

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ» БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ
(МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.75 СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

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

Составитель:

д.м.н. В.Г. Галонский

Красноярск
2020

Контролируемая специальность	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Стоматология ортопедическая	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-12	тестовые задания	300
	УК-1 УК- 2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-12	контрольные вопросы	35
	ПК-5 ПК-7 ПК-9	клинические задачи	15

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов

1. Организация стоматологической помощи

Укажите один правильный ответ

1. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:

- а)** физическое, социальное и психологическое благополучие;
- б)** возможность трудовой деятельности;
- в)** наличие или отсутствие болезней;
- г)** наличие благоустроенного жилища;
- д)** полноценное питание.

2. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а)** перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б)** стоимость различных видов медицинской помощи;
- в)** организация добровольного медицинского страхования;
- г)** виды платных медицинских услуг;

д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

3. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы

а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;

б) сертификат;

в) лицензия;

г) свидетельство об окончании курсов;

д) запись в трудовой книжке.

4. Основную ответственность за клинический диагноз несет:

а) зубной техник;

б) помощник стоматолога (сестра);

в) помощник стоматолога, получивший сертификат;

г) врач-стоматолог;

д) главный врач стоматологической поликлиники.

5. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:

а) только тщательная запись выполненных манипуляций.

б) запись предписаний;

в) сниженный преискуронт;

г) запись обращений к специалистам.

д) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.

7. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:

а) обязательная стерилизация;

- б) достаточно дезинфекции;
- в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
- г) обязательна дезинфекция и стерилизация;
- д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.

8. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

9. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

10. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) демографические показатели;

д) физическое развитие населения.

11. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

12. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

13. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

14. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;

- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

15. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся: 1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН); 2) показатель систематичности наблюдения; 3) показатель частоты рецидивов; 4) полнота охвата ДН; 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

16. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

17. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин:

- а) микобактерии туберкулеза;
- б) протей;
- в) вирус гепатита;
- г) стафилококк;

д) гонококк.

18. Минимальная площадь помещения для расположения стоматологического кресла:

а) 10 кв.м.;

б) 12 кв.м.;

в) 14 кв.м.;

г) 16 кв.м.;

д) 18 кв.м.

19. Стены кабинета для амбулаторного ортопедического приема должны быть покрыты:

а) побелкой;

б) водно-дисперсионной краской;

в) обоями;

г) стеклообоями;

д) керамической плиткой.

20. Время действия сертификата специалиста-стоматолога:

а) 1 год;

б) 3 года;

в) 5 лет;

г) 7 лет;

д) 9 лет.

21. Основанием для допуска к экзамену на получения сертификата по специальности "стоматология" являются следующие документы: 1) свидетельство о прохождении краткосрочных курсов; 2) свидетельство о прохождении тематических курсов; 3) свидетельство о прохождении усовершенствования не менее 1 мес.; 4) свидетельство об окончании ординатуры; 5) свидетельство об окончании интернатуры. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

27. Противопоказание для резекции верхушки корня зуба:

- а) обострение хронического периодонтита;
- б) хронический гранулирующий периодонтит;
- в) хронический гранулематозный периодонтит;
- г) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени;
- д) кистогранулема.

28. Показание к гемисекции зуба:

- а) острый гнойный пульпит;
- б) острый гнойный периодонтит;
- в) острый серозный периодонтит;
- г) хронический периодонтит однокорневого зуба;
- д) хронический периодонтит двухкорневого зуба.

29. Противопоказание к реплантации зуба:

- а) острый периодонтит;
- б) хронический гранулирующий периодонтит;
- в) хронический гранулематозный периодонтит;
- г) хронический периодонтит в стадии обострения;
- д) хронический остеомиелит.

30. Показание к удалению зуба при пародонтите:

- а) подвижность зуба 1 степени;
- б) подвижность зуба 2 степени;
- в) наличие пародонтального кармана до середины длины корня зуба;
- г) подвижность зуба, стоящего вне зубной дуги 2-3 степени;
- д) развитие ретроградного пульпита.

31. Характерный признак злокачественной опухоли.

- а) капсула;
- б) клеточный атипизм;**
- в) тканевой атипизм;
- г) медленный рост;
- д) отсутствие боли.

32. Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:

- а) вправление зуба и иммобилизация;
- б) после вправления зуба экстирпацию пульпы;
- в) операция реплантация;**
- г) электроодонтометрия;
- д) удаление зуба.

33. Показания для двухэтапного проведения операции реплантация зуба:

- а) обострение пульпита;
- б) обострение хронического периодонтита;**
- в) пародонтит;
- г) хронический периодонтит вне обострения;
- д) дистопия зуба.

34. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику:

- а) электрофореза;
- б) прохождения каналов машинными дрельборами;
- в) реплантации;
- г) удаление медиального корня, использование дистальный под протез (гемисекция);
- д) удаления зуба и изменения конструкции протеза.

35. Костную полость после операции резекции верхушки корня зуба целесообразно заполнять:

- а) антибиотиками;
- б) сульфаниламидами;
- в) содержащими гидроксиапатит кальция;
- г) содержащими желатин;
- д) содержащими йодоформ.

36. Абсолютное показание к удалению временного зуба:

- а) возраст физиологической смены зубов;
- б) наличие периодонтита;
- в) наличие свища;
- г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба;
- д) отлом части коронки.

37. Причины возникновения дефектов верхней челюсти: 1) результат воспалительного процесса ЧЛЮ; 2) травматические повреждения и оперативные вмешательства ЧЛЮ; 3) результат лучевой терапии; 4) врожденные дефекты; 5) остеомиелит. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

38. Какие шины применяют при лечении переломов челюстей: 1) гнутые из алюминиевой проволоки; 2) шины из быстротвердеющих пластмасс; 3) стандартные шины назубные ленточные; 4) сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми; 5) шина Ванкевич. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

39. Какие требования учитываются при изготовлении шин для лечения переломов челюстей: 1) быстрота изготовления; 2) стандартизация шин; 3) гигиеничность шин; 4) отсутствие окклюзионных нарушений; 5) прочная фиксация отломков. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

40. Оптимальным материалом для заполнения костной полости при операциях на челюстях является:

- а) коллаген;
- б) гидроксиапатит кальция;
- в) колапол;

г) колапан;

д) биоимплант.

41. Противопоказанием к проведению плановых амбулаторных стоматологических операций является:

а) гипертоническая болезнь;

б) сахарный диабет;

в) носительство ВИЧ;

г) носительство вируса гепатита С;

д) острая вирусная инфекция.

42. Наиболее информативным для определения гигиенического состояния полости рта у взрослых является индекс:

а) Федорова-Володкиной;

б) Грин-Вермиллиона;

в) РНР;

г) кпу(п);

д) СРІТN.

43. Индекс Грин-Вермиллиона используется для определения:

а) интенсивности кариеса;

б) зубного налета, зубного камня;

в) кровоточивости десен;

г) распространенности кариеса;

д) глубины пародонтального кармана.

44. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:

а) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов;

б) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов;

- в) язычные поверхности первых постоянных моляров;
- г) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов;
- д) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти.

45. При определении гигиенического состояния полости рта и при окрашивания зубного налета используют растворы:

- а) метиленового синего;
- б) 1% р-р йодиола;
- в) 5% спиртовой раствор йода;
- г) раствор Шиллера-Писарева;
- д) 0,25% спиртовой раствор хлорофиллипта.

46. Метод термометрии нужно использовать:

- а) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита;
- б) для диагностики периодонтита;
- в) для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва;
- г) при перфорации в области бифуркации;
- д) при переломе корня.

47. Электроодонтометрия применяется:

- а) для определения состояния нервных окончаний пульпы;
- б) для определения состояния нервных окончаний периодонта;
- в) для определения состояния сосудов;
- г) для выявления дентиклей;
- д) для определения возбудимости нервных окончаний пародонта.

48. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает:

- а) дентальная рентгенография;

- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) Гелерентгенография;
- д) рентгенокинематография.

49. Метод рентгенодиагностики дающий исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта челюсти:

- а) дентальная рентгенография;
- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) рентгенокинематография.

50. Метод рентгенодиагностики наиболее информативен для выявления морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава:

- а) дентальная рентгенография;
- б) панорамная рентгенография;
- в) ортопантомография;
- г) телерентгенография;
- д) томография.

51. Наиболее важный фактор неспецифической защиты организма (в полости рта): 1)барьерная функция тканей полости рта; 2)слюноотделение; 3) находящиеся в слюне антибактериальные компоненты лизоцим, и другие; 4)резидентная микрофлора в полости рта; 5) иммуноглобулины, лейкоциты. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

52. Фактор, оказывающий существенное влияние на иммунологический статус человека: 1) возраст больного; 2) перенесенные заболевания и их давность; 3) психологическое состояние больного; 4) условия работы (шум, ионизация, воздействие химических веществ и другие); 5) условия проживания и питания. Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1,2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

53. Специфическая реакция организма на антиген:

а) выработка антитела (специфических иммуноглобулинов);

б) развитие гиперчувствительности немедленного или замедленного типа;

в) иммунологическая память;

г) иммунологическая толерантность;

д) отек Квинке,

54. Наиболее информативные методы обследования взрослых ортопедических больных: 1) изучение диагностических моделей; 2) рентгенологическое исследование; 3) телерентгенография; 4) электромиография жевательных мышц; 5) РПГ. Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1,2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

55. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно: 1) боль в суставе; 2) хруст и щелканье в суставе; 3) смещение нижней челюсти; 4) снижение высоты прикуса; 5) синдром Костена. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;**
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

56. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах:

- а) 40-80 ударов в минуту;
- б) 60-100 ударов в минуту;**
- в) 80-120 ударов в минуту;
- г) 90-130 ударов в минуту;
- д) 100-140 ударов в минуту.

57. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область:

- а) преддверие полости рта;
- б) Близистая оболочка щеки;**
- в) контуры губ;
- г) уздечка языка;
- д) дно полости рта.

58. При проведении электроодонтодиагностики больного зуба целесообразно начать измерение:

- а) сразу с причинного зуба;
- б) с антагониста;**

- в) с подобного зуба на противоположной челюсти;
- г) с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги;
- д) с любого другого зуба.

59. В растворах каких карпулированных анестетиков с вазоконстрикторами имеется компонент, содержащий сульфатгруппу: 1 лидокаин; 2 мепивакаин; прилокаин; артикаин; новокаин. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

60. Какой из анестетиков можно применить при наличии у пациента бронхиальной астмы:

- а) ультракаин DS;
- б) лидокаин 2% с адреналином 1:100000;
- в) мепивакаин 3% без адреналина;
- г) прилокаин 4% без адреналина;
- д) ультракаин DS — форте.

61. Развитию передозировочных реакций на местные анестетики у больных с: кардиологическими заболеваниями способствует: 1) снижение сердечного выброса; 2) уменьшение объема циркулирующей крови; 3) снижение печеночного Кровотока; 4) настроение пациентов; 5) уменьшение скорости всасывания анестетика из места инъекции. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

62. Лечение больных с выраженной сердечной недостаточностью нужно проводить:

а) в горизонтальном положении;

б) в полугоризонтальном положении;

в) в вертикальном положении;

г) в горизонтальном положении с приподнятыми ногами;

д) не проводить лечение.

63. Указание на инфаркт миокарда, перенесенный менее 6 месяцев назад или повторный инфаркт миокарда делает проведение местной анестезии:

а) абсолютно противопоказанным;

б) показанным по экстренным показаниям, в сочетании с премедикацией;

в) показанным без ограничений;

г) показанным с применением вазоконстрикторов;

д) не проводить лечение.

64. У пациентов с гипертензией выше 200/115 стоматологические вмешательства с применением анестетиков:

а) проводятся в обычном порядке в условиях поликлиники;

б) противопоказаны;

в) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники;

г) неотложные вмешательства проводятся в стационаре;

д) проводятся в обычном порядке в стационаре.

65. Шестимесячная реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда позволяет:

а) проводить в условиях поликлиники с контролем соматического статуса пациента;

- б) противопоказаны;
- в) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники;
- г) неотложные вмешательства проводятся в стационаре;
- д) проводятся в обычном порядке в стационаре.

66. Трансформация эфирных анестетиков происходит в большей степени: 1) в печени; 2) в тканях по месту введения; 3) в почках; 4) в плазме; 5) в селезенке. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

67. Лекарственные группы применяют с целью премедикации: 1) транквилизаторы; 2) спазмолитики; 3) анальгетики; 4) антигистаминные препараты; 5) вегетотропные средства. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

68. Препарат для коррекции психоэмоционального состояния:

- а) транквилизаторы;
- б) спазмолитики;
- в) анальгетики;
- г) антигистаминные препараты;

д) антибиотики.

69. При проведении премедикации для уменьшения болевого синдрома при воспалении применяют:

а) транквилизаторы;

б) спазмолитики;

в) ненаркотические анальгетики;

г) антигистаминные препараты;

д) антибиотики.

70. Для купирования (торможения) аллергических реакций при проведении премедикации применяют:

а) транквилизаторы;

б) спазмолитики;

в) ненаркотические анальгетики;

г) антигистаминные препараты;

д) антибиотики.

71. При проведении премедикации у пациента с аллергологическим анамнезом и выраженным беспокойством, вызванным посещением стоматолога, применяют следующую схему премедикации:

а) транквилизатор + миотропный спазмолитик;

б) анальгетик + антигистаминный препарат;

в) транквилизатор + анальгетики;

г) миотропный спазмолитик + ненаркотический анальгетик;

д) транквилизатор + антигистаминный препарат.

72. Признаки, выявленные при обследовании пациента (потеря сознания; бледные, влажные кожные покровы; гипотония; редкое, поверхностное дыхание) характерны для:

а) эпилепсии;

- б) обморока;
- в) анафилактического шока;
- г) гипогликемии;
- д) коллапса.

73. Стимуляции кровообращения (увеличение АД, увеличение ЧСС при обмороке предпочтительнее добиваться применением:

- а) адреналина;
- б) атропина;
- в) преднизолона;
- г) эуфиллина;
- д) кофеина.

74. Среди причин возникновения обморока нехарактерной является:

- а) психогенная реакция;
- б) болевое раздражение;
- в) гипервентиляция;
- г) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу;
- д) потеря воды и натрия вследствие рвоты и поноса.

75. Патогенетическая терапия коллапса предполагает:

- а) урежение частоты сердечных сокращений;
- б) уменьшение объема циркулирующей крови;
- в) понижение тонуса сосудов;
- г) снижение сократительной способности миокарда;
- д) сужение периферических сосудов.

76. Горизонтальное положение оптимально при:

- а) гипервентиляции;

- б) асфиксии;
- в) гипергликемии;
- г) коллапсе;
- д) приступе бронхиальной астмы.

77. У пациента наблюдается быстрое повышение АД, резкая головная боль, рвота, дрожь во всем теле, тахикардия. Имеет место:

- а) приступ стенокардии;
- б) коллапс;
- в) гипогликемия;
- г) гипертонический криз;
- д) инфаркт миокарда.

78. Какие лекарства реже других могут вызвать анафилаксию:

- а) местнообезболивающие;
- б) антибиотики;
- в) витамины;
- г) органые препараты;
- д) вазоконстрикторы.

79. Наиболее вероятна анафилаксия в отношении:

- а) гормонов;
- б) наркотических анальгетиков;
- в) препаратов йода;
- г) транквилизаторов;
- д) витаминов.

80. Тремя признаками, достаточными для диагностики состояния клинической смерти, являются: 1) апноэ; 2) асистолия; 3) арефлексия; 4)

широкий зрачок; 5) отсутствие роговичного рефлекса. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

81. При неэффективности приемов, способствующих удалению инородных тел из дыхательных путей, производят:

- а) трахеотомию;
- б) трахеостомию;
- в) коникотомию;
- г) цистотомию;
- д) остеотомию.

82. Из применяемых при клинической смерти лекарственных средств кардиотоническими средствами являются: адреналин гидрохлорид; кордиамин; кальция хлорид; преднизолон; лидокаин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

83. При клинической смерти предпочтение должно быть отдано следующим путям введения лекарств: 1)внутривенному; 2) интратрахеальному; 3) подъязычному; 4) внутрисердечному; 5) п/к б. внутримышечному. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

84. Внутривенное введение препаратов осуществляют, выполняя следующие этапы: 1) тщательно дезинфицируют кожу 70% спиртом; 2) пунктируют вену; 3) потягивают поршень на себя до появления крови; 4) медленно вводят лекарство; 5) тампон со спиртом на место инъекции. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

85. К методам рефлекторного обезболивания в амбулаторной практике относятся:

- а) аккупунктура;
- б) акупрессура;
- в) дорсанвализация;
- г) чрезкожная электронейростимуляция;
- д) электрофорез.

86. К минерализованным отложениям относятся:

- а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
- б) пищевые остатки;
- в) мягкий зубной налет;

- г) налет курильщика;
- д) налет разного происхождения.

87. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:

- а) связующими;
- б) абразивными;
- в) пенообразующими;
- г) ароматизирующими;
- д) лечебными.

88. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:

- а) монофторфосфат натрия;
- б) хлоргексидин;
- в) пирофосфаты;
- г) формальдегид;
- д) карбонат кальция.

89. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:

- а) абразивные компоненты;
- б) солевые добавки;
- в) экстракты лекарственных растений;
- г) фториды;
- д) подсластители.

90. Недостаток композиционных материалов является самым существенным:

- а) частые сколы;
- б) изменение цвета;
- в) неудобство при внесении в полость;

г) нарушение краевого прилегания;

д) полимеризационная усадка.

91. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо:

а) протравливать эмаль и дентин 15 сек.;

б) протравливать эмаль 30-60 сек;

в) протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.;

г) протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.;

д) не имеет значения.

92. Назовите сроки обработки амальгамы после ее наложения:

а) 1-7 дней;

б) 14 дней;

в) 12 часов;

г) 30 дней;

д) 6 месяцев.

93. Наиболее ценным качеством текучих композитов является:

а) высокая прочность;

б) отличные эстетические характеристики;

в) высокая эластичность, тиксотропность;

г) низкая полимеризационная усадка;

д) высокая пространственная стабильность.

94. К текучим композитам относятся: 1) FiltekFlow; 2) re Fill; 3) Flow Line; 4) Tetric Ceram; 5) Durafil. Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1,2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

95. Выберите материал, относящийся к группе СИЦ двойного отверждения.

- а) Silux Plus;
- б) Vitremer;
- в) Time Line;**
- г) Revolution;
- д) Dyract Flou.

96. Рентгенологические признаки деструкции кости можно определить, если:

- а) правильно выполнен снимок и проявлена пленка;
- б) в периапикальной области имеется резорбция губчатой кости;
- в) проявку выполнит с контролем времени и температуры;
- г) происходит резорбция внутренней или наружной кортикальной кости;
- д) исследование проведено с помощью радиовизиографии.

97. При остром гнойном периодонтите преобладают микроорганизмы:

- а) аэробы;
- б) ассоциации аэробов и факультативных анаэробов;
- в) ассоциации аэробов и облигатных анаэробов;
- г) ассоциации факультативных и облигатных анаэробов;
- д) факультативные анаэробы.

98. Строение костной ткани альвеолы.

- а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества;
- б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани;

в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью;

г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой;

д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой.

99. Оклюзионное пришлифование зубов при лечении пародонтитов проводится:

а) до кюретажа и противовоспалительной терапии;

б) после кюретажа, но до противовоспалительной терапии;

в) после кюретажа и противовоспалительной терапии;

г) не имеет значения;

д) перед остеогингивопластикой, но после закрытого кюретажа и противовоспалительной терапии.

100. Число этапов проведения окклюзионного пришлифовывания:

а) три;

б) два;

в) пять;

г) четыре;

д) не имеет значения

101. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются:

а) наличие окклюзионной травмы;

б) дистопия зубов;

в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов;

г) подвижность зубов, дистопия зубов;

д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов.

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

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

103. Показанием для проведения постоянного шинирования является:

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

104. Показания для депульпации зубов при пародонтите:

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

105. Назовите заболевания слизистой оболочки полости рта, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией: 1) туберкулез, различные формы кандидоза; 2) вирусные инфекции, различные формы кандидоза; 3) лейкоплакия, вирусные инфекции; 4) язвенно-некротический гингивостоматит, саркома Капоши; 5) красный плоский лишай, кандидозы. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

106. Укажите правильное утверждение в отношении вируса иммунодефицита человека:

- а) ВИЧ содержит ДНК;
- б) ВИЧ устойчив во внешней среде;
- в) на современном этапе эпидемии доминирует серотип ВИЧ-2;
- г) специфические белки оболочки ВИЧ представлены гликопротеинами с молекулярной массой 120, 41 кД;
- д) нуклеоид (сердцевина) ВИЧ представлена гликопротеином с молекулярной массой 160 кД

107. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ не возможно при:

- а) парентеральных процедурах, переливании крови;
- б) случайном уколе во время операции с нарушением целостности кожных покровов рук хирурга;
- в) подготовке полости рта к протезированию;
- г) удалении зубного камня;
- д) проведении физиотерапевтических процедур (например, электрофореза и т

108. Потеря жевательной эффективности по Н.А. Агапову является абсолютным показанием к протезированию зубов:

- а) свыше 10%;
- б) 15%;
- в) 20%;
- г) 25%;

д) 30%.

109. Средние сроки пользования зубными протезами:

а) 1 год;

б) 3 года;

в) 5 лет;

г) 7 лет;

д) 10 лет.

110. Срок гарантии на изготовленный зубной протез:

а) 0,5 года;

б) 1 год;

в) 2 года;

г) 3 года;

д) 4 года.

111. Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в факторах: 1) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта; 2) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта; 3) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител; 4) механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта; 5) цитотоксическое действие мономеров. Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1,2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

112. Профилактическое (наиболее действенное) мероприятие которое можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов: 1) изготовление цельнолитых мостовидных протезов; 2) изготовление протезов с литыми базами; 3) изготовление протезов из бесцветной пластмассы; 4) систематический массаж протезного ложа; 5)золочение протезов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

113. "Аномалия" прикуса это:

- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системе;
- б) частичная потеря зубов;
- в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами;
- г) изменения в мышечной системе;
- д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов.

114. Деформация зубочелюстной системы это:

- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленные патологическими процессами;
- б) потеря зубов;
- в) нарушение развития фермы и функции зубочелюстной системы;
- г) изменение в височно-нижнечелюстном суставе;
- д) открытый прикус.

115. Функциональное нарушение наиболее характерно при деформациях зубочелюстной системы: 1. нарушение жевания; 2. нарушение эстетических норм; 3нарушение окклюзии; 4нарушение голоса;5 нарушение глотания. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

116. Следует учитывать при решении вопроса ортопедического лечения взрослого пациента фактор: 1) природа самого заболевания; 2) тип личности; 3) отношение окружающих пациента людей; 4) возраст пациента; 5) эстетику. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

117. Информация важная при изучении диагностических моделей:

- а) соотношение зубных рядов;
- б) характер смыкания передних зубов;
- в) совпадение средних линий между центральными резцами;
- г) форма зубных дуг;
- д) форма окклюзионной плоскости.

118. Истинная прогения это:

- а) мезиальное смещение нижней челюсти;
- б) нормальное развитие нижней челюсти и недоразвитие верхней челюсти;
- в) чрезмерное развитие нижней челюсти;
- г) принужденный прикус;
- д) уплощение фронтального участка верхней челюсти.

119. При постановке искусственных зубов на искусственной десне:

- а) пришлифовывают часть искусственного зуба на шлифмоторе так, чтобы она прилегала к альвеолярному отростку,
- б) шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб, ориентируясь на сформированный окклюзионный валик.
- в) устанавливают искусственный зуб без окклюзионного валика,
- г) шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб.

120. При появлении двухсторонних включенных дефектах при глубоком прикусе возникает осложнение: 1) дистальный сдвиг нижней челюсти; 2) функциональная перегрузка оставшихся зубов; 3) наклон моляров в мезиальную сторону; 4) уменьшение межальвеолярной высоты; 5) повышенная стираемость зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

121. Дистальный сдвиг нижней челюсти, возникший после потери части боковых зубов грозит осложнением: 1) уменьшение межальвеолярной высоты; 2) перегрузка оставшихся зубов; 3) увеличение степени перекрытия передних зубов; 4) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; 5) деформация зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

122. Может возникнуть при несвоевременном протезировании больного после потери коренных зубов осложнение: 1) выдвижение зубов потерявших антагонисты (зубоальвеолярное удлинение); 2) уменьшение межальвеолярной высоты; 3) перегрузка оставшихся зубов; 4) дисфункция

височно-нижнечелюстного сустава; 5) деформация зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

123. Причина вторичного глубокого прикуса: 1) частичная потеря зубов; 2) патологическая стираемость зубов; 3) заболевание тканей пародонта; 4) флюороз; 5) наследственность. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

124. На возникновение вторичного глубокого прикуса влияет: 1) некомпенсированная патологическая стираемость зубов; 2) деформация окклюзионной поверхности в результате системного заболевания пародонта; 3) деформация окклюзионной поверхности в результате компенсированной патологической стираемости зубов; 4) потеря фронтальных зубов; 5) дисфункция ВНЧС. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

125. Назовите причину перекрестного прикуса: 1) нарушение формы зубных рядов; 2) нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном

направлении; 3) смещение нижней челюсти и сторону; 4) характер питания; 5) наследственность. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

126. Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку БНЧС:

- а) истончение головки нижней челюсти;
- б) деформация суставного бугорка;
- в) стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование;
- г) появление экзостозов;
- д) щелканье в суставе.

127. Ортодонтическое лечение в основном устраняет: 1) функциональную перегрузку пародонта; 2) патологические функции жевательных мышц; 3) дисфункцию височно-нижнечелюстных суставов; 4) рецессию десны; 5) атрофию альвеолярной костной ткани. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

127. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов если: 1) сочетание аномалии прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта; 2) отказ больного от ортодонтического лечения; 3) неэффективность ранее проведенного ортодонтического лечения; 4)

генетические формы аномалии; 5) дефекты зубного ряда. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

128. Большее вторичное (после сошлифовывания) вертикальное перемещение нижних передних зубов наблюдается:

- а) при трапецевидной форме нижнего зубного ряда;
- б) сужение нижнего зубного ряда;
- в) скученное положение нижних зубов;
- г) при правильной форме зубного ряда, подвижности зубов;
- д) при зажатости нижних рядов наклоненными мезиально клыками.

129. При сошлифовывании передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель: 1) создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти; 2) уменьшение перегрузки передних нижних зубов; 3) уменьшение перегрузки передних верхних зубов; 4) нормализация окклюзии; 5) нормализация жевания. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

130. Показанием к депульпированию передних зубов при их сошлифовывании является: 1) хронические верхушечные периодонтиты; 2) аномалийное положение зуба, неблагоприятное для протезирования; 3) необходимость значительного укорочения зубов; 4) необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов; 5) большая

вероятность вскрытия пульпарной камеры. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

131. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать: 1) величину свободного межокклюзионного пространства; 2) предотвращение явлений бруксизма; 3) равномерная окклюзионная нагрузка на зубы; 4) предотвращение дисфункции ВНЧ сустава; 5) внешний вид больного. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

132. К микропротезам относятся: 1) вкладки и металлические коронки; 2) штифты и вкладки; 3) полукоронки, вкладки и мостовидные протезы; 4) парапульпарные штифты и бюгельные протезы; 5) металлокерамические коронки. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

133. Для изготовления вкладок могут использоваться следующие материалы: 1) пластмасса; 2) фарфор; 3) металлы; 4) металлокерамика; 5) металлопластмасса.

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

134. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц:

- а) на $1/3$ толщины эмали;
- б) на $1/2$ толщины эмали;
- в) на всю толщину эмали;
- г) в пределах эмали;
- д) в пределах дентина.

135. При формировании дна полости для вкладки она должна быть:

- а) параллельна крыше пульповой камеры;
- б) повторять рельеф крыши пульповой камеры;
- в) под углом 5° к оси зуба;
- г) параллельна окклюзионной поверхности;
- д) под углом 3° к оральным скатам бугров зуба.

136. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом

- а) 25° ;
- б) 30° ;
- в) 45° ;
- г) 50° ;
- д) 18° .

137. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью:

- а) предупреждения смещения;
- б) исключения опрокидывающего момента;
- в) лучшей фиксации и прилегания:**
- г) исключения сколов;
- д) исключения рассасывания цемента.

138. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только для:

- а) вкладок из благородных металлов;
- б) вкладок из неблагородных металлов;
- в) металлических вкладок;**
- г) вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит);
- д) вкладок из фарфора.

139. Назначение корневой защиты штифтового зуба:

- а) без корневой защитки невозможно соединение штифта с коронковой частью;
- б) исключает травму десневого края;
- в) предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации,**
- г) уменьшает функциональную перегрузку;
- д) является амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба.

140. Изготовление цельнолитого штифтового зуба возможно:

- а) нет;
- б) да;**
- в) да, если снимается двухслойный оттиск;
- г) да, если модель отливается супергипсом;
- д) да, если дублируемая модель огнеупорная

141. Изготовление штифтового зуба из пластмассы возможно:

а) нет;

б) нет, так как пластмасса разрушает подлежащие твердые ткани;

в) да, кии временная конструкция;

г) да, только детской стоматологии;

д) да, только в случае наддесневых разрушений коронок зубов.

142. Изготовление мостовидных протезов, где в качестве опоры штифтовый зуб возможно

а) да;

б) да, при отсутствии 1 1 зуба;

в) да, при отсутствии не более 2 зубов;

г) нет;

д) нет, т.к. неизбежно расшатается опорный корень зуба.

143. При изготовлении пластмассовых коронок необходимо формировать уступ в пришеечной зоне:

а) да;

б) да, но только на передней поверхности;

в) да, если зуб депульпирован;

г) нет;

д) нет, если у пациента глубокий прикус.

144. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться:

а) не доходить до десны на 0.5 мм;

б) не доходить до десны на 1.0 мм;

в) на уровне десны;

г) под десной на 0.5 мм;

д) под десной на 1.0 мм.

145. Применение пластмассовых коронок при пародонтите возможно:

- а) нет;
- б) нет, т.к. усугубится течение;
- в) да;
- г) да, если процесс находится в стадии ремиссии;
- д) да, если край коронки не подводит под десну.

146. Изготовление пластмассовых мостовидных протезов возможно:

- а) да;
- б) да, если отсутствует I зуб;
- в) да, если отсутствует II зуба;
- г) да, если отсутствует III зуба;
- д) нет.

147. Для изготовления цельнолитого каркаса опиравшегося протеза широко применяется:

- а) нержавеющей сталь;
- б) сплав золота;
- в) хром-никелевый сплав;
- г) хром-кобальтовый сплав;
- д) серебряно-палладиевый сплав.

148. Для изготовления бюгельного протеза наиболее точным является:

- а) паянный;
- б) цельнолитой;
- в) смешанный;
- г) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера;
- д) сочетание паянного каркаса и гнутых плеч кламмера.

149. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке:

- а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки;
- б) выше кортикальной пластинки;
- в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм;
- г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм;
- д) в зависимости от состояния кости.

150. Для создания костного ложа под пластиночный имплантат используют боры:

- а) любые;
- б) твердосплавные;
- в) стальные;
- г) алмазные;
- д) алмазные и стальные.

151. Головку титанового имплантата можно изгибать:

- а) на 30 градусов;
- б) до 10 градусов;
- в) не более 45 градусов;
- г) до 15 градусов;
- д) и сгибать нельзя.

152. При протезировании с опорой на имплантаты завышение высоты нижнего отдела лица:

- а) допустимо во всех случаях;
- б) недопустимо во всех случаях;
- в) недопустимо только при полном отсутствии зубов;
- г) допустимо при опоре на имплантаты и естественные зубы;

д) допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры.

153. Имплантаты стерилизуются:

- а) в автоклаве;
- б) в суховоздушном стерилизаторе;
- в) в автоклаве или в сухожаровом шкафу;
- г) химическим;
- д) в этиловом спирте.

154. Показания к проведению имплантации: 1) полное отсутствие зубов; 2) концевые дефекты зубных рядов; 3) потеря одного зуба; 4) неудовлетворительная фиксация съемного протеза; 5) включенные дефекты зубных рядов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

155. Противопоказания к проведению имплантации: 1)эндокринные заболевания; 2) сифилис; 3) гемофилия; 4) нарушение кальциевого обмена; 5) СПИД. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

156. Плотность компактной костной ткани:

- а) 1.9 г/см³;

- б) 2.6 г/см³;
- в) 0.5 г/см³;
- г) 0.9 г/см³;
- д) 4J г/см³.

157. Плотность титана:

- а) 10.2 г/см³;
- б) 2.7 г/см³;
- в) 4.8 г/см³;
- г) 8.9 г/см³;
- д) 5.5 г/см³.

158. Плотность спонгиозной кости:

- а) 4.8;
- б) 9.6;
- в) 3.5;
- г) 1.2;
- д) 2.2.

159. Остеоинтеграция имплантата это:

- а) плотное укрепление имплантата;
- б) помещение имплантата в костную ткань;
- в) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата;**
- г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью;
- д) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью.

160. Фиброзная интеграция имплантата это:

- а) укрепление имплантата в соединительной ткани;

- б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью;
- в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата;
- г) помещение имплантата под надкостницу;
- д) нет определения.

161. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится:

- а) в целях достижения оссеоинтеграции;
- б) для снижения послеоперационной травмы;
- в) для предупреждения фиброзной интеграции;
- г) при плохих способностях к регенерации костной ткани;
- д) в целях улучшения функционального эффекта.

162. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать: 1) кровотечение; 2) подвижность имплантата; 3) флегмона; 4) рассасывание костной ткани вокруг имплантата; 5) повреждение соседних зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

163. Цель плазменной обработки поверхности внутрикостных имплантатов:

- а) стерилизация имплантата;
- б) упрочнение поверхности;
- в) уменьшение окисной пленки;
- г) изменение кристаллической структуры;
- д) увеличение площади поверхности.

164. К потере имплантата могут приводить: 1) плохая гигиена полости рта; 2) нерациональное питание; 3) неудовлетворительная жевательная нагрузка; 4) нарушение обмена веществ; 5) заболевания желудочно-кишечного тракта. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

165. Цель использования условно съемных протезов: 1) простота изготовления; 2) гигиенические мероприятия; 3) периодическое устранение жевательной нагрузки на имплантат; 4) возможность изучения состояния отдельных имплантатов; 5) использование таких протезов не имеет преимуществ. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

166. Какое значение имеет четкая информация больного о целях и исходах имплантации?

- а) полная информация имеет первостепенное значение;
- б) информация необязательна;
- в) информация об исходах операции вредна;
- г) следует информировать только о положительных результатах; Д) не имеет значения.

167. Место имплантации в арсенале известных методов стоматологического лечения:

- а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат;

- б) имплантация является методов выбора;
- в) имплантация применяется только в исключительных случаях;**
- г) имплантация применяется по желанию больного;
- д) имплантация применяется с большой осторожностью, т.к. еще не доказана состоятельность данного вида лечения;

168. Материалы наиболее приемлемы для изготовления хирургического инструментария для имплантации:

- а) любой подходящий для этой цели металл;
- б) металл, из которого и потоплен имплантат;
- в) нержавеющей сталь;
- г) хром кобальтовый сплав;
- д) сталь с покрытием нитридом титана.

169. Значение нормализации окклюзии при имплантации:

- а) один из основных параметров влияющих на успех лечения;
- б) не оказывает влияния на результат имплантации;
- в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных;**
- г) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений;
- д) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией.

170. Имплантация противопоказана при заболеваниях: 1) сахарный диабет; 2) остеопороз; 3) сифилис; 4) пиелонефрит; 5) хроническая пневмония. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3; . -.**
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

171. Количество имплантатов которое может быть максимально установлено у одного больного:

а) один;

б) два-три;

в) не более шести;

г) 6-8;

д) ограничений нет.

172. При превышении температуры критических величин с костной тканью происходит:

а) гиперемия;

б) отек;

в) инфильтрация;

г) некроз;

д) пролиферация.

172. Коррекция штампованной коронки из золотого сплава по длине осуществляется с применением:

а) алмазных головок;

б) карборундовых головок

в) ножниц по металлу

г) металлических фрез

д) крампонных щипцов.

173. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

а) репин

б) цементы

в) маслянный дентин

г)водный дентин

д)акриловые пластмассы

174.При изготовлении цельнолитых протезов применяется сплав золота пробы:

а)375

б)583

в)750

г)900

д)915

175.Для облицовки металлопластмассовых коронок используются:

а) синма М;

б)акрил оксид

в)этакрил

г)протакрил

д)карбодент

176.Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:

а) определение цвета керамической облицовки;

б)определение центральной окклюзии

в)изготовление временной пластмассовой коронки

г)препарирование зуба

д)снятие вспомогательного слепка

177.Временная пластмассовая коронка обычно не показана при изготовлении коронки:

а)штампованной;

б)цельнолитой

в)металлокерамической

г)металлопластмассовой

д)фарфоровой

178.При изготовлении металлопластмассовой коронки ошлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

а) улучшения фиксации коронки

б) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба

в) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта

г) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами

д) создания контактного пункта с соседними зубами

179.При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью массы:

а) силиконовой

б) альгинатной

в) фторкаучуковой

г) термопластичной

д) цинкоксидаэвгеноловой

180.При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом):

а) меньшем на толщину металла

б) большем на толщину металла

в) равном

г) меньшем на толщину компенсационного лака

д) большем на толщину компенсационного лака

181.Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

а) цельнолитые, полимеризованные, паяные

б) паяные, пластмассовые, комбинированные

в) комбинированные, металлические, неметаллические

г) неметаллические, металлокерамические. фарфоровые

д) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

182.На этапе припасовки металлокерамического мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

а) гипсовой модели

б) металлических штампах

в) гипсовых штампах

г) восковом базисе

д) разборной гипсовой модели

183. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

- а) виниром
- б) фасеткой**
- в) вкладкой
- г) коронкой
- д) штифтовым зубом

184. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) 100**

185. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся (по классификации Румпеля) к:

- а) физиологическим ;**
- б) полуфизиологическим
- в) нефизиологическим
- г) комбинированным
- д) опирающимся

186. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является:

- а) необходимость депульпации опорных зубов
- б) препарирование большого количества зубов
- в) неудовлетворительное эстетическое качество
- г) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов**
- д) сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

187. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

- а) цельнолитые, полимеризованные, паяные**
- б) паяные, пластмассовые, комбинированные
- в) комбинированные, металлические, неметаллические
- г) неметаллические, металлокерамические. фарфоровые
- д) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

188. Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов:

- а) седловидная
- б) промывная
- в) касательная**

- г) диаторическая
- д) комбинированная

189.Окклюзионная кривая - это линия, проведенная:

- а) по контактным поверхностям зубов
- б) по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров**
- в) по проекции верхушек корней зубов
- г) от козелка уха до угла крыла носа
- д) по режущим краям фронтальных зубов и небным буграм премоляров

190.Методы постановки зубов в полных съемных протезах, наиболее распространенные в практике ортопедической стоматологии:

- а) по Васильеву,
- б) по сферической поверхности,**
- в) по Тей Сауну;
- г) по индивидуальным окклюзионным кривым.

191.Модели челюстей при постановке искусственных зубов в полных съемных протезах по

Васильеву фиксируют в артикулятор с помощью:

- а) постановочного стекла,**
- б) прибора Васильева,
- в) произвольно,
- г) постановочной пластинки,

192.Этиологические факторы полной адентии:

- а) сердечно - сосудистые заболевания,
- б) травма правой ноги,
- в) заболевания пародонта,**
- г) гайморит,

193.Постановочная пластинка при постановке зубов в полных съемных протезах имеет вид:

- а) сферической поверхности,
- б) постановочного стекла,
- в) пластинка: верхняя поверхность- плоскость, а нижняя - сфера,**
- г) вид параболы,

194.Определение центральной окклюзии производят:

- а) до примерки каркаса бюгельного протеза,**
- б) во время примерки каркаса бюгельного протеза,
- в) после примерки каркаса бюгельного протеза,
- г) при наложении каркаса бюгельного протеза,

195. Какое ретенционное поле препятствует смещению протеза в медиальном направлении?

- а) дистальное,
- б) медиальное,
- в) оральное,
- г) мезио-дистальное

196. Для изготовления вкладок возможно применение:

- а) пластмассы
- б) керамики
- в) благородных сплавов
- г) нержавеющей стали
- д) всего вышеперечисленного.

197. Прямой метод изготовления вкладки означает:

- а) изготовление вкладки из фотокомпозита на модели;
- б) изготовление восковой модели вкладки непосредственно в полости рта;
- в) изготовление вкладки из фотокомпозита непосредственно на зубе с последующим выведением, доработкой и фиксацией.**

198. Для доработки фотокомпозитной вкладки проводят

- а) кипячение в течение 15 мин.;
- б) автоклавирование в течение 5 мин.;
- в) обжигание;
- г) шлифование и полирование;
- д) верно а, б, г

199. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью:

- а) предупреждения смещения
- б) исключения опрокидывающего момента
- в) лучшей фиксации и прилегания**
- г) исключения сколов
- д) исключения рассасывания цемента.

200. Требования к штифту, обеспечивающие хорошую фиксацию в канале корня:

- а) асимметричность формы;
- б) наличие насечек;
- в) соответствие размерам канала;
- г) необходимая длина;
- д) отсутствие насечек, гладкая поверхность штифта;
- е) все верно, кроме а, д**

201. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области жевательных зубов и резкой ее атрофией в области фронтальных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

- а) первому
- б) второму**
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому

202. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области фронтальных зубов и резкой ее атрофией в области жевательных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

- а) первому
- б) второму**
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому

203. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:

- а) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике**
- б) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- в) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- г) фиксации центрального соотношения челюстей
- д) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

204. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

- а) челюстно-подъязычная
- б) височная**
- в) двубрюшная
- г) латеральная крыловидная
- д) подбородочно-подъязычная

205. Опорными частями мостовидного протеза являются:

- а) коронки, полукоронки, искусственные зубы
- б) вкладки, искусственные зубы
- в) коронки, вкладки, штифтовые зубы**
- г) штифтовые зубы, искусственные зубы
- д) искусственные зубы, коронки

206. Недостатком металлокерамических коронок является:

- а) высокая эстетичность
- б) восстановление окклюзионной поверхности
- в) прочность**

- г) большой объем снимаемых тканей
- д) технология изготовления

207. Двуслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

- а) альгинатных
- б) твердокристаллических
- в) силиконовых**
- г) термопластических
- д) воска

208. При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки должны:

- а) быть параллельными
- б) конвергировать под углом 5-7 градусов**
- в) конвергировать под углом 15-20 градусов
- г) конвергировать под углом 30 и более градусов
- д) дивергировать

209. Анатомическая шейка зуба соответствует:

- а) переходу эмали в цемент корня**
- б) границе над- и поддесневой части зуба
- в) экватору зуба
- г) режущему краю зуба
- д) эмалево-дентинному соединению

210. Центральная окклюзия определяется признаками:

- а) лицевым, глотательным, зубным
- б) зубным, суставным, мышечным**
- в) язычным, мышечным, суставным
- г) зубным, глотательным, лицевым
- д) лицевым, суставным, мышечным

211. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

- а) суставной шум
- б) тугоподвижность нижней челюсти
- в) неудобство при смыкании зубов
- г) верно а) и б)**
- д) верно б) и в)

212. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

- а) врожденное укорочение ветви нижней челюсти
- б) недоразвитие суставной головки с одной стороны
- в) нарушение функциональной окклюзии
- г) макротравма челюстно-лицевой области
- д) верно а), б) и в)**

213. Характерный признак острого артрита - открывание рта в пределах:

- а) 4,5-5,0 см
- б) 3,5-4,5 см
- в) 2,5-3,5 см
- г) 1,5-2,5 см
- д) 0,5-1,0 см

214. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС можно предположить диагноз:

- а) мышечно-суставная дисфункция
- б) артрит
- в) артроз
- г) остеома суставного отростка нижней челюсти
- д) перелом в области ветви нижней челюсти

215. Подвергается ли коррекции (сошлифовыванию) окклюзионные накладки во время адаптационного протеза и после него?

- а) да,
- б) нет,
- в) по усмотрению пациента,
- г) по усмотрению зубного техника

216. Подвергается ли коррекции дуга (каркас) бюгельного протеза в адаптационном периоде?

- а) да,
- б) нет,
- в) по усмотрению пациента,
- г) по усмотрению зубного техника,

217. Среднестатистическая продолжительность адаптационного периода при использовании

бюгельного протеза составляет:

- а) 5-7 дней,
- б) 7-10 дней,
- в) 10-14 дней,
- г) 20 дней,

218. Бюгельный протез состоит:

- а) из дуги и искусственных зубов,
- б) из дуги, искусственных зубов и кламмеров.
- в) из дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидной части,
- г) из дуги,

д) базиса с искусственными зубами,

219. Плечо кламмера прилегает к поверхности зуба

- а) в одной точке,
- б) в двух точках,
- в) в трех точках,
- г) по всей своей длине,
- д) в четырех точках.

220. Если плечо кламмера отстоит от опорного зуба, является ли это непоправимой ошибкой:

- а) да,
- б) нет,
- в) индивидуально в каждом случае,
- г) по усмотрению врача,

221. Расположение отростка кламмера Аккера на опорном зубе:

- а) выше межзубной линии,
- б) по межзубной линии,
- в) ниже межзубной линии,
- г) по усмотрению зубного техника,

222. При генерализованном пародонтите, осложненном дефектами зубного ряда I класса по

Кеннеди, применяются шины-протезы:

- а) несъемные,
- б) съемные,
- в) частичные съемные,
- г) полусъемные,

223. В одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается:

- а) в процентах (%),
- б) в килограммах (кг),
- в) в коэффициентах
- г) в граммах на квадратный миллиметр (г/мм²),

224. При препарировании зуба под жакетную коронку "коронка Джекета" уступ формируется:

- а) по всему периметру шейки зуба,
- б) с вестибулярной поверхности,
- в) с оральной поверхности,
- г) с вестибулярной поверхности с плавным переходом в символ уступа с апроксимальных

сторон,

225. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне.

- а) да,
- б) да, но только на передней поверхности,
- в) да, если зуб депульпирован,
- г) нет,
- д) нет, если у пациента глубокий прикус,

226. Температура гелина при дублировании модели:

- а) 60 градусов,
- б) 50 градусов,
- в) 45 градусов,
- г) 30 градусов,

227. Литниковую систему на огнеупорной модели устанавливает:

- а) литейщик,
- б) зубной техник,
- в) совместно,
- г) зубной техник совместно с врачом,

228. При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется:

- а) не снимать протез до посещения врача,
- б) снять протез и надеть его за 3-4 часа до посещения врача,
- в) снять протез и пойти к врачу,
- г) прийти без протеза,

229. Граница протезного ложа нижней беззубой челюсти в переднем отделе подъязычной области:

- а) перекрывает челюстно - подъязычную линию на 1 мм,
- б) доходит до протоков слюнных желез не перекрывая их, обходя уздечку языка,
- в) по своду переходной складке подъязычной области,
- г) перекрывает альвеолярный отросток по переходной складке, и в переднем отделе обходя активные уздечки и тяжи

230. Требования, предъявляемые к восковым базисам при изготовлении полных съемных протезов:

- а) границы базиса на 2 мм не доходят до границ протезного ложа.
- б) перекрывают щечно-десневые тяжи и уздечку языка, плотно прилегает к модели на всем протяжении,

- в) плотно прилегает к модели, не балансирует, именно закругленные края, доходящие до границ протезного ложа,
- г) границы базиса на 3 мм перекрывают переходную складку для создания "клапанной зоны".

231. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

- а) механически,
- б) химически,
- в) при помощи клея
- г) механически

232. Биофизический метод (функциональная присасываемость) стабилизации полных съемных протезов:

- а) разреженное воздушное пространство, образуемое круговым замкнутым клапаном,
- б) функциональное моделирование внешней поверхности протеза,
- в) сила магнитного поля,
- г) анатомическая ретенция,

233. Постановка искусственных зубов - как метод стабилизации полных съемных протезов:

- а) постановка зубов по центру альвеолярных отростков,
- б) увеличение площади протезного ложа,
- в) постановка зубов по перекрестному прикусу,
- г) средняя линия лица совпадает со средней линией проведенной между центральными резцами верхней и нижней челюстей,

234. При полном отсутствии зубов конструирование зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено

- а) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности.
- б) просьбой больного
- в) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)
- г) видом соотношения челюстей больного
- д) степенью атрофии челюстей

235. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза

- а) на следующий день после наложения протеза
- б) через неделю после наложения протеза
- в) при появлении боли под протезом

236. Зоны коррекции протеза при жалобах на боли при движении губ, щёк:

- а) область верхнечелюстных бугров

- б)** область уздечки губ и щёчно-десневых тяжей
- в) область переднего отдела нёбной поверхности
- г) область заднего отдела нёбной поверхности

237. Для изготовления вкладок возможно применение:

- а) пластмассы
- б)** керамики
- в) благородных сплавов
- г) нержавеющей стали
- д)** всего вышеперечисленного.

238. Вкладки могут быть:

- а) пластмассовые
- б)** фарфоровые
- в) металлические
- г) комбинированные
- д)** все выше перечисленное.

239. При недостаточно хорошей фиксации полного съёмного протеза, обусловленной

удлиненными границами базиса, необходимо:

- а) снять слепок и изготовить новый протез
- б)** провести коррекцию краев протеза
- в) уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
- г) снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
- д)** провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

240. Сроки проведения первой коррекции съёмного протеза:

- а)** на следующий день после наложения протеза
- б)** через неделю после наложения протеза
- в) только при появлении боли под протезом
- г) любые по согласованию с пациентом
- д)** после полной адаптации к протезу

241. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов

создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:

- а) нижнем на окклюзионной поверхности
- б)** верхнем на окклюзионной поверхности
- в) нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
- г) расположение насечек не имеет значения
- д)** нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях

242. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов

разогретый воск размещают на окклюзионном валике:

- а) верхнем
- б) нижнем**
- в) верхнем и нижнем
- г) верхнем только в области жевательных зубов
- д) нижнем только в области жевательных зубов

243. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:

- а) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике**
- б) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- в) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- г) фиксации центрального соотношения челюстей
- д) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

244. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

- а) по всему периметру шейки зуба**
- б) на вестибулярной поверхности
- в) с оральной и апроксимальных сторон
- г) на апроксимальных поверхностях
- д) с оральной стороны

245. Заключительным лабораторным этапом изготовления металл опластмассовой коронки является:

- а) полировка**
- б) глазурование
- в) припасовка на модели
- г) заключительный обжиг
- д) окончательная корректировка формы

246. При подборе искусственных зубов следует учитывать:

- а) форму лица,
- б) форму зубной дуги,
- в) форму головы,
- г) возраст и пол пациента,
- д) все вышеперечисленное**

247. Линия улыбки на вестибулярной поверхности окклюзионного валика базиса верхней челюсти при определении центрального соотношения беззубых челюстей определяет:

- а) ширину передних зубов верхней челюсти,
- б) уровень расположения шеек передних зубов верхней челюсти (высоту зубов),

- в) постановку центральных резцов во фронтальной плоскости,
- г) высоту зубов нижней челюсти,

248. Особенности пациента, необходимые для подбора цвета искусственных зубов при изготовлении полных съемных протезов:

- а) пол,
- б) конституция тела,
- в) цвет кожи лица,
- г) возраст,

249. Морфологические ориентиры для конструирования искусственных зубных рядов в полных съемных протезах:

- а) альвеолярные отростки,
- б) резцовый сосочек,
- в) поперечные складки твердого неба верхней челюсти,
- г) нижнечелюстные бугорки,
- д) челюстно-подъязычные линии,

250. Формы промежуточной части мостовидного протеза

- а) седловидная, промывная, касательная
- б) промывная, цельнолитая, диаторическая
- в) касательная, перекрестная, с гирляндой
- г) седловидная, промывная, с гирляндой

251. Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне

- а) касается по всей поверхности
- б) касается в двух точках
- в) касается в одной точке
- г) не касается

252. Требования к штифту, обеспечивающие хорошую фиксацию в канале корня:

- а) асимметричность формы;
- б) наличие насечек;
- в) соответствие размерам канала;
- г) необходимая длина;
- д) отсутствие насечек, гладкая поверхность штифта;
- е) все верно, кроме а, д

253. Модификации моделирования штифта и культы по Копейкину В.Н.:

- а) припасовка металлического проволочного штифта с последующей моделировкой культовой вкладки из воска;
- б) моделировка штифта и культовой вкладки из воска:

- в) моделировка штифта и культовой вкладки из пластмассы:
- г) стандартные штифты и культы овальной формы из металла с последующей моделировкой коронковой части из композитного материала
- д) верно б, в**

254. Для доработки фотокомпозитной вкладки проводят

- а) кипячение в течение 15 мин.;
- б) автоклавирование в течение 5 мин.;
- в) обжигание;
- г) шлифование и полирование;
- д) верно а, б, г**

255. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- а) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- б) изменение характера движений нижней челюсти
- в) атрофия альвеолярных гребней**
- г) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- д) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

256. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- а) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки**
- б) изменение характера движений нижней челюсти
- в) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- г) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- д) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

257. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- а) атрофия суставного бугорка
- б) уплощение суставной ямки
- в) разволокнение внутрисуставного диска
- г) истончение внутрисуставного диска
- д) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх**

258. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- а) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- б) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе**
- в) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- г) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- д) полная атрофия альвеолярной части

259. Второй тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- а) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- б) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- в) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- г) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- д) полная атрофия альвеолярной части

260. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации Келлера:

- а) два
- б) три
- в) четыре
- г) пять
- д) шесть

261. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Донникова:

- а) два
- б) три
- в) четыре
- г) пять
- д) шесть

262. Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:

- а) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- б) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало податливая
- в) диетальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
- г) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
- д) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

263. Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:

- а) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- б) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало податливая

- в)** дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
- г) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
- д) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

264. "Мраморность" пластмассового базиса протеза появляется при:

- а) истечении срока годности мономера
- б)** истечении срока годности полимера
- в) нарушении температурного режима полимеризации
- г) несоблюдении технологии подготовки пластмассового "теста"
- д) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

265. При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:

- а)** через 2-4 года
- б) через 5-6 лет
- в) через 7-8 лет
- г) по усмотрению пациента
- д) в случае появления неудовлетворительной фиксации

266. Эластичная пластмасса, применяемая в двухслойных базисах съемных протезов:

- а) этакрил
- б) синма-М
- в)** ПМ-01
- г) протакрил
- д) фторакс

267. После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра:

- а) один раз в месяц
- б)** один раз в полгода
- в) один раз в год
- г) только при возникновении жалоб
- д) пожеланию

268. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига смещается:

- а) вперед
- б)** вперед и в сторону
- в) вниз и вперед

- г) назад и вниз
- д) вокруг собственной оси**

269. При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется:

- а) гипс
- б) воск**
- в) пластмасса
- г) термопластическая масса
- д) легкоплавкий сплав

270. Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается:

- а) замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
- б) функциональной присасываемостью и кламмерами**
- в) кламмерами и замковыми креплениями
- г) замковыми креплениями и адгезией
- д) адгезией и функциональной присасываемостью**

271. Клапанная зона является понятием:

- а) анатомическим
- б) физиологическим
- в) функциональным**
- г) комплексным
- д) эстетическим

272. Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает:

- а) 12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти**
- б) по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
- в) 12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
- г) 14 зубов на верхней и 16 зубов на нижней челюсти
- д) 16 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти

273. При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:

- а) боковые левые
- б) боковые правые
- в) передние
- г) центральная**
- д) дистальная

274. Диаторические фарфоровые зубы используются для постановки:

- а) в переднем отделе зубной дуги
- б) в боковом отделе зубной дуги**
- в) в переднем и боковом отделах зубной дуги
- г) только на нижней челюсти

д) только на верхней челюсти

275. Центральная окклюзия характеризуется:

- а) множественным фиссурно-бугорковым контактом
- б) смещением влево резцовой линии
- в) контактом жевательных групп зубов справа
- г) напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть
- д) смещением суставных головок вперед

276. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

- а) у основания ската суставного бугорка
- б) в суставной ямке центрально
- в) у вершины суставного бугорка
- г) за вершиной суставного бугорка
- д) на скате суставного бугорка

277. К режущим инструментам относятся:

- а) алмазные боры
- б) твердосплавные боры
- в) резиновые головки
- г) карборундовые камни
- д) штрипсы

278. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

- а) моделировочным
- б) базисным
- в) профильным (восколит)
- г) бюгельным
- д) липким

279. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

- а) дефект коронковой части зуба
- б) генерализованный гингивит
- в) пародонтит тяжелой степени
- г) включенный дефект зубного ряда
- д) полное отсутствие зубов

280. Артикуляторы -это приборы, воспроизводящие:

- а) центральную окклюзию
- б) боковую окклюзию
- в) переднюю окклюзию
- г) все положения и перемещения нижней челюсти
- д) состояние физиологического покоя

281. Искусственные коронки классифицируют по:

- а) месторасположению
- б) окклюзионным контактам
- в) групповой принадлежности зубов
- г) технологии изготовления
- д) фиксации

282. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба сошлифовываются на (мм):

- а) 0,10-0,15
- б) 0,20-0,22**
- в) 0,30-0,50
- г) 0,5-1,0
- д) 1,0-2,0

283. При изготовлении металлопластмассовой коронки твердые ткани сошлифовываются на (мм):

- а) 0,20-0,22
- б) 0,35-0,38
- в) 1,3-1,5**
- г) 1,5-2,0
- Д) 2,0-2,5

284. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

- а) седловидную
- б) промывную
- в) касательную**
- г) опорную
- д) телескопическую

285. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

- а) седловидную
- б) промывную**
- в) касательную
- г) опорную
- д) телескопическую

286. Поливинилсилоксановые слепочные материалы относятся к:

- а) термопластическим
- б) твердым
- в) эластическим**
- г) гидроколлоидным
- д) твердокристаллическим

287. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

- а) с челюсти, на которой будет изготовлена коронка
- б) с обеих челюстей**
- в) с фрагмента челюсти с препарированным зубом
- г) с отпрепарированного зуба
- д) с отпрепарированного зуба и его антагониста

288. Двухслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

- а) альгинатных
- б) твердокристаллических
- в) силиконовых**
- г) термопластических
- д) гидроколлоидных

289. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) репин
- б) цементы**
- в) масляный дентин
- г) водный дентин
- д) акриловые пластмассы

290. При изготовлении комбинированной штампованной коронки соединение пластмассы с

металлом осуществляется за счет:

- а) химического соединения
- б) образования окисной пленки
- в) взаимной диффузии материалов
- г) вырезания участка вестибулярной поверхности коронки**
- д) формирования ретенционных пунктов с помощью "перл" (шариков)

291. Метод, регистрации пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта:

- а) миотонометрия
- б) мастикациография
- в) одонтопародонтограмма
- г) реопародонтография**
- д) электромиография

292. Метод исследования биопотенциалов мышц:

- а) миотонометрия
- б) мастикациография
- в) одонтопародонтограмма
- г) реопародонтография
- д) электромиография**

293. После клинического этапа "припасовка металлокерамической коронки в полости рта"

заключительный лабораторный этап -это:

- а) определение цвета керамической облицовки
- б) глазурирование**
- в) полировка
- г) повторный обжиг керамической облицовки
- д) формирование оксидной пленки

294. Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:

- а) определение цвета керамической облицовки
- б) определение центральной окклюзии**
- в) изготовление временной пластмассовой коронки
- г) препарирование зуба
- д) снятие вспомогательного слепка

295. Штифтовой зуб по Логану - это конструкция:

- а) с вкладкой
- б) фабричного изготовления**
- в) с наружным кольцом
- г) с надкорневой защиткой
- д) с надкорневой культевой вкладкой

296. Штифтовой зуб с наружным кольцом (по автору):

- а) Логана
- б) Ричмонда**
- в) Ахметова
- г) Дэвиса
- д) Ильиной-Маркосян

297. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов:

- а) два
- б) три
- в) четыре**
- г) пять
- д) шесть

298. Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов:

- а) два
- б) три
- в) четыре**
- г) пять

д) шесть

299.Подвергается ли коррекции (сошлифовыванию) окклюзионные накладки во время

адапционного протеза и после него?

а) да,

б) нет,

в) по усмотрению пациента,

г) по усмотрению зубного техника.

300.Подвергается ли коррекции дуга (каркас) бюгельного протеза в адаптационном периоде?

а) да,

б) нет,

в) по усмотрению пациента,

г) по усмотрению зубного техника.

Перечень контрольных вопросов для собеседования

1.Лицевая дуга. Виды. Применение

2.Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС

3.Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза

4.Методы исследования ВНЧС

5.Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС. Показания. Механизмы лечебного действия.

6.Односторонняя потеря жевательных зубов. Вторичная вынужденная окклюзия.

7.Методика «wax-up». Показания к применению

8. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС

9.Назовите факторы нарушения окклюзии

10. Бруксизм. Этиология. Методы лечения

11. Артикуляция

12.Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов

13.Окклюзионные шины. Показания к применению

14.Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов

15.Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера.

16.Недостаточная фиксация полного съемного протеза. Причины. Методы устранения

17.Коррекция съемного протеза. Методы. Сроки проведения

18.Сроки замены протезов с пластмассовыми зубами при полной вторичной адентии

19.Двухслойный базис съемных протезов

20.Ориентиры для постановки центральных резцов

21.Центральное соотношение челюстей. Методы определения

22. Границы съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти
23. Функциональные пробы. Виды, методы проведения
24. Коррекция индивидуальной ложки при проведении функциональных проб
25. Металлокерамические конструкции. Виды, показания к применению
26. Особенности препарирования зубов под металлокерамические конструкции
27. Способы устранения гиперчувствительности витальных зубов после препарирования
28. Замковые системы при протезировании съемными протезами. Виды и особенности применения
29. Материалы для фиксации несъемных протезов. Виды
30. Особенности протезирования при хроническом генерализованном пародонтите
31. Особенности протезирования при наличии опорных зубов и дентальных имплантатов
32. Варианты фиксации несъемных протезов с опорами на дентальные имплантаты
33. Материалы для фиксации несъемных протезов с опорами на дентальные имплантаты
34. Протезирование золотосодержащими сплавами. Преимущества и недостатки
35. Способы снятия слепков при протезировании с применением дентальных имплантатов

Перечень ситуационных задач

Задача №1.

Пациент Л., 58 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с целью протезирования. В анамнезе: перелом тела нижней челюсти с дефектом кости в области 44, 45 зубов 6 месяцев назад. От хирургического лечения отказался. Объективно: вертикальная подвижность фрагментов нижней челюсти при ложном суставе в области 45 зуба. На фрагментах сохранились 47, 46, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 зубы, дефект кости не превышает 2 см.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Задача №2.

Пациент С., 24 лет, находится на лечении в ортопедическом отделении стоматологической поликлиники с целью изготовления протеза для временного закрытия дефекта твердого неба. Из анамнеза: дефект твердого

неба после огнестрельной травмы. Объективно: дефект твердого неба в переднем отделе, сообщающийся с полостью носа, рубцовые изменения слизистой оболочки в области дефекта и переходной складки, деформация зубного ряда верхней челюсти во фронтальном отделе, 13, 12, 11, 21, 22, 23 зубы отсутствуют. Отмечается западение верхней губы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Особенности лечения больных с данной патологией?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Задача №3.

Пациент к., 35 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на укорочение коронок фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, изменение цвета коронок зубов и боли от различных раздражителей в них. 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубы ранее не лечены. Пациент работает на заводе неорганических кислот. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, высота коронок 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 снижена до 1/2, зубы грязно-серого цвета, поверхность эмали неровная, матовая, шероховатая. Эмаль фронтальных зубов хрупкая, откалывается экскаватором. Реакция на холод болезненная, быстропроходящая, перкуссия безболезненная, зондирование болезненное.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Задача №4.

Пациентка Н., 42 лет, обратилась в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники по поводу протезирования после оперативного удаления правой половины нижней челюсти с экзартикуляцией правого ВНЧС. При внешнем осмотре: асимметрия лица, западение правой щеки, втянутый рубец подчелюстной области. В полости рта: на верхней челюсти мостовидный протез с опорами на 14, 17 зубы, на нижней челюсти справа сохранены 41, 42, 43 зубы до уровня резекции челюсти. Сохранившиеся зубы устойчивы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Задача №5.

Пациентка О., 38 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на отсутствие зубов. Из анамнеза: 27, 45, 46 зубы удалены по поводу осложненного кариеса. 26, 28, 44, 47 ранее не лечены. Пациентка работает на КРАЗ. Объективно: при осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, высота коронок зубов сохранена, на эмали зубов белые матовые и коричневые пятна, не окрашивающиеся метиленовым синим. Реакция на холод болезненная быстропроходящая, перкуссия безболезненная, зондирование безболезненное.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Прогноз ортопедического лечения и рекомендации?

Задача №6.

Пациент В., 54 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на боль и хруст при широком открывании рта в ВНЧС слева. Из анамнеза: хруст наблюдается в течение 2 лет, боль появилась 4 дня назад. Пациент жует преимущественно на правой стороне. Объективно: асимметрия лица, хруст в левом ВНЧС при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. Прикус бипрогнатический. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная. 26, 27 зубы отсутствуют. Рентгенологическая картина: деформация головки суставного отростка левого ВНЧС.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. Предварительный план лечения больного?
4. Вид ортопедической конструкции?
5. Требуется ли хирургическое вмешательство?

Ортопедическое лечение больных с применением имплантатов.

Ортопедическое лечение больных с патологией ВНЧС.

Эстетические аспекты ортопедического лечения. Диагностика и профилактика осложнений и ошибок при ортопедическом лечении различными видами зубных протезов и аппаратов.

Задача №7.

Пациент С., 50 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на эстетический дефект, в связи с разрушением коронок 4 передних зубов верхней челюсти и изменением их в цвете. Из перенесенных и сопутствующих заболеваний пациент указывает на ахилический гастрит, которым страдает в течение 5 лет. По поводу данного заболевания принимает лекарства, включая соляную кислоту. Со слов пациента прием кислоты осуществляется непосредственно из флакона

без использования трубочки. При внешнем осмотре асимметрии лица не выявлено, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. 15, 28, 38, 48 зубы удалены. Зубы 11, 12, 21, 22 - убыль твердых тканей на 3/4 величины коронок зубов, изменение цвета зубов. Отмечается изменение формы коронок остальных зубов верхней и нижней челюстей из-за стирания по режущим краям и жевательным поверхностям с образованием характерных фасеток стирания в пределах эмали. Прикус ортогнатический с вертикальной резцовой дизокклюзией до 10 мм.

1. Назовите вероятную причину убыли твердых тканей зубов у данного пациента?
2. Перечислите изменения, которые характерны для полости зуба при повышенном стирании твердых тканей зубов?
3. Назовите показатели ЭОД в норме?
4. Предложите способ восстановления эстетики в области передних зубов в данной клинической ситуации?
5. Какой материал рекомендован для изготовления ортопедической конструкции при данной патологии?

Задача №8.

Пациенту Д., 75 лет, с полным отсутствием зубов изготавливаются съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Проводится этап проверки конструкции протезов. При проверке постановки искусственных зубов в артикуляторе наблюдается множественный фиссурно-бугорковый контакт. Но при смыкании челюстей - бугорковый контакт в области боковых зубов и разобщение в области передних зубов. При выдвижении нижней челюсти вперед характер соотношения зубных рядов такой же, как в артикуляторе.

1. Укажите причину возникновения данной клинической ситуации?
2. Назовите клинический этап, на котором произошла данная ошибка?
3. Укажите на изменение высоты нижнего отдела лица при указанном смыкании искусственных зубов?
4. Укажите, есть ли необходимость в повторном определении центрального соотношения челюстей?
5. Укажите, есть ли необходимость в повторном проведении проверки конструкции съемных протезов после исправления допущенной ошибки?

Задача №9.

У пациента Л., 60 лет, с полным отсутствием зубов на клиническом этапе припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта» индивидуальная ложка сбрасывается.

1. Укажите участок индивидуальной ложки, на котором необходимо провести коррекцию?

2. Назовите другие функциональные пробы по Гербсту, которые проводятся при припасовке индивидуальной ложки на верхнюю челюсть?
3. Укажите от чего зависит амплитуда проведения функциональных проб?
4. Назовите явление, которое обеспечивает фиксацию индивидуальной ложки после ее припасовки?
5. Назовите материал, из которого изготовлена индивидуальная ложка?

Задача №10.

У пациента Ф., 62 лет, с полным отсутствием зубов на клиническом этапе припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «облизывание верхней губы» индивидуальная ложка приподнимается с протезного ложа.

1. Укажите участок индивидуальной ложки, на котором необходимо провести коррекцию?
2. Назовите мышцы, при сокращении которых происходит сбрасывание индивидуальной ложки?
3. Укажите, от чего зависит амплитуда проведения функциональных проб?
4. Назовите явление, которое обеспечивает фиксацию индивидуальной ложки после ее припасовки?
5. Назовите материал, из которого изготовлена индивидуальная ложка?

Задача №11.

Пациент П., 54 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на металлический вкус во рту, чувство кислоты. Это неприятное ощущение постоянно, усиливается при приеме кислой пищи. Пациент отмечает также сухость во рту, извращение вкуса, жжение языка. Наличие общесоматических заболеваний и аллергических реакций отрицает. Последнее обследование проходил 2 месяца назад во время диспансеризации. Со слов пациента: 3 месяца назад в районной поликлинике ему был изготовлен мостовидный протез на верхнюю челюсть и коронка на премоляр нижней челюсти. Спустя 2 недели он полностью адаптировался к новой конструкции. Было запланировано также изготовить съемный протез на нижнюю челюсть, но по семейным обстоятельствам визит к стоматологу откладывался. В настоящее время, через 3 месяца после протезирования, появились неприятные ощущения. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено, регионарные лимфоузлы при пальпации безболезненны, подвижны. Осмотр полости рта: 18, 28, 38, 37, 36, 35, 45, 46, 47, 48 зубы отсутствуют, маргинальная десна у зубов 11, 12 отечная, умеренно гиперемизованная. Отмечается также гиперемия боковой поверхности и кончика языка и его отечность. На верхней челюсти имеется штампованно-паяный мостовидный протез из нержавеющей стали с пластмассовой облицовкой. В местах спаек видны окисные пленки.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Назовите причину данной патологии?

3. Предложите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
4. Назовите норму микротоков в полости рта?
5. Определите изменения, происходящие с рН слюны при гальванозе?

Задача №12.

Пациентке Е., 68 лет, изготавливается полный съемный протез на нижнюю челюсть. На этапе припасовки и наложения съемного протеза из зуботехнической лаборатории в клинику поступил протез с неоднородностью окраски базиса («мраморность»).

1. Укажите наиболее вероятную причину подобного дефекта базиса протеза?
2. Укажите возможные осложнения, связанные с указанным дефектом, которые могут возникнуть при пользовании таким съемным протезом?
3. Укажите на возможность или невозможность исправления данной технической ошибки?
4. Укажите на возможные способы устранения?
5. Назовите действия врача в подобной клинической ситуации?

Задача №13.

Пациент Р., 63 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пользоваться съемным пластиночным протезом на нижней челюсти из-за болевых ощущений под базисом при жевании. Протез был изготовлен 2 месяца назад. Ранее пациент съемным протезом не пользовался. Фиксация съемного протеза на нижней челюсти удовлетворительная. Высота нижнего отдела лица не нарушена. Слизистая оболочка нижней челюсти без видимых патологических изменений.

1. Назовите причину имеющихся у пациента жалоб?
2. Укажите метод ортопедического лечения, который может быть предложен данному пациенту?
3. Назовите метод ортопедического лечения, которым может быть оказана помощь пациенту непосредственно в день обращения (после проведения обследования)?
4. Укажите метод исследования слизистой оболочки, который позволил бы избежать осложнения, возникшего у данного пациента?
5. На что необходимо обратить внимание в хирургическом анамнезе пациента?

Задача №14.

Пациент Н., 63 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на поломку съемного протеза - перелом базиса. Протез изготовлен около года назад. Со слов пациента фиксация протеза была удовлетворительной.

1. Требуется ли оттиски для проведения починки протеза в данной клинической ситуации?

2. Следует ли после починки протеза назначить пациента для осмотра и коррекции протеза?
3. Может ли быть произведена починка перелома базиса протеза в случае если пациент пытался произвести починку самостоятельно?
4. Необходима ли гипсовка протеза в кювету для проведения починки с использованием базисных акриловых пластмасс?
5. Что следует предпринять при невозможности сопоставления фрагментов протеза по линии перелома?

Задача №15.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В., 43 лет, с жалобами на эстетический дефект в области центральных резцов верхней челюсти, который заключается в изменении формы и цвета коронок зубов. Пациент считает себя практически здоровым. С его слов изменение коронок передних зубов происходило постепенно в течение последних 3 лет, и связывает он данные нарушения с пристрастием к семечкам. К стоматологу ранее не обращался. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. При осмотре полости рта слизистая оболочка умеренно гиперемированна, влажная. Выявляется рецессия десны с обнажением корней зубов, особенно в области резцов нижней челюсти. Зубные ряды обеих челюстей без дефектов, кариозные полости и реставрации пломбирочным материалом в зубах отсутствуют. Имеются отложения твердого и мягкого зубного налета. Зубы 11, 21 - изменение формы из-за стертости эмали и дентина по режущему краю, больше с медиальной поверхности, зуб 31 - истончение эмали режущего края за счет стертости оральной поверхности в пределах 1,5 мм. Прикус ортогнатический с вертикальной дизокклюзией в области резцов - 1 мм, диастема - 0,3 мм.

1. Назовите способы, с помощью которых можно устранить эстетический дефект у данного пациента?
2. Раскройте значение термина «винир»?
3. Назовите материалы, из которых изготавливают виниры?
4. Дайте определение диастеме?
5. Назовите показания к изготовлению виниров?