет;

C. 6-7 лет;

D. 5-6 лет.

ОТВЕТ: В

К бутылочному кариесу приводит:

A. Применение бутылочек для кормления;

B. Кормление из бутылочки неправильной формы;

C. Употребление разными детьми пищи из одной бутылочки;

D. Кормление из бутылочки перед сном.

ОТВЕТ: D

Возраст развития бутылочного кариеса:

A. От рождения до полугода;

B. От полугода до 1 года;

- C. От 1 года до 2 лет;
- D. От 1 года до 3 лет.

ОТВЕТ: C

Основа успеха профилактических мероприятий у детей раннего возраста:

- A. Умение врача диагностировать развитие патологий;
- B. Донесение до родителей важности профилактики и её методов;
- C. Социальное положение семьи ребёнка;
- D. Усвояемость ребёнком рекомендаций врача.

ОТВЕТ: B

Для детей дошкольного возраста частота профгигиены:

- A. Раз в 3 месяца;
- B. Раз в 6 месяцев;
- C. По мере появления налёта на зубах;
- D. По возможности родителей водить ребёнка к стоматологу.

ОТВЕТ: A

Последовательность обучения ребёнка приёмам чистки зубов:

- A. Приёмы вертикальных движений на боковых зубах, на передних зубах, на язычных поверхностях зубов;
- B. Приёмы вертикальных движений на язычных поверхностях зубов, на боковых зубах, на передних зубах;
- C. Приёмы вертикальных движений на боковых зубах, на передних зубах, на язычных поверхностях зубов;
- D. Обучение массажу дёсен, чистке языка, горизонтальным движениям на жевательных поверхностях.

ОТВЕТ: C

Вредные привычки у детей школьного возраста:

- A. Сосание пальца;
- B. Курение, употребление иных табачных изделий;
- C. Инфантильное глотание;
- D. Попадание в рот посторонних предметов.

ОТВЕТ: B

При прорезывании первых зубов чистку осуществляют:

- A. Родители с помощью щётки для пальца;
- B. Родители с помощью щётки с короткой ручкой;
- C. Врач с помощью турбинного наконечника;
- D. Врач с помощью механического наконечника.

ОТВЕТ: A

Легкоусвояемые углеводы богато представлены в:

- A. Бобовых;
- B. Овощах;
- C. Молочных продуктах;
- D. Шоколадных изделиях.

ОТВЕТ: D

Детские зубные пасты не содержат:

- A. Сахара;
- B. Фторидов;
- C. На содержащих веществ;
- D. Натуральных элементов.

ОТВЕТ: A

Сколько раз проводится чистка зубов у детей раннего возраста:

- A. 1 раз в день;
- B. Несколько раз в неделю;
- C. 2 раза в день;
- D. 1 раз в неделю.

ОТВЕТ: C

Применение взрослых зубных паст у детей недопустимо из-за:

- A. Низкой абразивности, отсутствия подсластителей;
- B. Наличия парабенов, высокого содержания фторидов;
- C. Наличия парабенов, низкого содержания фторидов;
- D. Высокой абразивности, низкого содержания препаратов кальция.

ОТВЕТ: B

В школьном возрасте эффективен метод стоматологического просфещения:

- A. Игра;
- B. Урок;
- C. Лекция;
- D. Индивидуальная беседа.

ОТВЕТ: B

Частое употребление подростками ... повышает риск развития кариеса:

- A. Напитков повышенной кислотности;
- B. Наркотиков;
- C. Сладких фруктов;
- D. Сладких напитков.

ОТВЕТ: D

Боль это:

- A. Однокомпонентная реакция на незначительно раздражение
- B. Воспалительный ответ при инфекционном процессе
- C. Реакция иммунитета на аллерген
- D. Многокомпонентная реакция организма на сильное раздражение тканей

ОТВЕТ: D

Боль - это неприятное ощущение и переживание, связанное с:

- A. Только потенциальным повреждением
- B. Только реальным повреждением
- C. Реальным или потенциальным повреждением

D. Перенесенным повреждением

ОТВЕТ: С

Виды локализации боли не включают понятия:

A. Острая/хроническая

B. Поверхностная/глубокая

C. Центральная/в области конечностей

D. Висцеральная/нейропатическая

ОТВЕТ: A

Характеристики причины повреждения тканей не включают:

A. Соматическая поверхностная/глубокая

B. Воспаление

C. Травма

D. Растяжение

ОТВЕТ: A

Характеристики причины повреждения тканей не включают:

A. Онкологическое заболевание

B. Воспаление

C. Острое/хроническое течение

D. Растяжение

ОТВЕТ: C

При описании временных параметров боли не используют термины:

A. Ноющая/стреляющая

B. Острая/хроническая

C. Кратковременная/длительная

D. Сезонность

ОТВЕТ: D

Эффекты полноценного обезболивания не включают:

A. Гипертония

B. Нормализация вегетативной системы пациента

C. Снятие психоэмоциональной и психомоторной реакции

D. Облегчение работы врача

ОТВЕТ: A

При проведении анестезии важно учитывать:

A. Уровень гигиены полости рта

B. Наличие пломб в полости рта

C. Наличие в анамнезе травм конечностей

D. Травматичность вмешательства

ОТВЕТ: D

При проведении анестезии важно учитывать:

A. Наличие коронок в полости рта

B. Область обезболивания

С. Наличие в анамнезе эпизодов сотрясения мозга
D. Уровень гигиены полости рта
ОТВЕТ: В

При проведении анестезии важно учитывать:

A. Анестетик
B. Наличие имплантатов в полости рта
C. Вредные привычки
D. Уровень гигиены полости рта
ОТВЕТ: А

При проведении анестезии важно учитывать:

A. Уровень глюкозы в крови
B. Наличие съемных протезов
C. Общее состояние пациента
D. Уровень гигиены полости рта
ОТВЕТ: С

Препарат, используемый для пролонгации действия анестезии:

A. Анестетик
B. Бета-блокатор
C. Нестероидное противовоспалительное средство
D. Вазоконстриктор
ОТВЕТ: D

Увеличение объема вводимого анестетика приводит к:

A. Увеличению времени действия анестезии
B. Усилению анестезии
C. Повышение толерантности к анестезии
D. Понижение толерантности к анестезии
ОТВЕТ: А

К вазоконстрикторам относится:

A. Аспирин
B. Эпинефрин
C. Анальгин
D. Пенициллин
ОТВЕТ: В

К вазоконстрикторам относится:

A. Анальгин
B. Аспирин
C. Адреналин
D. Пенициллин
ОТВЕТ: С

При проведении анестезии важно учитывать:

A. Наличие воспаления

- В. Прием обезболивающих препаратов до лечения
 - С. Уровень глюкозы в крови
 - Д. Уровень гигиены полости рта
- ОТВЕТ: А

При проведении анестезии важно учитывать:

- А. Прием обезболивающих препаратов до лечения
 - В. Местные особенности иннервации
 - С. Уровень глюкозы в крови
 - Д. Уровень гигиены полости рта
- ОТВЕТ: В

При проведении анестезии важно учитывать:

- А. Владение врачом техники обезболивания
 - В. Прием обезболивающих препаратов до лечения
 - С. Уровень глюкозы в крови
 - Д. Уровень гигиены полости рта
- ОТВЕТ: А

При медико-психологической премедикации используют:

- А. Антибиотики
 - В. Бензодиазепины
 - С. Местные анестетики
 - Д. Антихолинергические средства
- ОТВЕТ: В

Местные анестетики не включают:

- А. Триазолам
 - В. Артикаин
 - С. Мепивакаин
 - Д. Лидокаин
- ОТВЕТ: А

МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА:

- А. прием антибиотиков
 - В. плохая гигиена полости рта
 - С. использование зубных паст с фторидом натрия
 - Д. использование дезодорирующих ополаскивателей
- ОТВЕТ: В

МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА:

- А. применение абразивных паст
 - В. прием антибиотиков
 - С. наличие кариозных зубов, заболеваний пародонта
 - Д. использование зубных паст с шалфеем, ромашкой
- ОТВЕТ: С

МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА:

- A. наличие брекет-системы
 - B. длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними
 - C. наличие цельнометаллических коронок
 - D. ношение бюгельных протезов
- ОТВЕТ: B

ВОЗБУДИТЕЛЕМ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. *Porphyromonas gingivalis*
- B. *Candida albicans*
- C. *Fusobacterium nucleatum*
- D. *Mycobacterium tuberculosis*

ОТВЕТ: B

ВОЗБУДИТЕЛЕМ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. *Treponema pallidum*
- B. *Candida albicans*
- C. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*
- D. *Streptococcus pyogenes*

ОТВЕТ: B

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- A. своевременном выявлении и лечении дисбактериоза
- B. приеме антибактериальных препаратов
- C. орошении полости рта антисептическими препаратами
- D. вакцинации

ОТВЕТ: A

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- A. проведении противовирусной терапии
- B. отказе от массивной антибактериальной терапии
- C. приеме фторидосодержащих препаратов
- D. приеме десенсибилизирующих препаратов

ОТВЕТ: B

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- A. Своевременном назначении полиеновых антибиотиков и пробиотических средств при длительном антибактериальном лечении
- B. Замене водоисточника
- C. Очистке питьевой воды от избытка фтора
- D. Естественном вскармливании ребенка в течении первого года жизни

ОТВЕТ: A

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- A. Соблюдении санитарно-гигиенических мероприятий и режима в родильных домах, проведение правильной обработки оборудования, детского белья, рук медицинского персонала, обеспечение стерильности бутылочек, пипеток, инструментария

- В. Замене водосточника
 - С. Очистке питьевой воды от избытка фтора
 - Д. Естественном вскармливании ребенка в течение первого года жизни
- ОТВЕТ: А

ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА НЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- А. Своевременном назначении полиеновых антибиотиков и пробиотических средств при длительном антибактериальном лечении
 - В. Соблюдении санитарно-гигиенических мероприятий и режима в родильных домах, проведение правильной обработки оборудования, детского белья, рук медицинского персонала, обеспечение стерильности бутылочек, пипеток, инструментария
 - С. Обучении кормящих матерей гигиеническим манипуляциям
 - Д. Естественном вскармливании ребенка в течение первого года жизни
- ОТВЕТ: D

ДИАГНОЗ КАНДИДОЗА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- А. аллергологическим
 - В. бактериоскопическим
 - С. цитологическим
 - Д. иммунографическим
- ОТВЕТ: В

ДИАГНОЗ КАНДИДОЗА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- А. аллергологическим
 - В. бактериоскопическим
 - С. гистологическим
 - Д. рентгенологическим
- ОТВЕТ: В

ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. десенсибилизировать организм
 - В. восстановить нормальную микрофлору
 - С. устранить очаг инфекции
 - Д. нормализовать функцию кроветворения
- ОТВЕТ: В

В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ПРИ КАНДИДОЗЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- А. белков
 - В. жиров
 - С. минеральных солей
 - Д. углеводов
- ОТВЕТ: D

ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ РЕЦИДИВ КАНДИДОЗА

- А. галитоз
- В. длительный курс антибиотикотерапии системных заболеваний

С. гипосаливация
D. гальваноз
ОТВЕТ: В

ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА

А. грудные недокормленные дети
В. дети старшего возраста
С. мужчины 30-60 лет, злостные курильщики
D. лица страдающие эпилепсией
ОТВЕТ: А

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ МАТЕРИАЛЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ:

А. кандидоза
В. галитоза
С. контактного аллергического стоматита
D. пародонтита
ОТВЕТ: С

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Инфекция
В. Травма
С. Развитие пониженной чувствительности к материалам, используемым в стоматологии, местно применяемым медикаментам, зубным пастам, эликсирам и др.
D. Развитие повышенной чувствительности к материалам, используемым в стоматологии, местно применяемым медикаментам, зубным пастам, эликсирам и др.
ОТВЕТ: D

ПРИЧИНОЙ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. съёмная пластинка
В. цитрусовые продукты
С. продукты с высоким содержанием сахара
D. травматический прикус
ОТВЕТ: А

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ АКРИЛОВЫХ ПРОТЕЗОВ ВОЗРАСТАЕТ У ЛИЦ С НАЛИЧИЕМ В АНАМНЕЗЕ:

А. гипокальцемии
В. гальваноза
С. аллергии и по мере увеличения времени, прошедшего после изготовления протезов
D. ксеростомии
ОТВЕТ: С

Профилактические мероприятия с целью предупреждения изменений слизистой оболочки полости рта при патологии внутренних органов заключаются в:

- А. раннем выявлении и лечении основного заболевания
- В. своевременном лечении галитоза
- С. своевременном лечении гингивита
- Д. своевременном лечении пародонтита

ОТВЕТ: А

Профилактические мероприятия с целью предупреждения изменений слизистой оболочки полости рта при патологии внутренних органов заключаются в:

- А. раннем выявлении и лечении основного заболевания
- В. своевременном лечении флюороза
- С. отказе от использования композитных реставрационных материалов
- Д. использовании зубных паст с экстрактом ромашки

ОТВЕТ: А

Профилактические мероприятия с целью предупреждения изменений слизистой оболочки полости рта при патологии внутренних органов заключаются в:

- А. применении компомеров для пломбирования зубов
- В. рациональной гигиене и тщательной санации полости рта
- С. своевременном проведении профессиональной гигиены полости рта
- Д. применении цемента для пломбирования зубов

ОТВЕТ: В

Характерные изменения в полости рта при лейкозах

- А. язвенно-некротические процессы
- В. «лаковый» язык
- С. эрозия эмали
- Д. лейкоэмические инфильтраты

ОТВЕТ: А

«Лакированный» язык характерен для заболевания

- А. стоматия
- В. многоформная экссудативная эритема
- С. глоссит Гюнтера
- Д. лимфангиома

ОТВЕТ: С

Наиболее существенные причины плоского лишая

- А. переохлаждение
- В. инсоляция
- С. заболевания желудочно-кишечного тракта
- Д. механическая травма

ОТВЕТ: С

При эзофагитах бактериальной этиологии в полости рта отмечают:

- А. появление налета серого цвета на языке
- В. множественный кариес
- С. пародонтоз
- Д. папулы ярко-красного цвета

ОТВЕТ: А

При эзофагитах бактериальной этиологии в полости рта отмечают:

- А. появление налета серого цвета на языке
- В. множественные явления осложнённого кариеса
- С. некроз десневых сосочков
- Д. ромбовидный глоссит

ОТВЕТ: А

При кандидозной этиологии эзофагита в полости рта отмечают:

- А. появление налета серого цвета на языке
- В. множественный кариес
- С. творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка
- Д. папулы ярко-красного цвета

ОТВЕТ: С

В запущенных случаях кандидозного эзофагита в полости рта отмечают:

- А. появление налета серого цвета на языке
- В. эрозированные, кровоточащие поверхности под налетом
- С. творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка
- Д. папулы ярко-красного цвета

ОТВЕТ: С

Профилактическими мероприятиями в полости рта при эзофагитах бактериальной этиологии являются:

- А. лечение кариеса
- В. обучение гигиене полости рта
- С. стоматологическое просвещение
- Д. снятие налета с поверхности языка с помощью скребков

ОТВЕТ: D

Профилактическими мероприятиями в полости рта при кандидозном эзофагите являются:

- А. антисептическая обработка
- В. синус-лифтинг
- С. определение индекса CRITN
- Д. вестибулопластика

ОТВЕТ: А

Профилактическими мероприятиями в полости рта при кандидозном эзофагите являются:

- A. антисептическая обработка
 - B. вакцинация
 - C. полирование острых краев и шероховатостей пломб
 - D. преждевременное удаление временных зубов
- ОТВЕТ: A

Профилактическими мероприятиями в полости рта при кандидозном эзофагите являются:

- A. профессиональная гигиена
 - B. симптоматическое лечение
 - C. определение индекса ИГР-У
 - D. определение индекса РНР
- ОТВЕТ: B

При гастро-эзофагальной рефлюксной болезни выявляются следующие внепищеводные изменения в полости рта:

- A. желто-коричневое окрашивание налета на языке
 - B. пародонтоз
 - C. эпулис
 - D. остеопороз
- ОТВЕТ: A

При гастро-эзофагальной рефлюксной болезни выявляются следующие внепищеводные изменения в полости рта:

- A. пародонтоз
 - B. цементомы
 - C. патология мягких тканей полости рта
 - D. амелобластома
- ОТВЕТ: C

Типичным признаком желчного рефлюкса является:

- A. пародонтоз
 - B. желто-коричневое окрашивание налета на языке
 - C. патология мягких тканей полости рта
 - D. флегмоны
- ОТВЕТ: B

При гастро-эзофагальной рефлюксной болезни:

- A. происходит смещение pH в сторону ацидоза
 - B. выявляются мелкие бледно-красные пузырьки на СОПР
 - C. затрудняется гигиена полости рта
 - D. образуются абсцессы дна полости рта
- ОТВЕТ: A

При гастро-эзофагальной рефлюксной болезни:

- A. происходит смещение pH в сторону ацидоза
- B. появляются пятна Филатова-Коплика
- C. выпадают пломбы

D. происходит смещение pH в сторону алкалоза

ОТВЕТ: А

Профилактическими мероприятиями при гастро-эзофагальной рефлюксной болезни являются:

A. симптоматическое лечение проявлений патологий мягких тканей полости рта

B. пластика преддверия полости рта

C. рациональное протезирование

D. пластика уздечки верхней губы

ОТВЕТ: А

Профилактическими мероприятиями при гастро-эзофагальной рефлюксной болезни являются:

A. беседа с пациентом

B. использование кальцийсодержащих паст

C. контролируемая чистка зубов

D. пластика уздечки верхней губы

ОТВЕТ: В

При аллергическом остром гастрите в полости рта наблюдается:

A. высыпания бледно-красного цвета с четкой каймой розового цвета

B. эпулис

C. язвы

D. периодонтит

ОТВЕТ: А

При аллергическом остром гастрите в полости рта наблюдается:

A. пародонтит

B. волдыри и пузыри, заполненные геморрагическим или серозным экссудатом

C. язвы

D. периодонтит

ОТВЕТ: В

При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

A. пародонтоз

B. покраснение, разрыхленность, кровоточивость десны

C. язвы

D. периодонтит

ОТВЕТ: В

При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

A. пародонтоз

B. очаговые гнойно-воспалительные элементы

C. язвы

D. признаки эксфолиативного хейлита и ангулярного стоматита

ОТВЕТ: D

При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

А. пародонтоз

В. гладкая, блестящая поверхность языка с ярко-красными пятнами и полосами

С. складчатый язык

Д. отек Квинке

ОТВЕТ: В

При хроническом гастрите в полости рта наблюдается:

А. острый герпетический стоматит

В. гладкая, блестящая поверхность языка с ярко-красными пятнами и полосами

С. ромбовидный глоссит

Д. клиновидные дефекты

ОТВЕТ: В

При хроническом гастрите типа А с явлениями В12-дефицита в полости рта наблюдается:

А. фиксированная форма десквамативного глоссита

В. ксеростомия

С. «гюнтеровский глоссит»

Д. абсцесс крыло-небного пространства

ОТВЕТ: С

При хроническом гастрите типа А с явлениями В12-дефицита в полости рта наблюдается:

А. участки атрофии эпителия ярко-красного цвета на спинке языка

В. ксеростомия

С. «лакированный» язык

Д. творожистый налет на языке

ОТВЕТ: А

При хроническом гастрите типа В в полости рта наблюдается:

А. налет бело-желтого или серо-желтого цвета

В. херувизм

С. актиномикоз

Д. тортоаномалия

ОТВЕТ: А

При использовании ортодонтических конструкций:

А. Улучшается самоочищаемость зубных поверхностей

В. Повышается бактериальная резистентность зубов

С. Происходит затруднение гигиенического ухода за полостью рта

Д. Упрощается доступ для самостоятельной гигиены полости рта

ОТВЕТ: С

При использовании ортопедических конструкций:

А. зуб служит дольше, чем интактный зуб

В. упрощается проведение профессиональной гигиены полости рта

С. Упрощается самостоятельный уход за полостью рта

D. Ухудшаются процессы самоочищения и гигиены

ОТВЕТ: D

В период ортодонтического лечения с использованием ортодонтических конструкций:

A. В полости рта появляются конструкции, которые создают дополнительные места скопления налета

B. Уменьшается число зубных отложений

C. Снижается риск возникновения очаговой деминерализации зубов

D. Исчезает галитоз

ОТВЕТ: A

В период ортодонтического лечения с использованием ортодонтических конструкций:

A. Уменьшается количество зубного налета

B. Возможно появление галитоза

C. Повышается жевательная эффективность

D. Повышается бактериальная резистентность зубов

ОТВЕТ: B

К съемной ортодонтической аппаратуре относятся:

A. брекет-системы

B. фиксируемые пластиночные аппараты

C. пластинки

D. зубные протезы

ОТВЕТ: C

К съемной ортодонтической аппаратуре относятся:

A. фиксируемые пластиночные аппараты

B. мостовидные конструкции

C. брекет-системы

D. каппы

ОТВЕТ: D

К несъемной ортодонтической аппаратуре относятся:

A. брекет-системы

B. зубные протезы

C. каппы

D. пластинки

ОТВЕТ: A

К несъемной ортодонтической аппаратуре относятся:

A. мостовидные конструкции

B. фиксируемые пластиночные аппараты

C. каппы

D. пластинки

ОТВЕТ: B

Особенность гигиены при наличии съемных ортодонтических конструкций в полости рта:

- A. Использование зубных ёршиков
- B. Использование зубной щетки со специальной выемкой для брекетов
- C. двухэтапность проведения - внеротовой и внутриротовой этапы
- D. Использование ополаскивателя

ОТВЕТ: C

Внеротовой этап гигиены полости рта при наличии съемных ортодонтических конструкций:

- A. очищение языка с помощью скребка
- B. очищение губ и кожи вокруг рта
- C. Применение основных и дополнительных средств гигиены
- D. очищение поверхности съемного аппарата и составляющих его частей от налета и остатков пищи

ОТВЕТ: D

Внутриротовой этап гигиены полости рта при наличии съемных ортодонтических конструкций:

- A. очищение непосредственно полости рта и зубов при помощи основных и дополнительных средств гигиены
- B. очищение губ и кожи вокруг рта
- C. очищение поверхности съемного аппарата и составляющих его частей от налета и остатков пищи
- D. очищение поверхности съемного аппарата и составляющих его частей при помощи мануальной или электрической зубной щетки

ОТВЕТ: A

Для гигиены полости рта с несъёмными ортодонтическими конструкциями рекомендовано использование:

- A. зубной пасты для чувствительных зубов
- B. отбеливающей зубной пасты
- C. ежедневное ополаскивание раствором хлоргексидина 0,05% на протяжении всего срока лечения
- D. щетки с V-образным углублением щетинок

ОТВЕТ: D

Для гигиены полости рта с несъёмными ортодонтическими конструкциями рекомендовано использование:

- A. зубной пасты для чувствительных зубов
- B. межзубных ёршиков
- C. ежедневное ополаскивание раствором хлоргексидина 0,05% на протяжении всего срока лечения
- D. отбеливающей зубной пасты

ОТВЕТ: B

Для гигиены полости рта с несъёмными ортодонтическими конструкциями рекомендовано использование:

- A. зубной щетки с жесткой щетиной
 - B. отбеливающей зубной пасты
 - C. суперфлоссов для очищения пространства под дугой брекет-системы
 - D. зубной пасты для чувствительных зубов
- ОТВЕТ: C

Профилактическая зубная щетка:

- A. повышает резистентность зубов к кариесу
 - B. гарантирует защиту от очаговой деминерализации зубов
 - C. на кончике головки имеет силовой выступ, образованный пучками щетины разной длины
 - D. содержит фторирующие компоненты
- ОТВЕТ: C

Рекомендуется применение щеток с мягкой щетиной:

- A. у детей и подростков, проходящих ортодонтическое лечение
 - B. у взрослых пациентов, проходящих ортодонтическое лечение
 - C. у курящих пациентов
 - D. у пациентов со здоровым пародонтом, не проходящих ортодонтическое лечение
- ОТВЕТ: A

К типам электрических щеток не относится:

- A. электроприводные
 - B. магнитные
 - C. звуковые
 - D. ультразвуковые
- ОТВЕТ: B

Не относится к видам монопучковых щеток:

- A. с цилиндрическим щётчным полем
 - B. с ровным щётчным полем
 - C. с конусовидным щётчным полем
 - D. с щётчным полем в виде усеченного конуса
- ОТВЕТ: A

Межзубный ёршик:

- A. гарантирует отсутствие очаговой деминерализации в области контактных пунктов
 - B. меняется раз в шесть месяцев
 - C. имеет размерный ряд, благодаря чему можно подобрать нужный ёршик для контактов в разных группах зубов
 - D. содержит фториды
- ОТВЕТ: C

Суперфлосс:

- A. имеет мягкие кончики с обеих сторон
- B. помогает очистить окклюзионные поверхности зубов

С. используется только для очищения дуги брекет-системы
D. используется для очищения дуги и апроксимальных поверхностей зубов в области трем и диастем
ОТВЕТ: D

ФАКТОРОМ, СНИЖАЮЩИМ СОХРАННОСТЬ РЕСТАВРАЦИЙ ИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ:

A. гипосаливация
B. употребление преимущественно мягкой пищи
C. низкое содержание фторидов в питьевой воде
D. неудовлетворительная гигиена полости рта
ОТВЕТ: D

ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОБРАБОТКА РЕСТАВРАЦИЙ ИЗ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЭТАПЫ:

A. полировки
B. моделирования и шлифовки
C. моделирования и полировки
D. моделирования, шлифовки и полировки
ОТВЕТ: D

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ используют:

A. алмазные боры
B. скейлеры и кюреты из нержавеющей стали
C. стандартные ультразвуковые насадки
D. ручные инструменты и ультразвуковые насадки с неметаллической рабочей частью
ОТВЕТ: D

ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТАМ С ИМПЛАНТАТАМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

A. 1 раз в месяц
B. 2 раза в год
C. 1 раз в год
D. 1 раз в 3 года
ОТВЕТ: B

ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТАМ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

A. 1 раз в месяц
B. 2 раза в год
C. 1 раз в год
D. 1 раз в 3 года
ОТВЕТ: B

ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТАМ С

РЕСТАВРАЦИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
ЗУБНОГО КАМНЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД:

- A. ручной
- B. ультразвуковой
- C. звуковой
- D. воздушно-абразивный

ОТВЕТ: D

ПРИ РАБОТЕ ЗВУКОВЫМ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМ АППАРАТАМИ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИЗБЕГАТЬ:

- A. участков зубов в области воспаленной десны
- B. участков зубов, пораженных флюорозом
- C. участков, к которым прилежат реставрации
- D. поддесневой области

ОТВЕТ: C

ПРИ РАБОТЕ ЗВУКОВЫМ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМ АППАРАТАМИ
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИЗБЕГАТЬ:

- A. участков зубов в области воспаленной десны
- B. участков зубов, пораженных флюорозом
- C. участков деминерализации и эрозий зубов
- D. поддесневой области

ОТВЕТ: C

ШЛИФОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ПРОВОДЯТ:

- A. сразу
- B. на следующий день
- C. через неделю
- D. через месяц

ОТВЕТ: A

ПОЛИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТИ РЕСТАВРАЦИИ ПРОВОДЯТ:

- A. сразу
- B. на следующий день
- C. через неделю
- D. через месяц

ОТВЕТ: A

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ
ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ:

- A. стальные
- B. титановые
- C. пластиковые
- D. твердосплавные

ОТВЕТ: C

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С
РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные щетки
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. флоссы
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. ополаскиватели
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. ирригатор
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. межзубные ершики
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. ополаскиватели
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. ирригатор
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубные щетки
 - С. ирригатор
 - Д. резиновые колпачки
- ОТВЕТ: С

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные щетки
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные пасты
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

- А. зубные щетки
 - В. зубочистки
 - С. ополаскиватели
 - Д. флоссы
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- А. мягкая
 - В. средняя
 - С. жесткая
 - Д. очень мягкая
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕСТАВРАЦИЯМИ ЗУБОВ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- А. с ровной подстрижкой щетинок
 - В. с v-образным вырезом в рабочей части
 - С. с силовым выступом
 - Д. с резиновыми вставками
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- А. мягкая
 - В. средняя
 - С. жесткая
 - Д. очень мягкая
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- А. с ровной подстрижкой щетинок
 - В. с v-образным вырезом в рабочей части
 - С. с силовым выступом
 - Д. с резиновыми вставками
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТАТАМИ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- А. с ровной подстрижкой щетинок
 - В. с v-образным вырезом в рабочей части
 - С. с силовым выступом
 - Д. с резиновыми вставками
- ОТВЕТ: А

ЗУБНАЯ ЩЕТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТАТАМИ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- A. мягкая
 - B. средняя
 - C. жесткая
 - D. очень мягкая
- ОТВЕТ: A

- Старение человека-это
- A. Биологический процесс
 - B. Патологический процесс
 - C. Организационный процесс
 - D. Физиологический процесс
- ОТВЕТ: A

- Старение человека-это
- A. Биологический процесс постепенной деградации частей и систем организма человека и последствия этого процесса.
 - B. Совокупность физических и химических процессов, протекающих в организме, позволяющих осуществлять обмен веществ и деление его клеток или размножение.
 - C. Прекращение, полная остановка биологических и физиологических процессов жизнедеятельности организма.
 - D. изменения в строении (морфологии) и функционировании организма человека в процессе его развития и созревания.
- ОТВЕТ: A

- Биологический процесс постепенной деградации частей и систем организма человека и последствия этого процесса-это
- A. Развитие человека
 - B. Смерть человека
 - C. Молодость человека
 - D. Старение человека
- ОТВЕТ: D

- Какой век ознаменовался революционными открытиями в науке, преобразованиями в обществе и ростом средней продолжительности жизни человека?
- A. 19
 - B. 18
 - C. 20
 - D. 21
- ОТВЕТ: C

- В каком году зарегистрировано 590 млн. лиц пожилого и старческого возраста?
- A. 2000
 - B. 2022
 - C. 1987
 - D. 1840
- ОТВЕТ: A

Увеличение удельного веса пожилых и старых людей усложняет

- A. Политическую ситуацию
- B. Биологическую ситуацию
- C. Экономическую ситуацию
- D. Социально-экономическую ситуацию

ОТВЕТ: D

Почему увеличение удельного веса пожилых и старых людей усложняет социально-экономическую ситуацию?

- A. Увеличение материальных затрат
- B. Уменьшение социальных поддержек
- C. Уменьшение материальных затрат
- D. Отказ социального обеспечения

ОТВЕТ: A

Почему увеличение удельного веса пожилых и старых людей усложняет социально-экономическую ситуацию?

- A. Уменьшение социальных поддержек
- B. Уменьшение материальных затрат
- C. Отказ социального обеспечения
- D. Оказание социального обеспечения

ОТВЕТ: D

Почему увеличение удельного веса пожилых и старых людей усложняет социально-экономическую ситуацию?

- A. Уменьшение социальных поддержек
- B. Уменьшение материальных затрат
- C. Отказ социального обеспечения
- D. Оказание медицинской помощи

ОТВЕТ: D

Почему в последние десятилетия приоритетной политикой общества становится организация гериатрической медико-социальной помощи?

- A. Из-за увеличения удельного веса пожилых и старых людей
- B. Из-за увеличения удельного веса молодых людей
- C. Из-за увеличения удельного веса только пожилых людей
- D. Из-за увеличения удельного веса только старых людей

ОТВЕТ: A

Гериатрия является составной частью

- A. Геронтологии
- B. Биологии
- C. Астрологии
- D. Педиатрии

ОТВЕТ: A

Геронтология включает в себя

- A. Биологию
 - B. Анатомию
 - C. Ортопедию
 - D. Гериатрию
- ОТВЕТ: D

Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей-это

- A. Задача Гериатрии
 - B. Задача Биологии
 - C. Цель Гериатрии
 - D. Цель Биологии
- ОТВЕТ: A

Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами-это

- A. Задача Гериатрии
 - B. Задача Биологии
 - C. Цель Гериатрии
 - D. Цель Биологии
- ОТВЕТ: A

Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей-это

- A. Задача Гериатрии
 - B. Задача Биологии
 - C. Цель Гериатрии
 - D. Цель Биологии
- ОТВЕТ: A

Что НЕ входит в задачи Гериатрии?

- A. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
 - B. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
 - C. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
 - D. Сохранение психологического и физического здоровья молодых людей
- ОТВЕТ: D

Что НЕ входит в задачи Гериатрии?

- A. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
- B. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
- C. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
- D. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за

молодыми пациентами

ОТВЕТ: D

Что НЕ входит в задачи Гериатрии?

- A. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
- B. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
- C. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
- D. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни молодеющих людей

ОТВЕТ: D

У мужчин старше 60 лет в среднем насчитывается количество заболеваний

- A. 4,3
- B. 5,2
- C. 6,7
- D. 5,6

ОТВЕТ: A

У женщин старше 60 лет в среднем насчитывается количество заболеваний

- A. 5,2
- B. 4,3
- C. 6,7
- D. 3

ОТВЕТ: A

Гериатрия НЕ занимается?

- A. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
- B. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
- C. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
- D. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни молодеющих людей

ОТВЕТ: D

Гериатрия НЕ занимается?

- A. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
- B. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
- C. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
- D. Сохранение психологического и физического здоровья молодых людей

ОТВЕТ: D

Гериатрия НЕ занимается?

- А. Обеспечение социального благополучия и достойного завершения жизни стареющих людей
- В. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за гериатрическими пациентами
- С. Сохранение психологического и физического здоровья пожилых и старых людей
- Д. Борьба с высокой заболеваемостью, осуществление лечения и ухода за молодыми пациентами

ОТВЕТ: D

«Болезнь старения»-

- А. Болезни ССС
- В. Травмы
- С. ОРЗ
- Д. ОРВИ

ОТВЕТ: А

«Болезнь старения»-

- А. Болезни глаз
- В. Травмы
- С. ОРЗ
- Д. ОРВИ

ОТВЕТ: А

«Болезнь старения»-

- А. ОРВИ
- В. ОРЗ
- С. Травма
- Д. Онкологические заболевания разной локализации

ОТВЕТ: D

«Болезнь старения»-

- А. ОРВИ
- В. Болезни опорно-двигательной системы
- С. Травма
- Д. ОРЗ

ОТВЕТ: С

«Болезнь старения»-

- А. Болезни нервной системы и психические расстройства
- В. ОРВИ
- С. ОРЗ
- Д. Травма

ОТВЕТ: А

«Болезнь старения»-

- A. ОРВИ
 - B. ОРЗ
 - C. Травма
 - D. Заболевания предстательной железы у мужчин
- ОТВЕТ: D

«Болезнь старения»-

- A. ОРВИ
 - B. ОРЗ
 - C. Травма
 - D. Болезни органов дыхания
- ОТВЕТ: D

«Болезнь старения»-

- A. ОРВИ
 - B. ОРЗ
 - C. Травма
 - D. Болезни обмена веществ
- ОТВЕТ: D

Почему заболевания гериатрических пациентов называют «болезни старения»?

- A. У гериатрических пациентов наиболее часто встречается патология, развитию которой способствуют возрастные изменения органов и систем.
 - B. У молодых пациентов наиболее часто встречается патология, развитию которой способствуют возрастные изменения органов и систем.
 - C. У детей наиболее часто встречается патология, развитию которой способствуют возрастные изменения органов и систем.
 - D. У молодых особей мужского пола наиболее часто встречается патология, развитию которой способствуют возрастные изменения органов и систем.
- ОТВЕТ: A

Характерная особенность патологии у лиц пожилого и старческого возраста- это

- A. Дефицит болезней
 - B. Множественность заболеваний
 - C. Единственность заболеваний
 - D. Мономорфизм заболеваний
- ОТВЕТ: B

Характерная особенность патологии у лиц пожилого и старческого возраста- это

- A. Дефицит болезней
 - B. Полиморбидность
 - C. Единственность заболеваний
 - D. Мономорфизм заболеваний
- ОТВЕТ: B

Патологию больных людей гериатрического возраста нередко сравнивают с

- A. Горой Урал
 - B. Слоном
 - C. Нью-Йорк
 - D. Айсбергом
- ОТВЕТ: D

СОЕДИНЕНИЯ, ПРИДАЮЩИЕ ВЫДЫХАЕМОМУ ВОЗДУХУ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ:

- A. сероводород
 - B. фосфат кальция
 - C. индол
 - D. двуокись углерода
- ОТВЕТ: A

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ ГАЛИТОЗА:

- A. сахарный диабет
 - B. синусит
 - C. эзофагит
 - D. сахарный диабет, синусит, эзофагит
- ОТВЕТ: D

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ ГАЛИТОЗА:

- A. периодонтит
 - B. гингивит
 - C. инфекционные заболевания слизистой ротовой полости, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ротовой полости
 - D. периодонтит, гингивит, инфекционные заболевания слизистой ротовой полости, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ротовой полости
- ОТВЕТ: D

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, КАКИХ ОРГАНИЗМОВ СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГНИЛОСТНОГО ЗАПАХА:

- A. облигатных анаэробов
 - B. аэробов
 - C. факультативных аэробов
 - D. факультативных анаэробов
- ОТВЕТ: A

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГАЛИТОЗА:

- A. микробиологический
 - B. органолептическая оценка запаха
 - C. иммунологический
 - D. эндоскопический
- ОТВЕТ: B

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ЗОНА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, БЛАГОПРИЯТНАЯ ДЛЯ РАЗМНОЖЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ:

- A. язык

- В. подъязычная область
 - С. преддверие ротовой полости
 - Д. твердое небо
- ОТВЕТ: А

АНТИМИКРОБНЫЕ СРЕДСТВА, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАЛИТОЗЕ:

- А. хлоргексидин
- В. вода
- С. двуокись кремния
- Д. нитрат кальция

ОТВЕТ: А

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГАЛИТОЗА

- А. проведение профессиональной гигиены
- В. использование жевательной резинки, эликсиров.
- С. лечение синуситов
- Д. лечение соматических заболеваний

ОТВЕТ: А

ТЕРМИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМОГО ЧЕЛОВЕКОМ:

- А. галитоз
- В. бруксизм
- С. дистресс-синдром
- Д. синдром Стейтона-Капдепона

ОТВЕТ: А

К ОДОРАНТАМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ ГАЛИТОЗ, ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ:

- А. ЛСС
- В. амины
- С. органические кислоты
- Д. ЛСС, амины, органические кислоты

ОТВЕТ: D

РАЗЛИЧАЮТ ТРИ СОСТОЯНИЯ, СВЯЗАННЫХ В СОЗНАНИИ ПАЦИЕНТА И/ИЛИ В ВОСПРИЯТИИ ОКРУЖАЮЩИХ ЕГО ЛЮДЕЙ С НЕСВЕЖИМ ДЫХАНИЕМ:

- А. истинный галитоз, псевдогалитоз, галитофобия
- В. истинный галитоз, патологический галитоз, естественный галитоз
- С. галитофобия, патологический галитоз, физиологический галитоз
- Д. псевдогалитоз, истинный галитоз, естественный галитоз

ОТВЕТ: А

НАЛИЧИЕ ЕДВА УЛОВИМОГО, ПРАКТИЧЕСКИ НЕ РАЗЛИЧИМОГО ЗАПАХА, КОТОРЫЙ ВОСПРИНИМАЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ КАК

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ - ЭТО:

- А. истинный галитоз
- В. галитофобия
- С. псевдогалитоз
- Д. патологический галитоз

ОТВЕТ: С

ОБЪЕКТИВНОЕ НАЛИЧИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА, ЗАМЕЧАЕМОГО ОКРУЖАЮЩИМИ – ЭТО:

- А. истинный галитоз
- В. галитофобия
- С. псевдогалитоз
- Д. патологический галитоз

ОТВЕТ: А

ОТСУТСТВИЕ КАКОГО БЫ ТО НИ БЫЛО НЕПРИЯТНОГО ОТТЕНКА В ЗАПАХЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ СТОЙКОЙ УБЕЖДЕННОСТИ ПАЦИЕНТА В ОБРАТНОМ

- А. истинный галитоз
- В. галитофобия
- С. псевдогалитоз
- Д. патологический галитоз

ОТВЕТ: В

ПРИСУТСТВИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ПАЦИЕНТОМ ВОЗДУХА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ, НАРУШЕННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ ГАЛИТОЗОМ:

- А. патологическим экстраоральным
- В. патологическим интраоральным
- С. физиологическим
- Д. псевдогалитозом

ОТВЕТ: В

ПРИСУТСТВИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ПАЦИЕНТОМ ВОЗДУХА, ОБУСЛОВЛЕННОГО НАЛИЧИЕМ ГНИЛОСТНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПОЛОСТИ РТА В ОТСУТСТВИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ОРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НАЗЫВАЕТСЯ ГАЛИТОЗОМ:

- А. патологическим экстраоральным
- В. патологическим интраоральным
- С. физиологическим
- Д. псевдогалитозом

ОТВЕТ: А

УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ЛСС В ПОЛОСТИ РТА ЗАВИСИТ ОТ:

- А. наличия специфической микрофлоры
- В. наличия белкового субстрата

С. благоприятных условий для катаболизма: низкое содержание кислорода
D. наличия специфической микрофлоры, наличия белкового субстрата,
благоприятных условий для катаболизма: низкое содержание кислорода
ОТВЕТ: D

МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ЛСС ПРИ ОРАЛЬНОМ ГАЛИТОЗЕ

- A. *Prevotella intermedia*
- B. *Tannerella forsythensis*
- C. *Bacteroides*
- D. *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Bacteroides*

ОТВЕТ: D

НАЛЕТ НА ЯЗЫКЕ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ПРОДУЦИРУЕТ:

- A. сероводород
- B. фосфат кальция
- C. индол
- D. двуокись углерода

ОТВЕТ: A

ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ ОЦЕНКИ РЕГИСТРАЦИИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НАЛЕТА НА ЯЗЫКЕ СУЩЕСТВУЕТ:

- A. индекс язычного налета
- B. индекс РНР
- C. индекс Грин-Вермилиона
- D. индекс CRITN

ОТВЕТ: A

ДЛЯ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАПАХА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- A. тест с ложкой и салфеткой
- B. halitoxtest
- C. тест с зубной нитью
- D. тест с ложкой и салфеткой, halitoxtest, тест с зубной нитью

ОТВЕТ: D

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЛИЧИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ГАЛИТОЗА В КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- A. тест с ложкой и салфеткой
- B. halitoxtest
- C. галиметр
- D. тест с ложкой и салфеткой, halitoxtest, галиметр

ОТВЕТ: D

К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТСЯ:

- A. обучение индивидуальной гигиене
- B. устранение патологических очагов в полости рта
- C. лечение общих соматических заболеваний

Д. обучение индивидуальной гигиене, устранение патологических очагов в полости рта, лечение общих соматических заболеваний

ОТВЕТ: D

ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЮТ:

А. флоссы

В. ополаскиватели

С. скребки

Д. флоссы, ополаскиватели, скребки

ОТВЕТ: С

К ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЧИСТКИ ЯЗЫКА ОТНОСЯТСЯ:

А. флоссы

В. антисептические препараты

С. скребки

Д. флоссы, антисептические препараты, скребки

ОТВЕТ: В

К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТСЯ:

А. обучение индивидуальной гигиене

В. устранение патологических очагов в полости рта

С. лечение общих соматических заболеваний

Д. обучение индивидуальной гигиене, устранение патологических очагов в полости рта, лечение общих соматических заболеваний

ОТВЕТ: С

К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОГАЛИТОЗА ОТНОСЯТСЯ:

А. обучение индивидуальной гигиене

В. устранение патологических очагов в полости рта

С. оказание психологической помощи

Д. обучение индивидуальной гигиене, устранение патологических очагов в полости рта, оказание психологической помощи

ОТВЕТ: С

К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГАЛИТОФОБИИ ОТНОСЯТСЯ:

А. обучение индивидуальной гигиене

В. устранение патологических очагов в полости рта

С. консультации у психолога, психиатра

Д. обучение индивидуальной гигиене, устранение патологических очагов в полости рта, консультации у психолога, психиатра

ОТВЕТ: С

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, КАКИХ ОРГАНИЗМОВ СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ
ГНИЛОСТНОГО ЗАПАХА:

А. факультативных анаэробов

В. факультативных аэробов

С. облигатных анаэробов

D. факультативных анаэробов, факультативных аэробов, облигатных анаэробов
ОТВЕТ: С

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГАЛИТОЗЕ:

- A. Обучение индивидуальной гигиене
- B. Устранение патологических очагов в полости рта
- C. Консультации у психолога, психиатра
- D. Маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов

ОТВЕТ: D

ПРИСУТСТВИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ВЫДЫХАЕМОГО ПАЦИЕНТОМ ВОЗДУХА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ, НАРУШЕННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ ГАЛИТОЗОМ:

- A. патологическим экстраоральным
- B. галитофобией
- C. физиологическим
- D. патологическим интраоральным

ОТВЕТ: D

ТЕРМИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМОГО ЧЕЛОВЕКОМ:

- A. гальванизм
- B. бруксизм
- C. озостомия
- D. синдром Стейтона-Капдепона

ОТВЕТ: С

ПСЕВДОГАЛИТОЗ – ЭТО:

- A. отсутствие какого бы то ни было неприятного оттенка в запахе выдыхаемого воздуха при стойкой убежденности пациента в обратном
- B. присутствие неприятного запаха из выдыхаемого пациентом воздуха, обусловленного заболеваниями, патологическими условиями, нарушенными функциями органов и тканей полости рта называется галитозом
- C. наличие едва уловимого, практически не различимого запаха, который воспринимается пациентом как значительный
- D. объективное наличие неприятного запаха, замечаемого окружающими

ОТВЕТ: С

ГАЛИТОФОБИЯ – ЭТО:

- A. отсутствие какого бы то ни было неприятного оттенка в запахе выдыхаемого воздуха при стойкой убежденности пациента в обратном
- B. присутствие неприятного запаха из выдыхаемого пациентом воздуха, обусловленного заболеваниями, патологическими условиями, нарушенными функциями органов и тканей полости рта называется галитозом
- C. наличие едва уловимого, практически не различимого запаха, который воспринимается пациентом как значительный
- D. объективное наличие неприятного запаха, замечаемого окружающими

ОТВЕТ: А

ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ИНТРАОРАЛЬНЫМ ГАЛИТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. отсутствие какого бы то ни было неприятного оттенка в запахе выдыхаемого воздуха при стойкой убежденности пациента в обратном
- В. присутствие неприятного запаха из выдыхаемого пациентом воздуха, обусловленного заболеваниями, патологическими условиями, нарушенными функциями органов и тканей полости рта называется галитозом
- С. наличие едва уловимого, практически не различимого запаха, который воспринимается пациентом как значительный
- Д. объективное наличие неприятного запаха, замечаемого окружающими

ОТВЕТ: В

Вопросы к экзамену по профилактике стоматологических заболеваний

1. Понятие о профилактике основных стоматологических заболеваний.

Задачи первичной, вторичной и третичной профилактики.

Ответ:

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающие в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния, на здоровье человека факторов среды его обитания.

Первичная профилактика - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

третичная профилактика — комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

2. Особенности устройства профилактического стоматологического отделения поликлиники

Ответ:

Кабинет профилактики стоматологических заболеваний организуется в медицинских пунктах, фельдшерско акушерских пунктах, в организациях образования с количеством учащихся менее 800 человек, а также в составе

многопрофильных организаций здравоохранения, в которых отсутствует стоматологическое отделение (кабинет). Функции кабинета профилактики стоматологических заболеваний: 1) обучение гигиене полости рта; 2) подбор индивидуальных средств профилактики; 3) фторирование (в том числе глубокое) и минерализация зубов гелями, лаками, суспензиями; 4) герметизация фиссур; 5) направление детей и подростков с патологией полости рта и зубочелюстной системы к врачу-стоматологу; 6) санитарно-просветительная работа среди родителей и детей по вопросу стоматологического здоровья. Оказание доврачебной стоматологической помощи в кабинете профилактики стоматологических заболеваний проводит зубной гигиенист, либо медицинский работник со средним медицинским образованием, прошедший курс переподготовки по специальности «Стоматология» и получивший сертификат специалиста «Зубной гигиенист».

3. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний. Эпидемиологические исследования в стоматологии. Карта ВОЗ.

Ответ:

Эпидемиология основных стоматологических заболеваний (например, кариеса, пародонтита, гингивита) изучает их распространенность, факторы риска, смертность и связанные с ними проблемы общественного здравоохранения. Это помогает разработать эффективные меры профилактики и лечения.

Эпидемиологические исследования в стоматологии проводятся 1 раз в пять лет для получения актуальной информации о заболеваниях полости рта, их распространенности и характеристиках. Эти исследования могут включать проведение опросов, медицинских осмотров, сбора данных орального здоровья и заболеваниях, а также анализа данных по стоматологическим услугам и лечению.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрабатывает и обновляет глобальную карту заболеваний полости рта. Она включает данные об основных стоматологических проблемах, таких как кариес, пародонтит и гингивит, в разных регионах мира. Карта ВОЗ позволяет определить показатели заболеваемости и смертности, а также выявить группы риска и провести сравнение между различными странами и регионами.

Карта ВОЗ также способствует разработке глобальных стратегий и программ по профилактике и лечению стоматологических заболеваний. Она помогает

стоматологам, общественным организациям и правительствам выявить проблемные области и определить необходимые меры для улучшения орального здоровья населения.

Однако, важно отметить, что эпидемиологические данные являются динамическими, и карты и статистика могут изменяться со временем. Поэтому регулярное обновление информации и проведение эпидемиологических исследований являются неотъемлемой частью поддержания актуальности и эффективности мер по улучшению орального здоровья в разных регионах мира.

Основными этапами эпидемиологического обследования являются:

- 1) Выделение ключевых возрастных групп
- 2) Калибровка Специалистов
- 3) Подбор инструментария
- 4) Подсчет результатов

4. Комплексная система профилактики кариеса, методы и средства. Программы профилактики. Организационный принцип внедрения комплексных программ профилактики.

Ответ:

Комплексная система профилактики кариеса включает в себя несколько методов и средств, которые помогают предотвратить его развитие и сохранить здоровье зубов.

Методы профилактики кариеса включают следующие:

1. Регулярная и правильная гигиена полости рта.
2. Ограничение потребления сахара.
3. Применение фторида.
4. Правильное питание.
5. Регулярные визиты к стоматологу.

Организационный принцип внедрения комплексных программ профилактики кариеса может включать следующие шаги:

1. Изучение ситуации и определение проблемных областей. Необходимо оценить распространенность кариеса среди населения и выделить группы риска.
2. Разработка программы профилактики. На основе полученных данных можно создать комплексную программу профилактики, включающую методы и средства, наиболее эффективные для устранения проблемных областей.
3. Образовательные мероприятия. Важно проводить информационные кампании и обучающие программы, чтобы повысить осведомленность населения о методах профилактики кариеса и стимулировать положительное отношение к поддержанию полости рта здоровой.
4. Сотрудничество со службами здравоохранения. Чтобы эффективно реализовать программу, необходимо установить партнерство с медицинскими учреждениями и стоматологическими клиниками, чтобы обеспечить доступность профилактических услуг и средств.
5. Оценка результатов. После реализации программы следует провести оценку ее эффективности и внести необходимые корректировки для достижения желаемых результатов.

Внедрение комплексных программ профилактики кариеса требует согласованного подхода и участия со стороны всех заинтересованных сторон, включая индивидуальные лица, государственные организации и медицинские учреждения.

5. Стоматологическое просвещение: формы и методы. Роль и место врача-стоматолога в стоматологическом просвещении и обучении методам гигиены полости рта в детских дошкольных учреждениях и школах.

Ответ:

К формам стоматологического просвещения относят игры в обучающем формате, лекции, уроки по здоровью полости рта в школах и детских садах, стоматологические беседы.

Врач-стоматолог играет ключевую роль в стоматологическом просвещении, важно информировать пациента о наличии факторов риска к заболеваниям твердых тканей и пародонта и о методах их снижения.

6. Асептика и антисептика. Профилактика ВИЧ-инфекции.

Ответ:

Асептика – совокупность методов и приёмов работы, направленных на предупреждение попадания инфекции в рану, в организм больного, создание безмикробных, стерильных условий для хирургической работы. Это достигается путём использования организационных мероприятий, активных обеззараживающих химических веществ, а также технических средств и физических факторов.

Антисептика – система мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране, патологическом очаге, органах и тканях, а также в организме больного в целом. Для этого используются механические и физические методы воздействия, активные химические вещества и биологические факторы.

7. Морфологическая характеристика периодов развития прикуса ребенка

Ответ:

Период от рождения ребёнка до начала прорезывания временных зубов (от рождения до 6 месяцев)

- Развитие происходит под влиянием функций дыхания, глотания и сосания.
- При естественном вскармливании превалирует сосательный рефлекс, который способствует развитию нижней челюсти.
- Мышцы челюстно-лицевой области принимают участие в акте сосания.
- В беззубом рте новорожденного выражены десневые валики, имеющие полукруглую форму.
- Нижняя челюсть расположена дистальнее верхней в пределах 1,4 см
- Имеется небольшая вертикальная щель до 2,5 мм.
- Элементы височно-нижнечелюстных суставов не выражены, что дает возможность осуществлять значительные переднезадние перемещения нижней челюсти

Период формирования временного прикуса (с 6 месяцев до 3.5 лет)

- Прорезывание временных зубов начинается с 6 месяцев и заканчивается к 2,5 годам, но формирование корней зубов продолжается до 3-3,5 лет.
- Прорезывание первых временных зубов до 4 месяцев считается преждевременным, после 1 года-запоздалым. Всего прорезывается 20 временных зубов.

Порядок и сроки прорезывания временных зубов 51, 61, 71, 81-----6-8 мес
52, 62, 72, 82-----8-12 мес 53, 63, 73, 83-----12-16 мес 54, 64, 74, 84-----16-20 мес
55, 65, 75, 85-----20-30 мес

- При прорезывании первых временных моляров (1,5 года) происходит первое физиологическое повышение прикуса.

Период сформированного временного прикуса (с 3.5 лет до 4 лет).

- Дистальные (задние) поверхности временных зубов располагаются в одной вертикальной плоскости. Это связано с тем, что, как правило, коронки нижних временных моляров шире верхних на 2 мм.
- Минимальное перекрытие во фронтальном отделе. В области боковых зубов отмечается плотное фиссурно-бугровое смыкание. Зубные ряды имеют форму полукруга. Временный прикус формируется с тремами и без трем.
- Отсутствие трем- неблагоприятный признак, являющийся фактором риска, т.к. в отсутствие трем в 4 раза чаще встречается скученность фронтального отдела зубных рядов в периоде раннего сменного прикуса

Период подготовки к смене временных зубов на постоянные (с 4 до 6 лет).

- Наблюдается активный рост челюстных костей, появляются физиологические тремы и диастемы
- происходит рассасывание корней временных зубов и активный рост в позадимоларной области
- физиологическая стираемость режущих краев и жевательных поверхностей зубов способствует выдвижению нижней челюсти и формированию «прямой скользящей окклюзии»
- дистальные поверхности вторых временных моляров образуют мезиальную ступень.
- заканчивается формирование элементов височно-нижнечелюстных суставов;
- нижняя челюсть в результате активного роста смещается вперед;
- превалирует функция жевания

Период сменного (смешанного) прикуса (с 6 до 12 лет)

- Сменный прикус – понятие клиническое, а не анатомическое, в течении которого происходит замена временных зубов постоянными.
- Сохраняется волнообразность процесса роста челюстей, зависящая от развития, роста и прорезывания постоянных зубов.

Ранний сменный прикус (6- 9 лет).

- Наиболее активный рост челюстей наблюдается с 6 до 7.5 лет.
- Происходит второе физиологическое повышение прикуса. Это обусловлено прорезыванием первых моляров.
- Под давлением растущей вперед нижней челюсти, на верхней челюсти увеличиваются тремы, что способствует повышению прикуса и установлению в зубной ряд прорезывающихся постоянных резцов, больших по размеру, чем молочные.
- Прорезываются 4 резца и постоянные моляры на верхней и нижней челюсти.
- Задержка временного зуба в зубной дуге – диагностический признак нарушения прорезывания постоянного зуба.
- Прорезывающийся зуб находится под воздействием функциональной нагрузки – давления губ, языка, щек, что влияет на формирование зубного ряда.

Поздний сменный прикус (9-12) лет.

- Рост тела челюсти значительно замедляется, отмечается активный рост альвеолярных отростков в вертикальном направлении. Это обусловлено формированием корней резцов и первых постоянных моляров.
- С прорезыванием постоянных клыков связано третье физиологическое повышение прикуса.

- На верхней челюсти прорезываются:

- 9 лет- первые премоляры

- 10-11 лет- клыки и вторые премоляры.

На нижней челюсти прорезываются:

- 9 лет- клыки

- 10 лет- первые премоляры,

- 11 лет- вторые премоляры

Морфологическая и функциональная характеристика постоянного прикуса. Ортогнатический прикус.

Период постоянного прикуса.

Формирующийся постоянный прикус (с 12 до 18 лет).

Происходит прорезывание вторых и третьих постоянных моляров, сопровождающееся активным ростом альвеолярных отростков.

Наблюдается замедление процесса роста челюстей: рост особенно активен с 12 до 13.5 лет, замедляющийся в 13.5 –15 лет, стихающий к 16.5 - 18 годам.

Доформировывающийся постоянный прикус (18 лет - 24 года).

Челюсти достигают максимальной длины во время прорезывания третьих постоянных моляров.

Отсутствие этих зубов в зубном ряду после 21 года, при наличии зачатков, свидетельствует о недостаточном росте челюстей в длину. Активное прорезывание зубов продолжается вместе с их мезиальным перемещением.

Сформированный постоянный прикус.

С установлением в прикусе постоянных зубов процессы формирования и перестройки кости замедляются, но не прекращаются.

Мезиальное перемещение зубов продолжается в течение жизни человека по мере стирания их контактирующих боковых поверхностей.

Для физиологического прикуса постоянных зубов характерны следующие признаки:

Правильная форма зубного ряда: верхний–полуэллипс, нижний - парабола.

По вертикали:

- верхние боковые зубы перекрывают нижние на глубину продольной фиссуры, имеются плотные фиссурно-бугровые контакты
- верхние резцы перекрывают нижние на $\frac{1}{3}$ коронки.

По сагиттали:

- «Ключ окклюзии» в боковом отделе: мезиально-щечный бугор первого верхнего моляра находится в поперечной фиссуре первого нижнего моляра.
- Каждый зуб имеет два антагониста (кроме 18, 28 и 31, 32, 41, 42, которые имеют по одному антагонисту).
- Во фронтальном отделе между верхними и нижними резцами режуще-бугорковый контакт.
- Отсутствие сагиттальной щели

По трансверзали:

- Средние линии, проходящие между центральными резцами, совпадают между собой и со средней линией лица.
- Небные бугорки верхних боковых зубов находятся в продольной фиссуре нижних.
- На верхней челюсти зубной ряд больше альвеолярной дуги, альвеолярная больше базальной дуги, на нижней челюсти- обратные взаимоотношения.
- Верхние зубы наклонены вестибулярно, а нижние располагаются отвесно.
- Высота коронок уменьшается от центральных резцов к молярам (исключая клыки), это формирует правильную окклюзионную плоскость.
- Зубы плотно контактируют апроксимальными поверхностями.

8. Формирование челюстно-лицевой области, зубов и полости рта в пренатальном периоде. Сроки закладки.

Ответ: Внутриутробный период.

На 3 неделе эмбрионального развития образуются I, II, III, IV жаберные щели. Между которыми обособляются I, II, III, IV жаберные дуги.

Жаберные дуги:

I. 1-я пара- мандибулярные.

II. 2-я пара- гиоидные- дают начало подъязычной кости.

III. 3-я пара участвует в образовании хряща гортани.

IV. 4-я пара впоследствии редуцируется.

Мандибулярные жаберные дуги дают начало пяти отросткам, окружающих вход в ротовую ямку:

- одного лобного
- двух верхнечелюстных
- двух нижнечелюстных.

На 4 неделе на ротовой поверхности челюстной дуги возникают три возвышения, которые увеличиваются, сливаются и образуют язык.

На 6-7 неделе происходит разделение ротовой и носовой полостей. Закладываются подчелюстные слюнные железы. Завершаются процессы формирования лицевого скелета.

На 7 неделе закладываются временные зубы.

На внутренней поверхности верхнечелюстных отростков образуются небные отростки.

В ходе дальнейшего развития в боковых отделах лобного отростка образуются носовые отростки- медиальные и латеральные.

Верхнечелюстные отростки, интенсивно развиваясь, срастаются между собой и с медиальными носовыми, формируя верхнюю челюсть и верхнюю губу головы зародыша человека.

Нижняя челюсть и нижняя губа образуются за счет срастания нижнечелюстных отростков (на 10 неделе).

Развивается нижняя челюсть как парная кость; две половины затем срастаются на первом году жизни ребенка.

На 6-й и 7-й неделе эмбрионального развития наблюдается высокое положение языка и прогнатическое соотношение челюстей (про-вперед, гнатион-челюсть). В это время верхняя челюсть перекрывает нижнюю.

На 12 неделе язык опускается книзу и начинает стимулировать рост нижней челюсти. Соотношение челюстных костей становится прогеническим (про-вперед, генус-подбородок).

К моменту рождения ребенка развитие верхней челюсти происходит интенсивнее.

Недоразвитие нижней челюсти, наблюдающееся в норме у здорового новорожденного, называется младенческой ретрогенией (ретро-назад, генус-подбородок). Младенческая ретрогения имеет важное физиологическое значение: недоразвитие нижней челюсти и элементов височно-нижнечелюстных суставов облегчает прохождение ребенка по родовым путям.

9. Вредные привычки у детей, их последствия. Способы профилактики и устранения.

Ответ:

К вредным привычкам у детей относятся сосание пальца, долгое сосание соски, ротовое дыхание, высокое потребление углеводов и сахаров.

Вредная привычка сосания пальца и ротового дыхания может корректироваться с помощью миогимнастики, ношения специальных трейнеров, вестибулярных пластинок. Отказ от соски примерно в 1,5 года.

Также необходимо предупреждать родителей и информировать о правильном выборе бутылочки для питания — соска должна быть анатомической формы, а отверстие бутылочки должно быть небольшим для формирования сосательного рефлекса.

Потребление углеводов и сахаров должно быть снижено и заменено на более полезные продукты, такие как овощи, фрукты, ягоды. Также необходимо

10. Методика осмотра челюстно-лицевой области. Исследование органов и тканей полости рта. Сравнительная оценка здоровых и пораженных твердых тканей зуба. Запись зубной формулы.

Ответ:

Методы обследования делятся на основные (клинические) и дополнительные (инструментально-лабораторные). Клиническое обследование складывается из следующих этапов:

Опрос: сбор жалоб, сбор анамнеза жизни, сбор анамнеза заболевания.

Осмотр: внутриротовой и внеротовой

К внеротовому осмотру относится пальпация мышц Челюстно-лицевой области, ВНЧС, определения степени открывания рта, пальпацию лимфатических узлов. К внутриротовому осмотру относят осмотр преддверия рта, собственно полости рта, уздечек, дополнительных тяжей. Осмотр твердых тканей зубов, слизистой оболочки им языка.

Зубы осматривают на предмет подвижности, количества, формы, записывают формулу.

Запись зубной формулы.

Для краткости записи зубной формулы используется графикоцифровая система. Зуб обозначается порядковым номером, помещенным в соответствующий квадрант:

Постоянные зубы

правая 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 сторона

левая 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 сторона

Временные зубы

правая V IV III II I | I II III IV V сторона

левая V IV III II I | I II III IV V сторона

11. Оценка распространенности и интенсивности кариеса зубов. Международное обозначение зубов. Индексы КПУ, КПУ (п), КПУ (з), кп, КПУ+кп.

Ответ:

Интенсивность поражения зубов кариесом определяется по числу поражённых кариесом зубов. Для этой цели комитет экспертов ВОЗ по стоматологии (1962) предложили для взрослых использовать индекс КПУ (К - кариозный зуб, П -

пломбированный, У – удалённый зуб); для детей с временным или молочным прикусом -

кп (к – кариозный, п – пломбированный); для детей со сменным прикусом – КПУ+кп. Чтобы облегчить сравнительную оценку заболеваемости кариесом на разных контингентах мира, ВОЗ в 1980 году предложила выделять 5 степеней поражённости в зависимости от КПУ у детей 12 лет:

1) очень низкая – от 0 до 1,1; 2) низкая – 1,2 – 2,6; 3) умеренная – 2,7 – 4,4; 4) высокая – 4,5 – 6,5;

5) очень высокая – 6,6 и выше. У взрослых 35-44:

1) очень низкая – 0,2 – 1,5; 2) низкая – 1,6 – 6,2; 3) умеренная – 6,3 – 12,7; 4) высокая – 12,8 – 16,2; 5) очень высокая – 16,3 и выше.

12. Индексы гигиены полости рта. Индекс Кузьминой, индекс Федорова-Володкиной. Индекс эффективности гигиены полости рта РНР. Индекс Грин-Вермильона. Индекс Силнес-Лое. Обоснование индексов и методика их проведения.

Ответ:

Индекс Федорова-Володкиной

Для определения индекса необходимо обследовать губную поверхность шести нижних фронтальных зубов

Зубы окрашивают с помощью специальных растворов и оценивают присутствие зубного налета с помощью следующих кодов:

1 – зубной налет не выявлен

2 – окрашивание 1/4 поверхности коронки зуба

3 – окрашивание 1/2 поверхности коронки зуба

4 – окрашивание 3/4 поверхности коронки зуба

5 – окрашивание всей поверхности коронки зуба

Определяют код зубного налета каждого из данных шести зубов, результаты суммируют и делят на количество осмотренных зубов:

Индекса гигиены Федорова-Володкиной = сумма баллов/6 зубов

Оценочные критерии уровня гигиены полости рта:

1,1-1,5-хороший

1,6-2,0-удовлетворительный

2,1-2,5-неудовлетворительный

2,6-3,4-плохой

3,5-5,0-очень плохой

Методика определения индекса гигиены Грин-Вермильона. Оценочные критерии индекса.

Ответ:

При определении индекса обследуют 6 зубов:

16, 11, 26, 31 – с вестибулярной поверхности

36, 46 – с язычной поверхности

Оценку зубного налета можно проводить визуально или с помощью окрашивающих растворов

Оценку над- и поддесневого камня осуществляют с помощью стоматологического зонда

Коды и критерии оценки зубного налета:

0 - зубной налет не выявлен

1 - мягкий зубной налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба

2 - мягкий зубной налет покрывает 1/2 поверхности зуба

3 - мягкий зубной налет покрывает более 2/3 поверхности зуба

Коды и критерии оценки зубного камня:

0 - зубной камень не обнаружен

1 - наддесневой зубной камень покрывает не более 1/3 поверхности зуба

2 - наддесневой зубной камень покрывает 1/2 поверхности зуба, или наличие поддесневого зубного камня в пришеечной области зуба

3 - наддесневой зубной камень покрывает более 2/3 поверхности зуба, или значительные отложения поддесневого зубного камня вокруг пришеечной области зуба

Для расчета применяется следующая формула:

Индекс гигиены Грин-Вермильона = $\frac{\text{сумма значений налета}}{6} + \frac{\text{сумма значений камня}}{6}$

Оценочные критерии уровня гигиены полости рта:

0-1,2 – хороший

1,3-3 – удовлетворительный

3,1-6 – плохой

Индекс эффективности гигиены полости рта

(RHP) Podshadley, Haley (1968)

Для количественной оценки зубного налета окрашивают 6 зубов:

16, 26, 11, 31 - вестибулярные поверхности;

36, 46 - язычные поверхности.

37

В случае отсутствия индексного зуба можно обследовать соседний, но в пределах одноименной группы зубов. Искусственные коронки и части фиксированных протезов обследуют так же, как и зубы.

Обследуемая поверхность каждого зуба условно делится на 5 участков

1 – медиальный

2 – дистальный

3 - срединно-окклюзионный

4 – центральный

5 - срединно-пришеечный

Коды и критерии оценки зубного налета

0 - отсутствие окрашивания

1 - выявлено окрашивание

Расчет индекса проводят, определяя код для каждого зуба путем сложения кодов для каждого участка. Затем суммируют коды для всех

обследованных зубов и делят полученную сумму на число зубов.

Индекс рассчитывается по следующей формуле:

$$RNR = \text{Сумма кодов всех зубов} / \text{Количество обследованных зубов}$$

Интерпретация результатов: 0 – отличный уровень гигиены; 0,1-0,6 – хороший; 0,7-1,6 – удовлетворительный; 1,7 и более – неудовлетворительный

13. Индексы, отражающие состояние тканей пародонта (РМА, СРІ, СРІТN).

Ответ:

Индекс гингивита РМА (Schour,Massler) в модификацииParma(определение факторов риска) -

папиллярно- маргинально- альвеолярный индекс вычисляется после окрашивания десны в

области всех зубов йод-йодистым раствором, путем сложения оценок состояния десны у каждого

зуба в % по формуле:

$$\text{Сумма показателей РМА} = (\text{Сумма показателей} / 3 * \text{число зубов}) \times 100\%$$

0 - отсутствие воспаления,

1 - воспаление межзубного сосочка (Р)

2 - воспаление маргинальной десны (М)

3 - воспаление альвеолярной десны (А)

В возрасте 6-7 лет количество зубов в норме 24, 12 - 14 лет - 28, а в 15 лет и старше -28 или 30.

Индекс РМА очень чувствителен к малейшим изменениям в клинической картине, и на его

величину могут оказать влияние случайные воздействия

Индекс Silness-Löe (Silness and Löe, 1964).

J.Silness /1964/ и H.Loe /1967/ предложили

оригинальный индекс, который учитывает толщину бляшки.

В системе подсчета величина 2 дается тонкому слою бляшки, а 3 - утолщенному.

Каждому из четырех десневых районов зуба

назначается величина от 0 до 3 - это является

индексом бляшки /РП/ для определенного района.

Величины от четырех районов зуба можно сложить и разделить на 4, для того чтобы получить РП для зуба.

Величины для отдельных зубов /резцов, больших и малых коренных зубов/ можно сгруппировать, для того чтобы получить РП для различных групп зубов.

Наконец, складывая индексы для зубов и деля на количество обследованных зубов, получают РП для индивидуума:

0 - эта величина, когда десневой район поверхности зуба действительно свободен от бляшки. Скопление налета определяют, проводя кончиком зонда по поверхности зуба у десневой бороздки после того, как зуб тщательно высушен; если мягкое вещество не прилипает к кончику зонда, район считается чистым.

1 - назначается, когда простым глазом нельзя обнаружить бляшку *in situ*, но бляшка становится видимой на кончике зонда после проведения зондом по поверхности зуба у десневой бороздки.

Обнаруживающий раствор в этом исследовании не используют.

2 - назначается, когда десневой участок покрыт слоем бляшки от тонкого до умеренно толстого. Бляшка видна невооруженным глазом;

3 - интенсивное отложение мягкого вещества, которое заполняет нишу, образованную десневой границей и поверхностью зуба. Межзубной район заполнен мягким дебрисом.

Таким образом, величины индекса бляшки свидетельствуют только о различии толщины мягкого отложения в десневом районе, и не отражает протяженности бляшки на коронке зуба.

РП - 0 указывает, что десневой участок поверхности зуба совершенно свободен от бляшки.

РП - 1 отражает ситуацию, когда десневой район покрыт тонкой пленкой бляшки, которая не видна, но которую делают видимой.

РП - 2 свидетельствует о том, что отложение видно *in situ*.

РП - 3 – о значительных (1-2 мм толщиной) отложениях мягкого вещества.

Для определения индексов CRITN или CPI зубной ряд условно делится на 6 частей (секстантов).

Секстанты:

17-14, 13-23, 24-27

47-44, 43-33, 37-44

При этом предусматривается обследование пародонта в области индексных зубов и оценка по наиболее выраженному клиническому признаку.

Секстант учитывается, если в нем присутствуют два или больше зубов, не подлежащих удалению. Если остаётся лишь один зуб, то секстант оценивают как исключённый.

У взрослого населения, начиная с 20 лет и старше, осматривают пародонт в области 10 индексных зубов.

При обследовании каждой пары моляров учитывают и регистрируют только один клинический признак (код), характеризующий наихудшее состояние.

У лиц моложе 20 лет осматривают пародонт в области 6 индексных зубов.

В этом возрасте вторые моляры из осмотра исключают, поскольку могут выявляться ложные карманы, образование которых обусловлено не воспалением, а прорезыванием зуба.

Обследование должно проводиться с помощью пародонтального (пуговчатого) зонда, сконструированного специально для манипуляций в области очень чувствительных мягких тканей, окружающих зубы.

Усилие, с которым применяется зонд, не должно превышать 20 граммов (это соответствует безболезненному нажатию зондом под ноготь большого пальца руки).

Коды и критерии оценки:

Код 0 — здоровые ткани.

Код 1 — кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования; кровоточивость может появиться сразу или через 10-30 сек после зондирования.

Код 2 — зубной камень или другие факторы, задерживающие налёт (нависающие края пломб и др.), видимы или ощущаются во время зондирования.

Код 3 — пародонтальный карман 4-5 мм (край десны находится в черной области зонда или скрывается метка 3,5 мм).

Код 4 — пародонтальный карман глубиной 6 мм или более (при этом метка 5,5 мм или чёрная область зонда скрывается в кармане).

Код X — когда в секстанте присутствует только один зуб или нет ни одного зуба (третьи моляры исключаются, кроме тех случаев, когда они находятся на месте вторых моляров).

Потребность в лечении заболеваний пародонта в популяции или отдельных пациентов проводится с учётом следующих критериев и кодов:

Код 0 (здоров) или X (исключён) для всех 6 секстантов означает, что необходимости в лечении данного пациента нет.

Код 1 или выше указывает, что данному пациенту необходимо улучшить гигиеническое состояние полости рта.

Код 2 или выше указывает на необходимость проведения профессиональной гигиены и устранения факторов, способствующих задержке зубного налёта. Кроме того, пациент нуждается в обучении гигиене полости рта.

Код 3 указывает на необходимость гигиены полости рта и кюретажа, что обычно уменьшает воспаление и снижает глубину кармана до значений, равных или меньших 3 мм.

Код 4 — секстант иногда можно успешно вылечить с помощью глубокого кюретажа и адекватной гигиены полости рта. В других случаях это лечение не помогает, и тогда требуется комплексное лечение, которое включает в себя и глубокий кюретаж.

Для расчета распространенности заболеваний пародонта количество лиц, у которых выявлены любые признаки поражения пародонта (коды 1, 2, 3, 4 индекса CRITN или CPI), делят на общее количество обследованных в данной группе и умножают на 100%.

14. Пародонт. Строение и функции. Профилактика заболеваний пародонта

Ответ:

Пародонт - это комплекс тканей, окружающих зуб. Он включает в себя: десну, надкостницу, костную ткань лунки и альвеолярного отростка, периодонт, цемент корня. Ткани пародонта представляют собой филогенетическое, биологическое и функциональное единство. Они удерживают зубы в кости челюсти, обеспечивают межзубную связь в зубной дуге, сохраняют эпителиальную оболочку полости рта на участке прорезавшегося зуба.

Десна - слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток челюсти и шейку зуба, плотно прилегающая к ним (прикрепленная десна). Краевая или маргинальная часть десны свободно расположена у шейки зуба и не имеет к ней прикрепления (неприкрепленная десна). Краевая десна имеет некоторую подвижность. Иногда ее называют свободной десной. Это свойство дает возможность защитить слизистую оболочку от различных внешних воздействий.

Пространство, образованное зубом и неприкрепленной десной, называется десневой бороздой. Углубление, расположенное в месте перехода свободной десны в прикрепленную, называется десневым желобком (рис 7.2).

Десна представлена многослойным плоским ороговевающим эпителием и плотной волокнистой соединительной тканью.

Периодонт представляет собой плотную соединительную ткань, богатую клетками, коллагеновыми волокнами и эластическими волокнами. Периодонт находится между цементом корня и костной тканью альвеолы, содержит кровеносные, лимфатические сосуды и нервные волокна. Клеточные элементы периодонта представлены фибробластами, цементокластами, дентокластами, остеобластами, остеокластами, эпителиальными клетками Малассе, защитными клетками и нейроваскулярными элементами. Периодонт заполняет пространство между цементом корня и костной тканью лунки.

Функции пародонта:

1. Опорно-удерживающая.
2. Амортизирующая.
3. Распределяющая давление.
4. Объединяющая зубы в зубной ряд.
5. Сенсорная (тактильная, восприятие боли, давления).
6. Рефлекторная.
7. Пластическая.
8. Трофическая.

9. Барьерная.

10. Адаптация к функциональным и топографическим изменениям.

11. Содействие физиологическим изменениям зуба.

12. Способность к восстановлению тканей после травматических повреждений.

13. Участие в росте, прорезывании, смене зубов.

14. Обновление тканей пародонта.

15. Эмаль зубов. Строение. Влияние различных факторов на состав и свойства эмали

Ответ:

Эмаль покрывает коронку зуба. Наибольшего развития она достигает у вершины коронки (до 3,5 мм). Эмаль содержит незначительное количество органических веществ (около 3...4%) и, в основном, неорганические соли (96...97%). Среди неорганических веществ подавляющую часть составляют фосфаты и карбонаты кальция и около 4% — фторид кальция. Эмаль построена из эмалевых призм (prismaenameli) толщиной 3—5 мкм. Каждая призма состоит из тонкой фибриллярной сети, в которой находятся кристаллы гидроксиапатитов, имеющих вид удлинённых призм. Призмы располагаются пучками, имеют извитой ход и залегают почти перпендикулярно к поверхности дентина. На поперечном срезе эмалевые призмы обычно имеют многогранную или вогнуто-выпуклую форму. Между призмами находится менее обызвествленное склеивающее вещество. Благодаря S-образно изогнутому ходу призм на продольных шлифах зуба одни из них оказываются рассечёнными более продольно, а другие — более поперечно, что обуславливает чередование светлых и тёмных эмалевых полос (т.н. линии Шрегера). На продольных шлифах можно видеть ещё более тонкие параллельные линии (линии Ретциуса). Их появление связывают с периодичностью роста и различной зональной обызвествленностью призм, а также с отражением в структуре эмали силовых линий, возникающих в результате действия силового фактора во время жевания.

К факторам, влияющим на эмаль являются: состав слюны, состав пищи, количество фторидов в организме, а также состав микрофлоры полости рта

16. Слюна и ротовая жидкость. Состав. Свойства. Роль в патологических и физиологических процессах в полости рта.

Ответ:

Состав слюны:

1. Вода: Слюна состоит преимущественно из воды, что обеспечивает ей жидкую консистенцию.
2. Электролиты: Включая натрий, калий, кальций, магний, фосфаты и хлориды.
3. Слюнные ферменты: Например, амилаза, которая помогает в начальной стадии пищеварения углеводов.
4. Мукополисахариды: Они придают слизистости и защищают слизистую оболочку полости рта.
5. Иммуноглобулины: Для защиты от инфекций.
6. Лизоцим: Антимикробный фермент, который может убивать бактерии.
7. Буферные вещества: Поддерживают нейтральное pH во рту, помогая предотвратить кислотное разрушение зубов.

Свойства слюны:

1. Смазывание и смачивание: Слюна помогает в жевании и глотании пищи, обеспечивая смазывание и увлажнение рта.
2. Пищеварение: Амилаза в слюне начинает процесс разложения углеводов.
3. Защита: Слюна содержит компоненты, такие как лизоцим и иммуноглобулины, которые помогают в борьбе с микробами и предотвращают инфекции в полости рта.
4. Устранение запаха: Слюна может помочь в уменьшении неприятного запаха из-за бактерий в ротовой полости.
5. Буферные свойства: Буферные вещества в слюне помогают поддерживать стабильный уровень pH во рту и защищают зубы от кислотного разрушения.

Роль в патологических и физиологических процессах в полости рта:

Физиологическая роль: Слюна играет ключевую роль в начальной стадии пищеварения, облегчая жевание и глотание пищи. Она также поддерживает уровень влажности во рту и помогает в предотвращении инфекций благодаря иммуноглобулинам и лизоциму.

Патологическая роль: Недостаток слюны или изменения в её составе могут привести к различным проблемам, таким как кариес, сухость рта

(ксеростомия), зубной камень и плохой запах изо рта. Например, когда pH рта слишком низкий, это может способствовать кариесу и эрозии зубов.

В целом, слюна является важной частью здоровья рта и обеспечивает его нормальное функционирование, а также защиту от микробов и других патологических состояний.

17. Основные методы и правила чистки зубов. Контролируемая чистка зубов. Методики чистки зубов (Пахомова, Fones, Bass, Leonard).

Ответ:

Метод Пахомова: зубной ряд условно делят на несколько сегментов. Чистка зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти. При очистке вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров рабочую часть зубной щетки располагают под углом 45° к зубу и производят очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно - поступательными) движениями так, что волокна щетки проникают глубоко в фиссуры и межзубные промежутки.

Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищают такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна находятся под острым углом к ним и захватывают не только зубы, но и десны. Заканчивают чистку всех сегментов круговыми движениями. Наиболее широко используется у лиц без патологии пародонта.

Метод Fones Для детей дошкольного возраста наиболее удобен круговой метод чистки Fones.

Этот метод предусматривает использование при чистке круговых движений, которые

очищают зубы и массируют ткани.

Последовательно очищают:

- вестибулярные (при сомкнутых зубах), затем оральные поверхности зубов круговыми движениями;
- окклюзионные поверхности зубов очищают горизонтальными или вращательными движениями.

Метод Bass Щетинки щетки должны находиться под углом 45 градусов к оси зуба, при этом концы их частично проникают в десневую бороздку и межзубные пространства. При чистке производят вибрирующие движения вперед-назад. Метод позволяет хорошо очистить пришеечную область моляров.

Метод Leonard Этот метод называют также методом передвижения «от красного к белому» (т.е. от

десны к зубу), он позволяет не только очистить зубы, но и массировать десны. Особенности метода. Зубную щетку устанавливают перпендикулярно к поверхности зубов и производят вертикальные движения в направлении от края десны к короне зуба: на верхней челюсти - сверху вниз; на нижней - снизу вверх. Вестибулярные поверхности зубов чистят при сомкнутых челюстях, жевательные поверхности очищают возвратно-поступательными движениями (вперед-назад).

18. Средства гигиены полости рта. Характеристика. Показания к применению.

Ответ:

Основные средства индивидуальной гигиены полости рта включают:

1. Зубная щетка.
2. Зубная паста
3. Нить для чистки зубов

К дополнительным методам индивидуальной гигиены полости рта относят ирригаторы, жевательные резинки, ёршики, монопучковые щетки, ополаскиватели, пенки для полости рта.

Показанием к применению дополнительных средств гигиены полости рта относятся наличие в полости рта ортодонтических, ортопедических конструкций, низкий уровень гигиены полости рта, высокая интенсивность кариеса.

19. Зубные щетки. Классификация. Выбор щетки для индивидуальной гигиены полости рта.

Ответ:

Зубные щетки могут быть классифицированы по нескольким критериям, включая форму и размер щетинок, типы щетинок, жесткость щетинок и типы ручек. Вот основные типы зубных щеток:

1. Форма и размер щетинок:

Обычные: Имеют прямоугольные головки и прямые щетинки. Хороши для большинства людей.

Конические: Щетинки расположены по конусу. Используются для достижения труднодоступных мест, таких как задние зубы.

Разделенные: Щетинки имеют разные уровни высоты для лучшей адаптации к форме зубов.

2. Типы щетинок:

Натуральные: Сделаны из животных волос, обычно из свинины. Редко используются из-за проблем с гигиеной и аллергиями.

Синтетические: Изготовлены из нейлона. Полимерные щетинки более гигиеничны и прочны.

3. Жесткость щетинок:

Мягкие: Рекомендуются для людей с чувствительными зубами или после хирургических вмешательств.

Средние: Подходят для большинства людей и эффективно удаляют зубной налет.

Жесткие: Используются редко, так как могут повредить десны и эмаль зубов.

4. Типы ручек:

Прямые ручки: Самый распространенный тип.

Электрические ручки: Оснащены вращающимися или колеблющимися головками, обеспечивают более эффективную чистку зубов.

При выборе зубной щетки для индивидуальной гигиены полости рта следует учитывать следующие факторы:

1. Размер и форма головки: Щетка должна быть достаточно маленькой, чтобы легко достигать всех участков полости рта, включая задние зубы.

2. Тип щетинок: Мягкие или средние щетинки рекомендуются большинству людей, чтобы предотвратить повреждение десен и эмали зубов.

3. Качество щетинок: нужно выбирать щетки с высококачественными синтетическими щетинками, которые не сжимаются после использования.

4. Ручка: Ручка должна быть удобной для хвата и контроля.

5. Замена: Зубные щетки следует менять каждые 3-4 месяца или раньше, если щетинки износились.

6. Индивидуальные потребности: Люди с ортодонтическими аппаратами, имплантами или другими структурными особенностями нуждаются в дополнительных средствах гигиены

20. Зубные пасты. Классификации. Состав. Выбор зубной пасты в зависимости от возраста и клинического состояния тканей и органов полости рта.

Ответ:

Зубные пасты представляют собой продукты, разработанные для очистки зубов и ухода за полостью рта. Они могут иметь различные составы и свойства, чтобы соответствовать разным потребностям пациентов. Ниже приведена классификация зубных паст, их состав и выбор в зависимости от возраста и клинического состояния полости рта.

Классификация зубных паст:

1. **Общего назначения:** Эти зубные пасты предназначены для ежедневной гигиенической очистки зубов и полости рта. Они помогают удалять зубной налет и предотвращать появление зубного камня.
2. **Против кариеса:** Эти пасты содержат фториды, которые помогают укреплять эмаль и предотвращать образование кариеса. Они рекомендуются для всех возрастных групп.
3. **Против зубного налета и зубного камня:** Эти пасты содержат ингредиенты, такие как пирофосфаты, которые помогают предотвращать образование зубного налета и зубного камня.
4. **Против чувствительности зубов:** Зубные пасты для чувствительных зубов содержат активные ингредиенты, такие как калиевые нитраты или стронтовые хлориды, которые уменьшают чувствительность зубов к холоду, горячему и кислому.
5. **Отбеливающие пасты:** Эти зубные пасты содержат абразивные или отбеливающие ингредиенты, которые могут помочь убрать пятна и отбелить эмаль зубов. Они могут быть полезны для тех, кто хочет улучшить цвет своих зубов.

Состав зубных паст:

Состав зубных паст может варьироваться, но обычно включает следующие компоненты:

Абразивы: Ингредиенты, такие как диоксид кремния или карбонат кальция, которые помогают механически удалять зубной налет и зубной камень.

Фториды: Например, натриевый фторид или монофторфосфат, для защиты от кариеса.

Антисептические и противовоспалительные ингредиенты: Например, цетилпиридиний хлорид, триклозан или масло чайного дерева.

Противокариесные и противовоспалительные добавки: Ксилит, цетилпиридиний хлорид и другие ингредиенты для предотвращения кариеса и воспалений.

Активные отбеливающие ингредиенты: Например, пероксид водорода или карбамид пероксид.

Вкусовые и ароматические добавки: Для придания приятного вкуса и запаха.

Выбор зубной пасты в зависимости от возраста и состояния полости рта:

Для детей: Для детей обычно рекомендуется использовать специальные детские зубные пасты с низким содержанием фторида, чтобы предотвратить случайное проглатывание больших количеств фторида. Также важно обучать детей правильной технике чистки зубов.

Для взрослых: Взрослые могут выбирать зубные пасты в зависимости от своих конкретных потребностей, такие как против кариеса, против зубного налета, против чувствительности или отбеливающие пасты.

Для пожилых: Пожилым людям может потребоваться зубная паста, которая помогает укрепить слабеющую эмаль и предотвратить кариес и чувствительность зубов.

Для людей с специфическими проблемами: Люди с конкретными проблемами, такими как пародонтит или ксеростомия (сухость во рту), могут нуждаться в специализированных зубных пастах, которые помогут улучшить их состояние.

21. Дополнительные средства гигиены полости рта. Классификация. Общие требования, предъявляемые к средствам гигиены. Показания к применению.

Ответ:

Общие требования, предъявляемые к средствам гигиены полости рта:

1. Эффективность: Средства должны быть эффективными в удалении налета, остатков пищи и микробов, а также в предотвращении зубных заболеваний.
2. Безопасность: Средства не должны вызывать раздражение или аллергические реакции. Они также должны быть безопасными для проглатывания, как это часто происходит с зубной пастой.
3. Комфорт при использовании: Средства должны быть удобными для использования, не вызывать боли или дискомфорта.
4. Подход к индивидуальным потребностям: Пациенты с разными потребностями могут требовать различных средств, например, те, кто страдают от чувствительных зубов, могут нуждаться в специальных зубных пастах.

Показания к применению средств гигиены полости рта:

1. Ежедневная гигиена: Для поддержания здоровья полости рта и предотвращения зубных заболеваний.

2. После приема пищи: Для удаления остатков пищи и предотвращения образования налета.
3. При наличии патологий полости рта: Пациенты с пародонтитом, кариесом, гиперчувствительности зубов и другими заболеваниями полости рта могут использовать специализированные средства.

22. Гигиена полости рта и ее роль в профилактике кариеса и болезней пародонта. Профессиональная гигиена полости рта. Методика проведения.

Ответ:

В стоматологических клиниках для удаления неминерализованных зубных отложений применяются полировочные щетки и профессиональные зубные пасты, такие как Detartrine (Septodont), Detartrine fluor (Septodont), Detartrine Z (Septodont) и т.д.

А также для удаления пигментированного налета применяется воздушно-абразивный метод профессиональной гигиены – air-flow.

Удаление зубного камня ультразвуком производится с помощью специального скалера, который позволяет убрать не только видимые отложения, но и скрытые под десной. Помимо этого, ультразвук убирает все скопившиеся в ротовой полости бактерии. В местах, где зубная эмаль истончилась, пациент может испытывать болевые ощущения, поэтому часто во время этой процедуры делают местную анестезию с помощью специальных составов, которые наносят на зубы. Следует отметить, что удаление зубного камня ультразвуком — наиболее распространенный метод борьбы с отложениями на зубах.

23. Неминерализованные зубные отложения. Методы выявления. Их роль в процессах физиологии и патологии в полости рта.

Ответ:

В настоящее время зубные отложения рассматривают как один из многих вариантов биопленки, поэтому в литературе можно встретить термины «зубная биопленка», «дентальный биофильм» - как синонимы термина «зубной налет». Зубные отложения классифицируют по локализации, структуре и свойствам. По отношению к десневому краю различают над- и поддесневые зубные отложения. В связи с кариесом чаще идет речь о наддесневых зубных отложениях.

Кутикула- или редуцированный эпителий эмалевого органа, теряется вскоре после прорезывания, поэтому существенной роли в физиологии зуба не играет. Это образование, выявленное, в основном, в подповерхностном слое эмали, местами выходит на поверхность в виде микроскопической пленки. В некоторых местах кутикула в виде трубочки доходит до эмалево-дентинного соединения..

Пелликула — первый слой приобретенных ЗО. Является производным гликопротеинов ротовой жидкости. Имеет трехслойное строение, химически связана с эмалью. Являясь полупроницаемой мембраной, обеспечивает трофику, созревание и реминерализацию эмали. Неровная поверхность пелликулы способствует присоединению следующих слоев ЗО. Наддесневая зубная бляшка (зубной налет) — скопление бактерий в матриксе органических веществ, главным образом протеинов и полисахаридов, приносимых туда слюной и продуцируемых самими микроорганизмами.

Процесс образования ЗБ состоит из 3-х фаз: инициальная колонизация (происходит в 3 этапа), быстрый бактериальный рост, обновление налета. Зубной налет часто называют микробным налетом, т.к. микроорганизмы составляют 70% его массы. Видовой состав ЗБ разнообразен и изменяется по мере формирования, роста и созревания ЗБ, что определяется условиями существования (доступ кислорода, углеводов, кислотность среды).

24. Зубной камень. Методы выявления. Методы и средства удаления зубного камня.

Ответ:

Кальцификация зубного налета приводит к образованию зубного камня (твердых отложений различной консистенции и окраски).

Зубной камень содержит минералы фосфата кальция, которые откладываются как внутри бактерий налета, так и между ними, а затем вновь покрываются слоем зубного налета. Кристаллы фосфата кальция тесно связаны с поверхностью эмали, и иногда, особенно при наличии деминерализации, трудно определить, где кончается эмаль и начинается камень. Органическая часть камня представляет собой комплекс, включающий клетки эпителия, лейкоциты, микроорганизмы, остатки пищи.

Отложение камня происходит как в поддесневой, так и в наддесневой области, иногда достигая значительной толщины. В образовании наддесневого зубного камня участвуют минералы, поступающие из слюны; поддесневого — из десневой жидкости.

Для обнаружения зубных отложений используют: осмотр, осмотр после высушивания поверхности зубов воздушной струей, зондирование, осмотр после окрашивания

Высушивание позволяет устранить маскирующий блеск ротовой жидкости, после чего можно различить одинаково окрашенную матовую поверхность зубных отложений и блестящую поверхность эмали. Зондирование плотного налета и мягкого зубного налета — это, по существу, соскребание отложений кончиком зонда. Тактильные ощущения, получаемые при зондировании, нужны для обнаружения зубного камня: камень определяется как неровная, менее плотная, чем эмаль, поверхность, которая может заканчиваться «обрывом».

Методика удаления зубного камня

Удалению зубного камня предшествует орошение полости рта растворами слабых антисептиков, удаление мягких зубных отложений. При необходимости следует провести местное аппликационное или инъекционное обезболивание.

При механическом способе удаление наддесневого зубного камня проводят ручными инструментами — скалерами и кюретами, а так же с помощью акустических систем — звуковых и ультразвуковых аппаратом. При ручном методе удаления наддесневого зубного камня используют скалеры, начиная с вестибулярной поверхности зубов, затем переходя на контактные поверхности. Завершают этап на оральной поверхности зубов. После удаления наддесневого камня переходят к удалению поддесневого, очищая поверхности корней зубов в той же последовательности. При этом используют кюреты различных конфигураций (например, зоноспецифические кюреты Грейси), поскольку они имеют закругленный кончик рабочей части и не травмируют слизистую десны. Физический способ подразумевает удаление зубного камня с помощью акустических систем. При этом используются ультразвуковые, звуковые электромагнитные колебания. Данный способ часто комбинируют с ручной методикой удаления зубного камня. Мелкие остатки зубного камня удаляют вручную и затем полируют поверхности зубов.

Наряду с механическим и физическим используется и химический способ удаления зубного камня. В составе используемых средств содержится небольшая концентрация кислоты, помогающая размягчить твердые зубные отложения. Отрицательным моментом данного способа является то, что кислоты могут растворять не только зубные камни, но и негативно воздействовать на зуб и мягкие ткани, окружающие зуб. Химический способ всегда используется в комбинации с механическим.

Часто после удаления зубного камня проводят аппликацию десны лекарственными препаратами. Эти препараты могут обладать

противовоспалительным, антисептическим, антимикробным или эпителизирующим действием.

25. Гипоплазия эмали. Профилактика системной и местной гипоплазии. Флюороз. Этиология, клиника, диагностика.

Ответ:

Гипоплазия (hypoplasia) — порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.

Гипоплазия тканей зуба возникает при нарушении метаболических процессов в зачатках зубов под влиянием нарушения минерального и белкового обмена в организме плода или ребенка, либо вследствие действующего на зачаток зуба фактора. Недоразвитие эмали при гипоплазии необратимо. Часто гипоплазия эмали сопровождается нарушениями строения дентина и пульпы зуба.

Гипоплазия молочных зубов, формирующихся во внутриутробный период, обусловлена нарушениями в организме беременной, а гипоплазия постоянных зубов, которые начинают формироваться на 5—6-м месяце жизни ребенка, — нарушениями обменных процессов в детском организме

Гипоплазию твердых тканей зубов, формирующихся в один и тот же промежуток времени, называют системной, гипоплазию одиночного зуба — местной.

Клинически различают три формы системной гипоплазии эмали:

- 1) изменение цвета;
- 2) недоразвитие;
- 3) отсутствие.

Разделяют несколько форм гипоплазии эмали:

- 1) Легкая форма гипоплазии — пятнистая форма; Характерной особенностью пятна при гипоплазии является то, что наружный слой эмали не окрашивается красителями. В течение жизни размеры, форма и цвет пятна обычно не изменяются.

Более тяжелые формы гипоплазии эмали характеризуются дефектом структуры эмали. К ним относятся:

- 1) Волнистая форма гипоплазии, когда при осмотре можно различить небольшие валики, между которыми имеются покрытые неизменной эмалью углубления.
- 2) Бороздчатая форма гипоплазии эмали, которая проявляется в виде одиночной поперечной борозды на коронке (перехват);
- 3) Лестничная форма, когда на всей высоте коронки некоторых групп зубов имеются борозды.
- 4) Аплазия эмали — полное отсутствие эмали на определенном участке зуба

Одной из разновидностей системой гипоплазии являются зубы Гетчинсона, Пфлюгера и Фурнье, коронки которых имеют своеобразную форму.

Диагностика гипоплазии:

Гипоплазию эмали дифференцируют от начального и поверхностного кариеса.

При начальном кариесе белое пятно обычно одиночное, располагается у шейки зуба, а при гипоплазии белые пятна множественные и локализуются на любом участке коронки. Кроме того, при гипоплазии пятно не окрашивается 2% раствором метиленового синего, а при кариесе окрашивается.

При гипоплазии поверхность эмали гладкая, а при поверхностном кариесе шероховатая (выявляют при зондировании), целостность ее нарушена.

Профилактика.

Профилактика системной гипоплазии состоит в предупреждении системных заболеваний, сопровождающихся выраженным нарушением обменных процессов.

Местная гипоплазия — это нарушение образования эмали на постоянных зубах в результате вовлечения в воспалительный процесс зачатков зубов или механической травмы развивающегося фолликула. Данная патология проявляется в виде пятен или, чаще, точечных углублений, располагающихся на всех поверхностях зуба. В тяжелых случаях может наблюдаться аплазия (отсутствие) эмали. Иногда эмаль коронки зуба частично или полностью отсутствует. Такие зубы получили название «зубы Тернера».

Чаще встречается местная гипоплазия постоянных зубов, зачатки которых располагаются между корнями молочных зубов. Заболевание можно предупредить путем широкого проведения мероприятий по профилактике кариеса молочных зубов или лечения их на ранней стадии, чтобы не допустить

возникновения воспаления периодонта. Так же раннее ортодонтическое лечение будет одним из звеньев профилактики травм молочных зубов.

Флюороз. Этиология, клиника, диагностика.

Флюороз — эндемическое заболевание, возникающее вследствие воздействия на организм повышенных концентраций фтора.

Предполагается, что высокая концентрация соединений фтора оказывает токсическое воздействие на амелобласты, что ведет к нарушению формирования эмали. В местностях с умеренным климатом флюороз наблюдается при концентрации фтора в питьевой воде, превышающей 1 мг\л.

Клиническая картина.

Согласно классификации В.К. Патрикеева в зависимости от тяжести проявления флюороза зубов различают:

- Штриховую форму
- Пятнистую
- Меловидно-крапчатую
- Эрозивную
- Деструктивную

Штриховая форма флюороза характеризуется появлением небольших меловидных полосок — штрихов, расположенных в подповерхностных слоях эмали. Полоски могут быть обозначены хорошо, но часто они выражены слабо и проявляются при высушивании поверхности зуба. Слияние полосок приводит к образованию пятна, в котором все же различимы полоски. Штриховая форма чаще наблюдается на вестибулярных поверхностях резцов верхней, реже — нижней челюсти.

Пятнистая форма характеризуется наличием хорошо выраженных меловидных пятен без полосок. Меловидные пятна множественные, расположены по всем поверхностям зубов. Иногда они, сливаясь, образуют пятно большого размера. Иногда изменяется цвет участка поражения — пятно становится светло-коричневым.

Меловидно-крапчатая форма характеризуется значительным многообразием проявлений. Обычно эмаль на всех поверхностях зубов имеет матовый оттенок, а на этом фоне видны хорошо очерченные пигментированные пятна. Иногда эмаль желтоватая, с наличием множества пятен и точек. В некоторых

случаях вместо точек имеются поверхностные поражения с убылью эмали (диаметром 1,0—1,5 мм и глубиной ,1—0,2 мм) — крапинки. Дно их светло-желтого или темного цвета.

Эрозивная форма характеризуется тем, что на фоне выраженной пигментации эмали имеются значительные участки, на которых она отсутствует, дефекты разной формы — эрозии. При эрозивной форме выражено стирание эмали и дентина.

Деструктивная форма характеризуется изменением формы коронок зубов вследствие эрозивного разрушения и стирания твердых тканей .Эта форма наблюдается в районах, в водоисточниках которых содержание фтора более 10 мг/л. При данной форме ткани зуба хрупкие, нередко наблюдается их отлом, однако полость зуба не вскрывается благодаря отложению заместительного дентина.

Дифференциальная диагностика

Флюороз на стадии пятна дифференцируют от кариеса, для которого характерно одиночное поражение на типичных для кариеса участках. При флюорозе поражения множественные. Кроме того, флюороз проявляется с момента прорезывания зубов. Легкие формы флюороза сходны также с пятнистой формой гипоплазии эмали. Более тяжелые формы флюороза, сопровождающиеся образованием эрозий и других дефектов коронки зуба, следует отличать от обширного круга образований кариозного и не кариозного происхождения: поверхностного кариеса, эрозий, некроза, клиновидного дефекта и др.

Профилактика.

Профилактика флюороза должна проводиться везде, где установлено повышенное содержание фтора в источниках водоснабжения, особенно в районах с концентрацией его в воде более 2 мг/л. Профилактические мероприятия делятся на коллективные, направленные на уменьшение содержания фтора в питьевой воде, и меры индивидуальной профилактики.

Уменьшение количества фтора в питьевой воде может быть достигнуто путем замены водоисточника. Существуют методики очистки питьевой воды от избытка фтора.

Индивидуальные меры профилактики необходимо применять с момента рождения ребенка. В первую очередь следует избегать искусственного вскармливания и раннего введения прикорма. Клинические наблюдения показали, что дополнительное введение в пищу витаминов С,D, глюконата

кальция в значительной степени уменьшает проявление флюороза. Важное значение имеет пищевой рацион. Особо важное значение в профилактике флюороза имеет вывоз детей на летний период из эндемичного района.

26. Отбеливание зубов. Методы и средства. Профилактические мероприятия при отбеливании зубов.

Ответ:

Методы профессионального отбеливания

К профессиональным методам относятся витальное (наружное) отбеливание и отбеливание депульпированных зубов (внутреннее). Для профессионального наружного (витального) отбеливания применяют 30 %-ную перекись водорода. При наружном отбеливании на изолированную поверхность зубного ряда наносят отбеливающее средство. Курс может включать несколько сеансов, хотя отбеливающий эффект обычно виден уже в первое посещение.

К офисному отбеливанию может быть добавлен катализатор — лазерная или ультрафиолетовая лампа.

Отбеливание депульпированных зубов

Успех отбеливания депульпированных зубов зависит от нескольких факторов. Прежде всего, зуб должен иметь хорошо obturированные каналы, уровень obtурации — на 1 мм выше (коронально) уровня эпителиального прикрепления. В противном случае повышается вероятность возникновения осложнений после эндодонтического лечения. Другим важным моментом является целостность корневой части зуба. Если зуб имеет большие кариозные полости или пломбы, то более эффективным методом лечения является изготовление искусственной коронки или фарфорового винира.

В клинике для отбеливания депульпированных зубов традиционно применяют 2 отбеливающих вещества: 35 %-ную перекись водорода. Раскрывают полость зуба, помещают изолирующий материал на устье каналов, на него помещают ватный шарик с отбеливающим веществом. Зуб закрывают ремённой пломбой и наблюдают. При необходимости процедуру можно повторить.

Домашнее отбеливание

Многие пациенты предпочитают отбеливание в домашних условиях, которое является более экономичным и обеспечивает хорошие результаты. Для отбеливания в домашних условиях обычно используют 10–16 %-ный пероксид

карбамида. Чаще всего средства для домашнего отбеливания выпускаются в виде вязкого геля, который накладывают на зубы с помощью индивидуально изготовленной или стандартной каппы.

27. Кариесогенная ситуация в полости рта. Методы выявления и способы ее устранения.

Ответ:

Кариесогенная Ситуация (Леонтьев В.К.) — это состояние пониженной резистентности зубных тканей кариесогенным воздействиям в результате нарушения неспецифической резистентности организма в результате перенесенных и сопутствующих заболеваний.

Течение кариеса при кариесогенной ситуации: быстрота процесса, декомпенсированная форма кариеса, острый кариес.

Кариесогенные факторы:

• Общие • местные

Общие кариесогенные факторы: 1. Неполноценная диета 2. Сниженное содержание фтора в питьевой воде (0,8-1,2 мг/л) и зубных пастах

3. Соматические заболевания 4. Экстремальные воздействия на организм.

б. Стресс 4. Наследственность, обуславливающая неполноценность структуры и химический состав тканей зуба. Неблагоприятный генетический код.

Местные кариесогенные факторы:

Микроорганизмы и зубной налет, нарушение свойств и состава ротовой жидкости.

28. Методы локальной профилактики кариеса. Задачи реминерализующей терапии. Средства, содержащие кальций, фторид натрия, используемые для этого метода.

Ответ:

Локальная профилактика кариеса включает методы и средства, которые применяются на поверхности зубов для предотвращения развития или замедления прогрессирования кариеса. Некоторые из этих методов включают:

1. Фторирование: Фторид натрия или другие фторидные препараты могут быть применены в виде фторидных лаков или гелей. Фториды помогают восстановить структуры гидроксиапатита в эмали зубов и снизить риск развития кариеса.

2. Герметизация фиссур: Это материал, который наносится на жевательные поверхности зубов для защиты глубоких бороздок (фиссур) от скопления налета и кариогенных бактерий. Он помогает предотвратить развитие кариеса в местах, где зубная щетка трудно достигает.

3. Кальций и фосфаты: Некоторые средства содержат кальций и фосфаты, которые реминерализации. Эти средства могут быть использованы в виде зубной пасты, геля или ополаскивателя.

Задачей реминерализирующей терапии является восстановление минералов в разрушенных или деминерализованных областях эмали зубов. Она направлена на укрепление и восстановление структуры зубов перед тем, как кариес достигнет стадии, требующей активного лечения.

Важно отметить, что выбор метода и средств для локальной профилактики и реминерализации кариеса должен осуществляться индивидуально с учетом состояния зубов.

29. Роль и значение фторидов в организме. Роль фторидов в профилактике кариеса. Методики фторирования зубов.

Ответ:

Фториды играют важную роль в организме человека и имеют особое значение в профилактике кариеса зубов. Вот несколько основных аспектов, связанных с ролью и значением фторидов:

1. Укрепление эмали: Фториды помогают укрепить эмаль зубов и сделать ее более устойчивой к действию кислот и вредных бактерий. Они способствуют образованию фторапатита, что повышает кислотостойкость эмали.

2. Реминерализация: Фториды способствуют процессу реминерализации – восстановлению минералов в структуре зубной эмали, которые были разрушены кислотами. Это позволяет предотвратить дальнейшее развитие кариеса и укрепить поврежденную эмаль.

3. Профилактика кариеса: Фториды препятствуют развитию зубного кариеса путем уменьшения числа и активности кислотообразующих бактерий в полости рта. Они также способствуют снижению скорости разрушения эмали и защищают зубы от образования вредных кариозных процессов.

Методики фторирования зубов:

1. Фторирование пастами и гелевыми средствами: Это наиболее распространенный и доступный способ применения фтора для профилактики кариеса. Фторсодержащие пасты и гели массируют на зубы с помощью зубной щетки, что позволяет фторидам вступить во взаимодействие с эмалью и укрепить ее.
2. Фторирование водой: Некоторые регионы добавляют фториды в питьевую воду с целью повышения общей концентрации фтора в организме и предотвращения кариеса. Этот метод широко используется в общественном здравоохранении.
3. Фторирование в клиниках стоматологии: В некоторых случаях врачи могут применять специальные профессиональные формы фторидов, которые наносятся на зубы с помощью щетки, флюоридного лака или специальной щели.

Важно помнить, что уровень потребления фтора должен быть в пределах безопасных доз, чтобы избежать флюороза и возможных осложнений.

30. Методы и средства эндогенной профилактики кариеса.

Ответ:

Эндогенная профилактика кариеса — это использование внутренних, естественных механизмов организма для защиты зубов от развития кариеса. Вот несколько методов и средств эндогенной профилактики кариеса:

1. Фториды: Фториды являются ключевым средством эндогенной профилактики кариеса. Они способствуют реминерализации эмали зубов, укреплению структуры зубов и снижению риска развития кариеса. Фториды можно получать из питьевой воды, особенно с применением фторированной воды.
2. Рацион питания: Здоровое питание, богатое питательными веществами, витаминами и минералами, играет важную роль в эндогенной профилактике кариеса. Особенно важно потреблять продукты, богатые кальцием и фосфором, такие как молочные продукты, рыба, орехи и зеленые овощи.
3. Слюна: Слюна играет важную роль в эндогенной профилактике кариеса, так как содержит природные защитные факторы. Она помогает в очищении полости рта от остатков пищи и предотвращает скопление бактерий. Поэтому

также важно поддерживать нормальное выделение слюны, пить достаточное количество воды.

4. Отказ от вредных привычек: Курение и употребление алкоголя могут негативно влиять на здоровье зубов и способствовать развитию кариеса. Поэтому отказ от этих вредных привычек также является важным аспектом эндогенной профилактики кариеса.

Все эти методы и средства эндогенной профилактики кариеса могут помочь снизить риск развития кариеса и поддерживать здоровье зубов на протяжении всей жизни. Рекомендуется также регулярно посещать стоматолога для профессиональной оценки и профилактического ухода за зубами.

31. Питание и его роль в профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Ответ:

Правильное питание играет важную роль в профилактике стоматологических заболеваний у детей. Вот несколько аспектов, связанных с питанием и его влиянием на стоматологическое здоровье детей:

1. Ограничение потребления сахара: Избыток сахара в пище может способствовать развитию кариеса. Бактерии в полости рта питаются сахаром и выделяют кислоты, которые разрушают эмаль зубов. Поэтому важно ограничивать потребление сладостей, газированных напитков, сахаристых соков и других продуктов, богатых сахаром.

2. Питание, богатое питательными веществами: Рацион должен включать разнообразные пищевые продукты, которые содержат необходимые витамины, минералы и другие питательные вещества для здоровья зубов и десен. Особенно важны кальций, фосфор, витамин D, витамин C и железо.

3. Потребление свежих фруктов и овощей: Фрукты и овощи богаты водой и волокнами, которые помогают удалять остатки пищи из полости рта и стимулируют выработку слюны, нейтрализующей кислоты.

4. Правильная техника жевания: Правильное жевание способствует активному смыванию остатков пищи с поверхности зубов и массажу десен. Это помогает предотвратить образование зубного налета и кариеса.

Важно отметить, что помимо питания, необходимо регулярно посещать стоматолога для профилактических осмотров и консультаций. Только комплексный подход и сочетание правильного питания и ухода за полостью

рта позволят поддерживать стоматологическое здоровье детей на высоком уровне

32. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных, как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста.

Ответ:

Профилактика стоматологических заболеваний у беременных играет важную роль в формировании стоматологического здоровья детей раннего возраста. Вот несколько ключевых аспектов, связанных с профилактикой стоматологических проблем у беременных и ее влиянием на здоровье детей:

1. Регулярные посещения стоматолога: Беременные должны посещать стоматолога на ранних стадиях беременности и регулярно проходить осмотр (1 раз в три месяца). Стоматолог сможет оценить состояние зубов и тканей пародонта, провести необходимые профилактические мероприятия и дать рекомендации по уходу за полостью рта.
2. Устранение стоматологических проблем до беременности: Рекомендуется решить все стоматологические проблемы, такие как кариес, пародонтит до начала беременности. Это связано с тем, что во время беременности возможны ограничения в лечении и использовании некоторых лекарственных препаратов.
3. Регулярная гигиена полости рта: Беременные должны обратить особое внимание на уход за полостью рта. Рекомендуется чистить зубы два раза в день фторсодержащей зубной пастой и использовать зубную нить для удаления налета и остатков пищи.
4. Здоровое питание: Правильное питание является основой здоровья как для матери, так и для ребенка. Беременным женщинам рекомендуется употреблять пищу, богатую витаминами и минералами, особенно кальцием, фосфором и витамином D, которые важны для здоровья зубов и костей.
5. Избегание вредных привычек: Курение и употребление алкоголя во время беременности вредны не только для здоровья ребенка в целом, но также для его стоматологического здоровья. Рекомендуется полностью избегать этих вредных привычек, чтобы предотвратить потенциальные проблемы со здоровьем зубов и десен ребенка.
6. Посещение стоматолога после рождения ребенка: После рождения ребенка рекомендуется продолжать поддерживать регулярные визиты к стоматологу, как для себя, так и для ребенка. Стоматологическое здоровье младенца можно начать обеспечивать уже с момента появления первого зуба.

Соблюдение этих мер поможет сохранить стоматологическое здоровье беременных женщин и создать благоприятную основу для здоровья зубов и десен детей в раннем возрасте.

33. Герметизация фиссур зубов, показания к проведению, материалы для герметизации фиссур.

Ответ:

Герметизация фиссур — метод профилактики кариеса у детей, при котором гипоминерализованные фиссуры покрываются материалами (СИЦ, силанты, компомеры) для создания барьера от попадания в фиссур пищи и бактерии

Герметизация разделяется на инвазивную и неинвазивную

Неинвазивная герметизация:

Показания:

- Возрастные:
 - о 6-7 лет – для первых постоянных моляров
 - о 10-11 лет – для премоляров
 - о 12-13 лет – для вторых постоянных моляров
- Анатомические особенности жевательной поверхности: наличие глубоких и с выраженным рельефом фиссур и ямок, недоступных для очищения зубной щёткой
- Отсутствие контакта с зубом-антагонистом
- Низкий уровень гигиены полости рта
- Наличие очага начального кариеса эмали в активной стадии на жевательной поверхности

Противопоказания:

- Абсолютные:
 - о Кариес дентина
- Относительные:
 - о Кариес эмали

- о Отсутствие выраженных ямок и фиссур жевательной поверхности, а также интактные фиссуры в течение нескольких лет после прорезывания зубов
- о Полное прорезывание жевательной поверхности зуба

Этапы герметизации фиссур силантом:

- Очищение жевательной поверхности зуба щёткой и пастой
- Изоляция зуба от слюны
- Тщательное высушивание поверхности зуба
- Протравливание эмали фиссуры 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 20-30 секунд
- Удаление кислоты с пов-ти зуба струёй воды
- Повторная изоляция зуба от слюны ватными валиками и слюноотсосом
- Высушивание протравленной пов-ти воздухом
- Нанесение герметика тонким слоем по всей фиссурно-ямочной сети жевательной пов-ти, его распределение с помощью зонда или тонкой гладилки, исключая образование пузырьков воздуха
- Полимеризация герметика
- Выверение окклюзионных контактов с помощью артикуляционной бумаги
- Устранение суперконтактов
- Полирование

Этапы герметизации фиссур СИЦ:

- Очищение жевательной поверхности зуба щёткой и пастой
- Изоляция зуба от слюны
- Тщательное высушивание поверхности зуба
- Подготовка материала – замешивание СИЦ
- Нанесение СИЦ на очищенную и высушенную жевательную пов-ть
- Распределение материала в фиссуре
- Покрытие пов-ти материала защитным лаком

- Затвердевание СИЦ
- Удаление излишков материала для обеспечения нормальной окклюзии

Инвазивная герметизация фиссур. Показания, материалы, методика проведения

Ответ:

Показания:

- Возрастные:
 - о 6-7 лет – для первых постоянных моляров
 - о 10-11 лет – для премоляров
 - о 12-13 лет – для вторых постоянных моляров
- Анатомические особенности жевательной поверхности: наличие глубоких и с выраженным рельефом фиссур и ямок, недоступных для очищения зубной щёткой
- Отсутствие контакта с зубом-антагонистом
- Низкий уровень гигиены полости рта
- Наличие очага начального кариеса эмали в активной стадии на жевательной поверхности

Противопоказания:

- Абсолютные:
 - о Кариес дентина
- Относительные:
 - о Кариес эмали
 - о Отсутствие выраженных ямок и фиссур жевательной поверхности, а также интактные фиссуры в течение нескольких лет после прорезывания зубов
 - о Полное прорезывание жевательной поверхности зуба

Этапы герметизации фиссур силантом:

- Очищение жевательной поверхности зуба щёткой и пастой
- Изоляция зуба от слюны

- Тщательное высушивание поверхности зуба
- Расширение фиссуры в пределах эмали алмазным бором копьевидной формы
- Протравливание эмали фиссуры 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 20-30 секунд
- Удаление кислоты с пов-ти зуба струёй воды
- Повторная изоляция зуба от слюны ватными валиками и слюноотсосом
- Высушивание протравленной пов-ти воздухом
- Нанесение герметика тонким слоем по всей фиссурно-ямочной сети жевательной пов-ти, его распределение с помощью зонда или тонкой гладилки, исключая образование пузырьков воздуха
- Полимеризация герметика
- Выверение окклюзионных контактов с помощью артикуляционной бумаги
- Устранение суперконтактов
- Полирование

Этапы герметизации фиссур СИЦ:

- Очищение жевательной поверхности зуба щёткой и пастой
- Изоляция зуба от слюны
- Тщательное высушивание поверхности зуба
- Расширение фиссуры в пределах эмали алмазным бором копьевидной формы
- Подготовка материала – замешивание СИЦ
- Нанесение СИЦ на очищенную и высушенную жевательную пов-ть
- Распределение материала в фиссуре
- Покрытие пов-ти материала защитным лаком
- Затвердевание СИЦ
- Удаление излишков материала для обеспечения нормальной окклюзии

34. Галитоз. Причина возникновения. Классификация галитоза. Методы и средства профилактики галитоза. Профилактика и лечение истинного патологического галитоза.

Ответ:

Галитоз – термин, используемый для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком. **КЛАССИФИКАЦИЯ** Выделяют следующие формы галитоза: истинный галитоз, псевдогалитоз, галитофобия. • Истинный галитоз — присутствие неприятного запаха. Бывает физиологическим и патологическим -Физиологический — отсутствие патологических состояний: –недостаточная гигиена полости рта, источник — задний отдел спинки языка; –связь с приёмом пищи. -Патологический: – оральный — вызван патологическим состоянием полости рта или налётом на языке, осложняющим какой-либо патологический процесс; –экстраоральный — может иметь носовое, околоносное, гортанное происхождение, происходить из лёгких или верхних отделов ЖКТ; источником экстраорального галитоза могут быть и пахучие вещества, растворённые в крови.

• Псевдогалитоз: -пациент жалуется на запах, окружающие отрицают его наличие; -состояние улучшается при консультировании. • Галитофобия — ощущение пациентом неприятного запаха сохраняется после успешного лечения, но не подтверждается при обследовании. В основу профилактики входит нормализация индивидуальной гигиены полости рта, санация полости рта, санация ЛОР-органов, подбор средств гигиены, который включает в себя средства для чистки языка

35. Биохимические основы галитоза. Этиология и патогенез галитоза. Условия продукции ЛСС (летучих сернистых соединений) в полости рта.

Ответ:

К одорантам, обуславливающим галитоз, принято относить летучие сернистые соединения (ЛСС): сероводород, диметилсульфид, метилмеркаптан, диметилдисульфид, аллилмеркаптан, пропилмеркаптан, карбондисульфид; амины: путресцин, кадаверин, диметиламин, триметиламин; аммиак. Основой неприятного запаха при физиологическом галитозе являются сероводород, метилмеркаптан и диметилсульфид. ЛСС являются продуктом анаэробного микробиологического расщепления серосодержащих аминокислот (цистеина, цистина, метионина). Эти аминокислоты находятся в слюне и десневой

жидкости в свободном состоянии, а также появляются здесь в результате протеолиза белков, осуществляемого ферментами слюны и микроорганизмов; белки, в свою очередь, являются продуктом микробной дегликопротеинизации гликопротеидов — муцина, компонентов эпителиоцитов, клеток и плазмы крови.

36. Премедикация, классификация. Показания к применению. Седация у детей.

Ответ:

Премедикация — медикаментозная подготовка пациента к лечебным манипуляциям, направленная на уменьшение страха перед лечением и снижение уровня психоэмоционального напряжения.

Премедикация разделяется на два типа: специфическую и неспецифическую.

Неспецифическая премедикация направлена на устранение страха стоматологического вмешательства, тревожности, а также профилактику инфекционных заболеваний после вмешательства и снижения риска аллергических реакций

Специфическая премедикация направлена на снижение риска возникновения осложнений системных заболеваний пациента во время стоматологического вмешательства

Седация у детей может быть местной и общей. Местная применяется с помощью закиси азота, тогда как общая (наркоз) чаще всего выполняется при помощи севорана

37. Профилактика боли в стоматологии. Невралгические боли, боли неизвестной этиологии.

Ответ:

Профилактика боли в стоматологии играет важную роль в обеспечении комфортного и безболезненного опыта для пациента. Неврологическая боль (боль, связанная с нервной системой) и боли неизвестной этиологии (происхождения) могут быть сложными для диагностики и лечения. Однако существуют некоторые подходы к их профилактике.

1. Регулярные осмотры и консультации: Регулярные посещения стоматолога помогут выявить проблемы заболеваниями нервной системы в ранней стадии. Врач сможет предложить соответствующее лечение и профилактические меры для предотвращения развития болевых симптомов.

2. Соблюдение хорошей гигиены полости рта: Регулярная и правильная гигиена полости рта может помочь предотвратить развитие стоматологических проблем, которые могут привести к неврологическим болям.

3. Предупреждение повреждений нервной системы.

4. Контроль стресса: Стресс может быть связан с возникновением и усилением болевых ощущений.

Важно помнить, что профилактика боли в стоматологии может быть индивидуальной и зависит от особенностей каждого пациента. Обратитесь к своему стоматологу для получения индивидуальных рекомендаций и лечения, особенно если у вас имеются неврологические боли или боли неизвестной этиологии.

38. Строение и функции ВНЧС. Профилактика заболеваний ВНЧС.

Ответ:

Височно-нижнечелюстной сустав — парный комбинированный сустав, соединяющий нижнюю челюсть с основанием черепа. Образован головкой нижнечелюстной кости и нижнечелюстной ямкой височной кости.

Главные элементы строения височно нижнечелюстного сустава:

- Мыщелок нижней челюсти
- Височная кость— суставная ямка и суставной бугорок
- Капсула.
- Суставной диск.
- Связки.

Функции: Левый и правый височно-нижнечелюстной сустав работают одновременно, если нет врожденных или механических дефектов.

Первичная профилактика дегенеративных заболеваний ВНЧС заключается в своевременном лечении кариеса и ортодонтическом лечении.

Вторичная профилактика дегенеративных заболеваний чаще всего реализуется с помощью сплинов и окклюзионных шин и включает в себя ограничение нагрузки на ВНЧС, поддержание двигательной активности на протяжении всей жизни, коррекцию нарушений биомеханики сустава, исключение травмы сустава.

39. Окклюзия. Влияние окклюзионной плоскости на распределение жевательной нагрузки.

Ответ:

Окклюзионная плоскость — важный элемент в функционировании ЗЧС. Важно помнить о наличии кривых Уилсона и Шпее и их глубины и формы при протезировании и при ортодонтическом лечении. Распределение жевательной нагрузки при нормальном положении окклюзионной плоскости гарантирует более правильное распределение жевательной нагрузки, тем самым снижает риск развития болезней твердых тканей зубов и пародонта.

40. Бруксизм - определение, основные этиологические факторы, патогенез, клиническая картина, профилактические мероприятия

Бруксизм — пароксизмальный скрежет зубами, возникающий вследствие спазма жевательных мышц, стискивания челюстей и их интенсивного движения относительно друг друга.

В период молочного прикуса (от момента прорезывания зубов до 7 лет) бруксизм встречается примерно у половины детей; распространенность проблемы среди взрослых составляет 5-10%. О бруксизме у детей и взрослых говорят в том случае, если скрип и скрежет зубами возникает во время сна; если данные проявления случаются в дневное время, такое состояние расценивается как бруксиомания. Бруксизм и бруксиомания относятся к парафункциям жевательных мышц (оральным парафункциям).

Поскольку в основе развития бруксизма может лежать комплекс различных причин и их сочетание, данная проблема изучается не только в рамках стоматологии, но также психологии, неврологии, отоларингологии, гастроэнтерологии.

1. Неврогенная теория бруксизма рассматривает проблему с точки зрения нарушения деятельности центральной и периферической систем, приводящих к неврологическим и двигательным расстройствам. Замечено, что бруксизм нередко сочетается с нарушениями сна (сомнамбулизмом, храпом, ночными кошмарами, апноэ во сне), тремором, энурезом, эпилепсией. Кроме этого, такие состояния, как тризм и бруксизм могут развиваться вследствие тонического напряжения жевательной мускулатуры при поражении двигательных нейронов тройничного нерва.
2. Стоматологическая теория основывается на том, что возникновению бруксизма способствуют различные отклонения в строении и

функционировании зубочелюстной системы: неправильный прикус, аномалии зубов (адентия, сверхкомплектные зубы), плохо подобранные зубные протезы или брекет-системы, некачественное лечение зубов, артроз и артрит ВНЧС и др.

Эпизоды бруксизма, как правило, длятся около 10 секунд, однако за ночь могут повторяться многократно, сопровождаясь звуком скрежета или пощелкивания зубами.

Факт бруксизма обычно устанавливается на основании субъективных жалоб больного и его родственников, а также косвенных признаков, выявляемых стоматологом при осмотре полости рта. Методом объективной диагностики бруксизма служит использование так называемых бруксчекеров – специальных капп, изготовленных на основании слепка и модели челюсти пациента и позволяющих определить наличие окклюзионных препятствий. После ночного ношения каппа передается для анализа в клинику; изучение брукс чекера позволяет стоматологу определить, какие зубы испытывают перегрузку.

Патологическая активность жевательной мускулатуры может быть зарегистрирована в процессе проведения электромиографии или полисомнографии.

Способы терапии бруксизма зависят от его причин и степени. У детей раннего возраста бруксизм обычно не требует специального лечения и приходит самостоятельно к 6-7 годам. У взрослых пациентов максимальный эффект от лечения бруксизма достигается при комплексном подходе с использованием психотерапевтических, медикаментозных, физиотерапевтических и стоматологических методик.

Стоматологическое лечение бруксизма проводится с участием различных специалистов: терапевта, стоматолога-ортопеда, ортодонта, пародонтолога. Оно предполагает изготовление и использование специальных защитных капп из мягкого пластика или резины, по показаниям - избирательное пришлифовывание зубов, исправление прикуса с помощью ортодонтического лечения, замещение отсутствующих зубов протезами или дентальными имплантатами.

Приступать к исправлению эстетических дефектов зубов (реставрации клиновидных дефектов, постановке пломб, установке виниров, постановке коронок, лечению периодонтита и т. д.) следует только после устранения причин и явлений бруксизма.

Профилактика бруксизма предполагает нормализацию психоэмоционального состояния, избавление от вредных привычек, обучение приемам саморасслабления и самомассажа. Важным звеном предупреждения бруксизма служит своевременное устранение заболеваний зубов и нервной системы.

41. Патологическая стираемость, абразивный износ твердых тканей зубов - определение, основные этиологические факторы, патогенез, клиническая картина, профилактические мероприятия.

Ответ:

Патологическая стираемость зубов — патологическое состояние зубочелюстной системы, характеризуется чрезмерной убылью эмали или эмали и дентина всех или только отдельных зубов.

Возникновение патологической стираемости зубов связано с действием различных этиологических факторов.

Условно можно выделить 3 группы причин патологической стираемости зубов

1. функциональная недостаточность твердых тканей зубов;
2. чрезмерное абразивное воздействие на твердые ткани зубов;
3. функциональная перегрузка зубов.

Степень патологической стираемости зубов характеризует глубину поражения:

I степень — поражение не более $\frac{1}{3}$ высоты коронки;

II степень — поражение $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ высоты коронки;

III степень — поражение более $\frac{2}{3}$ коронки зуба.

Клиническая картина патологической стираемости зубов:

- 1) повышенная чувствительность зубов
- 2) Снижение высоты клинической коронки зуба
- 3) Нарушение эстетических параметров

Стираемость может быть генерализованной и локализованной. Профилактика стираемости зубов включает в себя устранение вредных привычек (бруксизм), ношение индивидуальных защитных кап, своевременное ортодонтическое лечение, протезирование.

42. Клиновидный дефект - определение, основные этиологические факторы, патогенез, клиническая картина, профилактические мероприятия при клиновидном дефекте.

Ответ:

Клиновидный дефект — некариозное поражение твердых тканей зубов, характеризующееся убылью эмали на вестибулярной поверхности в форме клина. Вызывает чувствительность зубов. Чаще всего располагается в области премоляров и клыков, реже — на молярах.

К этиологическим факторам относят неправильную чистку зубов (горизонтальные движения), а также функциональную перегрузку зубов и неправильный прикус.

К профилактике клиновидных дефектов относят своевременное ортодонтическое лечение и протезирование, а также обучение индивидуальной гигиене полости рта.

43. Эрозия твердых тканей зубов. Определение. Локализация. Клиническая картина. Степени тяжести.

Ответ:

Эрозия - прогрессирующая убыль эмали и дентина зуба. Зоны поражения располагаются на вестибулярной поверхности и имеют чашеобразную форму. В первую очередь поражаются резцы, реже - клыки и премоляры.

Классификация: По глубине поражения зубов М.Ю. Максимовский разделил эрозию эмали зубов на 3 стадии:

Начальная степень (1) характеризуется поражением поверхностных слоев эмали зубов;

Средняя степень (2) — это глубокое поражение эмали, вплоть до эмаль-дентиновой границы; Глубокая степень (3) характеризуется поражением как эмали зубов, так и дентина более 1/3 поверхности;

Следует отметить, что кроме классификации М.Ю. Максимовского существует классификация Е.В. Боровского, который разделил эрозию зубов на эрозию эмали и эрозию эмали и дентина.

Выделяют следующие факторы риска эрозии зубов:

- употребление цитрусовых фруктов, особенно лимонов, грейпфрутов, соков (более двух раз в день); - употребление газированных прохладительных напитков (4–6 раз/нед. и более), Pepsi, Coca-Cola, Fanta;
- употребление яблочного уксуса (еженедельно или чаще), в том числе с лечебной целью; - скорость слюноотделения нестимулированной слюны — 0,1 мл/мин; - рвота (еженедельно или чаще), булимия, наличие в анамнезе гастроэзофагального рефлюкса.

Употребление кислотосодержащих лекарственных препаратов в виде растворов, например при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, также способствует развитию эрозий зубов

Виды: -профессиональная - у рабочих хим.производств.

- обусловленная диетой (кислые соки, цитрусовые и др) - обусловленная персистирующей регургитацией или рвотой - обусловленная лекарственными средствами и медикаментами - идеопатическая - другого происхождения

Клиническая картина: Поражение имеет симметричный характер. Процесс начинается с появления незначительного углубления на эмали вестибулярной поверхности, которое со временем увеличивается и достигает дентина. Дно очага эрозии желтого цвета, гладкое, блестящее, плотное при зондировании, возможно отложение пигмента. Форма - сначала округлая или овальная - при длительном существовании принимает менее правильные очертания: края постепенно переходят на интактную поверхность коронки зуба. Отличают активную и стабилизированную стадии эрозии, хотя для всех эрозивных поражений тканей зуба характерно хроническое течение. При активной стадии происходит быстрая убыль ткани зуба, сопровождающаяся явлением гиперестезии Стабилизированная стадия - более спокойно текущая.

44. Защитные каппы. Виды капп. Функция капп. Стандартные каппы. Показания к использованию.

Ответ:

Защитная каппа — это гибкое изделие из эластичных материалов, предназначенное для предохранения зубов от травмы в контактных и других видах спорта. Стандартные каппы плохо фиксируются во рту и поэтому их чаще всего делают на обе челюсти. В реальности стандартную каппу можно зафиксировать во рту, только закусив ее зубами. Такое положение во время игры или боя не физиологично и вредит спортсмену. Зажав стандартную каппу челюстями, спортсмен не может правильно дышать, говорить или кричать. Открыв рот, он сразу потеряет каппу. Кроме того, такие каппы для зубов слишком громоздки и некомфортны, могут вызывать рвотный рефлекс. Высота краев или бортиков стандартной каппы значительно ниже, чем у индивидуальных капп, это делается для того чтобы каппа подошла любому спортсмену. Соответственно, стандартные каппы менее эффективны в защиты зубов и полости рта в целом от травм во время занятий спортом. Чаще всего для профилактики травм ЧЛЮ используются защитные каппы индивидуального изготовления, что позволяет лучше защитить спортсмена от травм.

45. Заболевания слизистой оболочки полости рта у взрослых и детей, методы их профилактики.

Ответ:

Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является удаление разрушенных зубов, своевременное пломбирование кариозных полостей, сошлифовывание острых краев зубов, пломб, устранение вредных привычек (прикусывания слизистой щек, губ, языка), изготовление новых и коррекция старых протезов.

Если стоматологическим больным показана лучевая терапия, это может вызвать у них реакцию со стороны слизистой оболочки, выражающуюся в гиперемии, отечности, вплоть до лучевых язв, реакции со стороны слюнных желез. В профилактике уменьшения лучевой реакции слизистой оболочки важное значение приобретает тщательная терапевтическая и хирургическая санация полости рта перед проведением этого лечения, причем пломбировать кариозные зубы необходимо цементом или пластмассой.

В полости рта между разнородными металлами могут возникать электроток, которые сопровождаются различными симптомами со стороны слизистой оболочки полости рта. Профилактикой этого осложнения является изготовление протезов и пломб из однородного металла.

Особое внимание необходимо уделять лицам, которые во время работы соприкасаются с вредными для организма веществами, что вызывает

соответствующие изменения слизистой полости рта. Профилактикой этих болезней является улучшение условий труда, индивидуальная профилактика (постоянный и тщательный уход за полостью рта, тщательное мытье рук перед приемом пищи) и регулярные лечебно-профилактические осмотры стоматологом.

Для предупреждения инфекционных заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта (детские инфекции, туберкулез, сифилис, вирусные, грибковые и др.) необходимо проведение мероприятий, исключающих попадание инфекции в организм. В детских учреждениях врач-стоматолог обязан обучить персонал проведению ежедневных осмотров детей. Для профилактики острого герпетического стоматита всем детям, находившимся в контакте с больным, в течение трех дней дважды в день смазывают слизистую оболочку носа и рта противовирусными мазями. Возможно профилактическое введение гамма-глобулина.

Профилактика рецидивирующего герпеса из-за недостаточно изученного патогенеза не всегда эффективна. Она, в основном, направлена на повышение неспецифической реактивности организма (с помощью иммуномодуляторов, общеукрепляющих средств, гипосенсибилизирующих препаратов). Важно устранение очагов хронической инфекции в организме больного, общее оздоровление пациента.

Кандидомикоз (молочница) - одно из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта. Заболевание может поражать как грудных детей, так и взрослых.

Профилактикой молочницы у новорожденных и грудных детей является своевременное лечение беременной женщины, санация родовых путей. Необходимо проводить санитарно-гигиенические мероприятия, заключающиеся в тщательной дезинфекции (кипячении посуды, белья, предметов ухода за больным).

Из местных факторов, способствующих развитию кандидомикоза, имеют значение плохая гигиена полости рта, наличие кариозных зубов, заболеваний пародонта, длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними. Поэтому для профилактики заболевания необходимо проводить рациональную гигиену полости рта, осуществлять лечение зубов и десен.

Используемые в стоматологии материалы могут быть причиной развития контактного аллергического стоматита. Аллергенами являются органические и

неорганические компоненты акриловых протезов. Непереносимость возрастает у лиц с аллергическим анамнезом и по мере увеличения времени, прошедшего после изготовления протезов.

Профилактикой контактных аллергических стоматитов является изготовление протезов из индифферентных и других материалов, не вызывающих аллергии.

Особое внимание в профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и языка следует обращать на предраковые заболевания, которые чаще возникают у мужчин в более пожилом возрасте.

Первичная профилактика рака и предрака основана на предупреждении и устранении факторов риска: хронических механических, физических и химических травм слизистой оболочки полости рта, профессиональных вредностей, избытка солнечного излучения, гальванизма, гиповитаминозов, гормональных нарушений и т. д.

Наиболее часто в клинической практике встречаются лейкоплакия, бородавчатая форма предрака, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

Из факторов риска возникновения лейкоплакии на первом месте стоит воздействие табачного дыма. При горении табака, помимо теплового воздействия, образуются различные химические вещества, которые, попадая с дымом в полость рта, раздражают слизистую оболочку. В развитии местных поражений, вызываемых курением, наиболее вредным является курение трубки. Риск заболевания увеличивается, если курящие или злоупотребляющие алкоголем пациенты имеют зубные протезы и нерегулярно посещают стоматолога.

Хроническая травма, как один из факторов риска, может вызываться острыми краями зубов, корнями, плохо изготовленными протезами, зубным камнем. Слишком горячие и острые блюда, крепкие спиртные напитки и наркотики также могут привести к возникновению лейкоплакии. Недостаток в организме витамина А, гормональные расстройства, анемии и др. являются факторами, способствующими возникновению лейкоплакии.

Пути профилактики рака и предрака слизистой оболочки полости рта и красной каймы основаны на знании этиологических факторов. В связи с этим необходимо пропагандировать отказ от употребления табака и, в первую очередь, от курения трубки, папирос и сигарет без фильтра, от частого

употребления алкоголя, горячей и раздражающей пищи, а также включение в рацион питания продуктов, богатых витаминами А, С, В.

46. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта при ортодонтическом, ортопедическом и хирургическом лечении.

Ответ:

Профилактика стоматологических заболеваний во время ортодонтического лечения включает в себя нормализацию индивидуальной гигиены полости рта, а также регулярное посещение стоматолога для проведения профессиональной гигиены полости рта.

Дополнительные средства для чистки зубов во время ношения несъёмной ортодонтической аппаратуры включают в себя щетки с V-образным вырезом, монопучковые щетки, супер-флоссы, ирригаторы.

Самые распространённые заболевания полости ртами связанные с ношением ортодонтической аппаратуры — это гипертрофический гингивит, катаральный гингивит, очаговая деминерализация эмали, резорбция корней зубов. Для профилактики заболеваний твердых и мягких тканей важно поддерживать хороший уровень домашней гигиены полости рта. Для профилактики патологической резорбции важно грамотно распределять нагрузку на зубы во время активации брекет-системы.

Профилактика заболеваний полости рта во время ортопедического лечения включает в себя правильную постановку протезов, шлифования всех острых краев, снятие оттисков с функциональными пробами. При постановке несъёмных ортопедических конструкций — коронок, накладок — важно правильное прилегание конструкций к тканям зуба во избежание вторичного кариеса. Обточка зубов должна проходить строго с водно-воздушным охлаждением. При постановке несъёмных ортопедических конструкций важно убрать излишки цемента, которые могут попасть в десенную борозду, а также правильное создание контактного пункта во избежание образования пародонтального кармана.

Профилактика заболеваний полости рта при хирургическом лечении включает в себя правильное знание анатомии ЧЛЮ, точный навык проведения анестезии (аспирационные пробы), а также строгое использование только стерильных материалов и инструментов.

При планировании имплантации важно оценить место постановки имплантата по КЛКТ, посмотреть его близость к анатомическим структурам, также возможно использование специальных хирургических шаблонов.

47. Сахарный диабет. Проявления в полости рта. Профилактические мероприятия и особенности ухода за полостью рта у пациентов с сахарным диабетом

Ответ:

Сахарный диабет может оказывать влияние на здоровье полости рта и иметь свои особые проявления. Декомпенсированная форма сахарного диабета может стать фактором риска для развития различных проблем в полости рта. Некоторые из них включают:

1. Сухость во рту: У пациентов с сахарным диабетом может быть увеличенное ощущение сухости во рту, известной как ксеростомия. Это может быть вызвано уменьшением объема слюны, что может повлечь за собой дискомфорт при еде, затруднения при говорении и повышенный риск развития кариеса.
2. Пародонтит: Декомпенсированная форма сахарного диабета может увеличить риск развития пародонтита, что является воспалительным заболеванием тканей, поддерживающих зубы, что может привести к потере зубов.

Важно придерживаться определенных профилактических мероприятий и следить за уходом за полостью рта у пациентов с сахарным диабетом:

1. Контроль уровня глюкозы в крови: Регулярный контроль уровня глюкозы в крови и соблюдение рекомендаций врача по контролю сахарного диабета помогут уменьшить риск развития проблем в полости рта.
2. Регулярная и качественная гигиена полости рта: Следует регулярно чистить зубы и использовать зубную нить для удаления налета и бактерий. Использовать мягкую зубную щетку и не сильное давление при чистке зубов. Рекомендуется также использование антисептических ополаскивателей для уменьшения количества бактерий в полости рта.
3. Регулярные осмотры у стоматолога: Регулярные посещения стоматолога помогут выявить и лечить проблемы полости рта на ранних стадиях, прежде чем они усугубятся.
4. Управление ксеростомией: Регулярное питье воды и использование средств для увлажнения рта, таких как спреи или жевательные резинки без сахара, могут помочь справиться со сухостью во рту.
5. Соблюдение сбалансированной диеты: Умеренное потребление сладостей и контроль потребления углеводов также важны для поддержания уровня глюкозы в крови.

48. Профилактические мероприятия в полости рта при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний и у пациентов с болезнью Альцгеймера.

Ответ:

Профилактические мероприятия при общесоматических заболеваниях включают в себя санацию полости рта, улучшение качества индивидуальной гигиены полости рта, а также работы совместно с лечащим врачом пациента.

Основным проявлением заболеваний ЖКТ в полости рта являются глосситы, при ССЗ в полости рта обнаруживают цианотичный цвет слизистой, петехии на слизистой оболочке.

Во время онкологических заболеваний и химиотерапии важно повышенное употребление фторидов, а также применение средств для нормализации слюны (пилокарпин). Назначается щадящая диета.

49. Возрастные изменения в полости рта. Патологии полости рта, связанные с возрастными изменениями организма. Факторы риска, способствующие увеличению распространенности кариозных поражений зубов у возрастных пациентов.

Ответ:

Возрастные изменения в полости рта и связанные с ними патологии:

1. Стираемость: С возрастом зубы могут быть подвержены износу эмали и дентина. Это может приводить к образованию трещин, изломам и повышенной чувствительности.

2. Заболевания пародонта: Пожилые люди часто страдают от гингивита или пародонтита. Это может привести к рецессиям десен, образованию карманов между деснами и зубами, а также к потере зубов.

3. Ксеростомия: С возрастом можно наблюдать снижение секреции слюны, что связано с атрофией слюнных желез и редукции их дольчатых структур. Это приводит к сухости во рту. Это может способствовать размножению бактерий, образованию налета и кариесу.

4. Утрата зубов: Потеря зубов является общей проблемой у пожилых людей. Она может быть вызвана кариесом, пародонтитом, травмой или другими причинами. Утрата зубов может привести к проблемам с жеванием пищи, изменению окрашивания лица и ухудшению самооценки.

Факторы риска, способствующие увеличению распространенности кариозных поражений у возрастных пациентов:

1. Снижение слюноотделения: Снижение секреции слюны, как уже упоминалось, приводит к увеличению риска образования налета и развития кариозных поражений.
2. Повышенное употребление сладких продуктов и напитков: Пожилые люди могут иметь склонность к употреблению сладостей, что способствует образованию кариеса.
3. Усиленное потребление лекарств: Некоторые лекарства, принимаемые пожилыми людьми, могут вызывать сухость во рту, что может способствовать развитию кариеса.
4. Ограниченная подвижность и уменьшенная моторика: Пожилым людям может быть сложно поддерживать хорошую гигиену полости рта из-за ограниченной подвижности и уменьшенной моторики, что может приводить к недостаточной очистке зубов.
5. Недостаточное посещение стоматолога: Некоторые пожилые люди могут иметь ограниченный доступ к стоматологической помощи или могут не осознавать необходимость регулярных посещений стоматолога. Это может приводить к непериодическому лечению и пропуску профилактических процедур.

В целом, регулярные посещения стоматолога, поддержание хорошей гигиены полости рта и сокращение факторов риска могут снизить распространенность кариозных поражений у пожилых пациентов.

50. Общие и местные факторы неудовлетворительной гигиены полости рта у пожилых пациентов. Особенности стоматологических профилактических мероприятий у пожилых пациентов.

Ответ:

Общие и местные факторы неудовлетворительной гигиены полости рта у пожилых пациентов:

1. Снижение моторики: Пожилым людям может быть труднее поддерживать хорошую гигиену полости рта из-за сниженной моторики и мышечной силы. Это может затруднять умение правильно чистить зубы и десны.

2. Ограниченная подвижность: Многие пожилые люди испытывают ограничение в подвижности, что может затруднять доступ к зубам и затруднять чистку зубов.
3. Усиленные проблемы зрения: С возрастом возникают проблемы со зрением, такие как катаракта или дегенерация сетчатки, что может затруднить наблюдение за чистотой полости рта.
4. Ухудшение когнитивных способностей: У некоторых пожилых пациентов могут быть проблемы с когнитивными функциями, что может затруднить выполнение сложных задач гигиены полости рта, таких как использование зубной нити или ополаскивание рта.
5. Увеличенное количество медикаментов: Пожилые люди обычно принимают больше медикаментов, которые могут вызывать сухость во рту или другие побочные эффекты, что способствует образованию налета и кариеса.

Особенности стоматологических профилактических мероприятий у пожилых пациентов:

1. Индивидуальный подход: Профессионалы стоматологии должны принимать во внимание особенности каждого пациента пожилого возраста и разрабатывать индивидуальные планы лечения и профилактики.
2. Обучение: Пациенты и их опекуны должны получать подробные инструкции о правильной гигиене полости рта. Важно объяснять и демонстрировать правильные техники чистки зубов и использования приспособлений для чистки межзубных промежутков.
3. Упрощение процедур: Использование инструментов и приспособлений, специально разработанных для пожилых людей, может упростить процедуры гигиены полости рта. Это могут быть, например, электрические зубные щетки с большими ручками и мягкими щетинками.
4. Регулярные осмотры: Пациентам пожилого возраста рекомендуется регулярно посещать стоматолога для проведения осмотров и профилактических процедур, таких как чистка зубов и нанесение фтора. Это может помочь выявить и лечить проблемы полости рта на ранних стадиях.
5. Сотрудничество с медицинскими специалистами: Стоматологам часто необходимо сотрудничать с другими медицинскими специалистами, такими как врачи общей практики или гериатры, чтобы учитывать общее состояние здоровья пациента и разрабатывать комплексный подход к профилактическому лечению пациентов пожилого возраста.