

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по ^{*}послевузовскому,
^{*}дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Стоматология ортопедическая»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.75 «Стоматология ортопедическая»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г., протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Простое протезирование.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2 Протезирование при частичной и полной потере зубов.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Челюстно-лицевая ортопедия и травматология.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Ортопедическое лечение заболеваний пародонта и ВНЧС.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Стоматология ортопедическая»

Индекс компетенции содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	Знать	Уметь	Владеть
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словесно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннюю диагностику,	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиолог., воз-растно-	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться	Базовыми технологиями преобразования информации. Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и

<p>выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>половые и индивидуальные особенности строения и развития организма человека, функции системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.</p>	<p>лабораторным оборудованием. Проводить статистическую обработку экспериментальных данных. Обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного.</p>	<p>лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.</p>
<p>ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами стоматологической патологией</p>	<p>Проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с проф. вредностью; осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и соц. групп населения.</p>	<p>Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.</p>	<p>Оценками состояния стомат. здоровья населения различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на доп. обследование к врачам-специалистам.</p>
<p>ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и проф. Наиболее часто встречающихся заб; Клинич. картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заб, протекающих в типичной форме; клинические проявления основных синдромов, требующих терап. лечения; особ. оказания мед. помощи при неотлож. состояниях.</p>	<p>Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз. вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.</p>	<p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.</p>
<p>ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической помощи</p>	<p>Методы диагностики, лечения и профилактики ортопедических заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологий человека ортодонтологиче</p>	<p>Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;</p>	<p>Новейшими методами исследования, применяемыми в ортоп. Стоматол.. Знаниями о современных материалах, применяемых в ортоп. Стомат.. Совр. методами лечения, примен. в</p>

	ской точки зрения.		стоматологии.
ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стомат. патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физ. факторов на орг.; физ. основы функций. мед.аппар; правила использования ион. облуч. и риски, связанные с их воздействием на биолог. ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат. радиографии.	Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие ЛС по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стомат. лечения больных;	Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения ЛС при лечении, реабилитации и профилактике различных стомат. Забол. и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.

1-семестр

Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
	Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
	Наименование материалов оценочных средств			
	Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания				
УК-1	1-57	1-5	1-46	1-15
ПК-1	1-57	1-15	1-46	1-15
ПК-2	1-25	10-20	1-46	1-15
ПК-5	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-7	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-9	21-40	24-56	1-46	1-15

2-семестр

Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
	Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
	Наименование материалов оценочных средств			
	Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи

	№ задания			
УК-1	1-57	1-5	1-46	1-15
ПК-1	1-57	1-15	1-46	1-15
ПК-2	1-25	10-20	1-46	1-15
ПК-5	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-7	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-9	21-40	24-56	1-46	1-15

3-семестр

Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
	Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
	Наименование материалов оценочных средств			
	Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
	№ задания			
УК-1	1-57	1-5	1-46	1-15
ПК-1	1-57	1-15	1-46	1-15
ПК-2	1-25	10-20	1-46	1-15
ПК-5	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-7	1-20	27-72	1-46	1-15
ПК-9	21-40	24-56	1-46	1-15

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Стоматология ортопедическая»

Вопросы для устного собеседования

«Простое протезирование».

1. Ортопедическая стоматология, ее разделы. Связь ортопедической стоматологии с другими разделами специальности и медицинскими дисциплинами.
2. Оборудование, оснащение и инструментарий кабинета ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда.
3. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и зуботехнической лаборатории
4. Техника безопасности при работе в ортопедическом отделении, кабинете, зуботехнической лаборатории. Гигиена труда врача стоматолога-ортопеда.
5. Пути распространения инфекции в ортопедическом отделении. Профилактика СПИДа и гепатита В на ортопедическом приеме.
6. Обеспечение эпидемиологической безопасности на стоматологическом приеме. Дезинфекция и стерилизация инструментов, оттисков, зубных протезов на этапах изготовления.
7. Анатомия и физиология челюстно-лицевой системы. Функциональная анатомия нижней челюсти
8. Функциональная анатомия верхней челюсти. Контрфорсы верхней челюсти.
9. Зубы и зубные ряды. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубных рядов верхней и нижней челюстей. Понятие о зубной, альвеолярной и базальной дугах.
10. Оклюзионная поверхность зубных рядов. Оклюзионные кривые и их функциональное значение.

11. Биомеханика нижней челюсти. Сагиттальные движения нижней челюсти. Сагиттальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
12. Биомеханика нижней челюсти. Трансверзальные движения нижней челюсти. Трансверзальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
13. Артикуляция и окклюзия зубных рядов. Виды окклюзий, их характеристики.
14. Прикус, его физиологические и патологические разновидности. Морфологическая характеристика ортогнатического прикуса.
15. Анатомия и физиология пародонта. Периодонт, его функции. Выносливость пародонта к жевательной нагрузке.
16. Жевательные и мимические мышцы и их функциональная характеристика.
17. Абсолютная сила жевательных мышц и выносливость пародонта. Жевательное давление, жевательная эффективность. Методы исследования жевательной функции, их оценка.
18. Строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки.
19. Височно-нижнечелюстной сустав. Строение, возрастные особенности. Движения в суставе.
20. Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии.
21. Документация отделения ортопедической стоматологии. Схема истории болезни ортопедического стоматологического больного. Субъективные и объективные методы обследования
22. Вспомогательные методы обследования ортопедического стоматологического больного. Одонтонтограмма, ее значение в планировании конструкции зубного протеза, при лечении заболеваний тканей пародонта.
23. Статические и функциональные методы определения жевательной эффективности. Их значение.
24. Диагноз в клинике ортопедической стоматологии, его структура и значение для планирования лечения.
25. Частичное отсутствие зубов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову.
26. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия при подготовке полости рта к протезированию.
27. Специальная ортопедическая подготовка полости рта к протезированию при частичном отсутствии зубов, осложненном зубо-альвеолярным удлинением.
28. Вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Классификация. Этиология, клиника мезио-дистального перемещения зубов. Методы лечения, профилактика.
29. Зубо-альвеолярное удлинение, формы, клиника. Дифференциальная диагностика. Ортопедические и комплексные методы лечения. Показания к выбору метода лечения.
30. Классификация дефектов твердых тканей зубов. Виды зубных протезов, применяемых для лечения патологии твердых тканей зубов.
31. Психотерапевтическая подготовка пациентов к ортопедическим мероприятиям. Современные методы обезболивания при препаровке зубов.
32. Классификация искусственных коронок. Требования, которым должны соответствовать искусственные коронки (металлические, пластмассовые, комбинированные).
33. Общие показания и противопоказания (относительные и абсолютные) к ортопедическому лечению искусственными коронками.
34. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки. Показания к протезированию.
35. Техника препаровки зубов при протезировании металлическими штампованными коронками: принципы, последовательность, ошибки. Профилактика возможных осложнений.
36. Пластмассовые коронки: показания к изготовлению, особенности препаровки, клинико-лабораторные этапы изготовления.

37. Комбинированные металлопластмассовые коронки: показания к изготовлению, виды комбинированных коронок. Клинико-лабораторные этапы изготовления коронки по Белкину.
38. Микропротезирование: вкладки. Показания к протезированию вкладками. Принципы формирования полостей под вкладки. Прямой метод изготовления вкладок.
39. Микропротезирование: вкладки. Классификации полостей под вкладки. Косвенный способ изготовления вкладок. Материалы для изготовления.
40. Ортопедическое лечение литыми цельнометаллическими коронками: показания к изготовлению, клинико-лабораторные этапы, особенности препаровки.
41. Металлокерамические коронки: показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления.
42. Принципы и методика препарирования зубов под металлокерамические коронки. Критерии оценки качества препарирования. Ошибки и осложнения.
43. Временные (провизорные) коронки на этапах изготовления металлокерамических протезов. Показания, способы изготовления.
44. Методики получения оттисков при изготовлении металлокерамических конструкций зубных протезов. Материалы для получения оттисков.
45. Методы протезирования при полном отсутствии коронковой части зуба. Показания к сохранению и использованию корней зубов.
46. Штифтовые зубы. Показания к их применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду.
47. Особенности конструкции штифтовых зубов по Ильиной-Маркосян, Ахмедову. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассового штифтового зуба.
48. Клинико-лабораторные этапы протезирования коронками с изготовлением литой искусственной культи зуба. Литые культевые штифтовые вкладки. Показания к применению. Прямой и косвенный методы изготовления.
49. Протезирование дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препаровки опорных зубов.
50. Виды мостовидных протезов. Характеристика опорных элементов. Особенности протезирования при конвергенции опорных зубов.
51. Показания к применению мостовидных протезов с односторонней опорой. Выбор опорных зубов.
52. Адгезивные мостовидные протезы. Показания к применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
53. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами. Мероприятия, направленные на предупреждение осложнений.
54. Неотложная стоматологическая ортопедическая помощь.

«Протезирование при частичной и полной потере зубов».

1. Основные симптомы клиники частичного отсутствия зубов. Понятие о функциональной перегрузке зубов. Травматическая окклюзия, ее виды.
2. Показания к протезированию съемными конструкциями зубных протезов. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов.
3. Составные части съемных протезов. Границы базисов протезов на верхней и нижней челюстях.
4. Способы фиксации частичных съемных пластиночных протезов. Кламмерная фиксация. Кламмер, его части. Виды кламмеров. Кламмерная линия.
5. Оттиски, их классификация. Оттискные ложки, правила подбора оттискных ложек. Методика получения анатомического оттиска с верхней челюсти гипсом.
6. Методика получения анатомического гипсового оттиска с нижней челюсти. Оценка качества оттисков.

7. Получение анатомических оттисков эластическими, термопластическими оттискными массами. Одно - и двухэтапная методики получения комбинированных оттисков.
8. Методика определения центрального соотношения челюстей при частичных дефектах зубных рядов при фиксированной и нефиксированной высоте прикуса.
9. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей, выявляемые на клиническом этапе проверки конструкции частичного съемного протеза. Способы устранения.
10. Компрессионное прессование пластмасс при изготовлении съемных протезов. Способы гипсовки восковых композиций протезов в кюветы. Их сравнительная характеристика.
11. Клинический этап припасовки и наложения частичного съемного протеза в полости рта. Коррекция выявленных недостатков.
12. Непосредственное протезирование при частичном отсутствии зубов. Показания. Способы изготовления имедиат-протезов.
13. Проблема концевое седла. Типы альвеолярных отростков по Эльбрехту. Особенности протезирования пациентов с односторонними и двухсторонними дефектами зубных рядов.
14. Особенности ортопедического лечения при одиночно сохранившихся зубах на верхней и нижней челюстях.
15. Бюгельные протезы, их составные части (назначение, требования). Показания и противопоказания к применению бюгельных протезов.
16. Способы фиксации бюгельных протезов. Виды опорно-удерживающих кламмеров, их характеристика, показания к применению.
17. Параллелометр. Цель, задачи и сущность методов параллелометрии при изготовлении бюгельных протезов.
18. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
19. Характеристика метода литья каркасов бюгельных протезов на огнеупорных моделях. Материалы для изготовления дублирующей формы. Преимущества метода перед методом безмодельного литья.
20. Клиника полного отсутствия зубов. Характеристика тканей протезного ложа беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей (Шредера, Келлера, Оксмана).
21. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа (классификация слизистой по Суппле).
22. Методы фиксации полных съемных пластиночных протезов. Понятие «клапанная зона».
23. Индивидуальные ложки: методы изготовления. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
24. Функциональные оттиски. Способы получения функциональных оттисков, выбор оттискных материалов.
25. Методика припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
26. Определение центрального соотношения беззубых челюстей. Использование жестких базисов при определении центрального соотношения.
27. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей у пациентов с полным отсутствием зубов. Причины, методы устранения.
28. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах. Антропометрические ориентиры и клинические методы определения положения, формы и величины искусственных зубов.
29. Особенности постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах при прогнатическом и прогеническом соотношении беззубых челюстей.
30. Проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов: возможные ошибки, их причины, методы исправления. Объемное моделирование.
31. Сравнительная характеристика компрессионного и литьевого прессования пластмасс при изготовлении полных съемных протезов.

32. Припасовка и наложение полных съемных протезов. Рекомендации. Возможные осложнения при пользовании протезами и методы их устранения. Физиологические механизмы привыкания к съемным протезам. Коррекция протезов.
33. Частичное отсутствие зубов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову.
34. Влияние пластиночных протезов на ткани протезного ложа (побочное, травматическое, токсическое, аллергическое) Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
35. Причины переломов базисов съемных протезов. Методы починок. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа ускоренным и лабораторным способами.
36. Дезинфекция оттисков из различных материалов и протезов на этапах изготовления: актуальность, методика, режим. Документальное обоснование.

«Челюстно-лицевая ортопедия и травматология».

1. Классификация ортопедических аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой ортопедии.
2. Ортопедическое лечение переломов челюстей.
3. Ортопедическое лечение переломов альвеолярного отростка. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.
4. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
5. Протезирование при ложных суставах нижней челюсти.
6. Протезирование и лечение пациентов при неправильно сросшихся переломах челюстей.
7. Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при полностью сохранившихся зубных рядах.
8. Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при частичной потере зубов.
9. Контрактура нижней челюсти. Профилактика и лечение.
10. Протезирование после резекции альвеолярного отростка верхней челюсти.
11. Протезирование после резекции альвеолярного отростка нижней челюсти и полного удаления нижней челюсти.
12. Протезирование приобретенных дефектов твердого и мягкого неба.
13. Протезирование врожденных дефектов твердого и мягкого неба.
14. Экзопротезы. Протезирование при дефектах лица.
15. Ортопедическое лечение при зияющих дефектах глотки и шейного отдела пищевода.
16. Миогимнастика и механотерапия при лечении больных с дефектами челюстно-лицевой области.

«Ортопедическое лечение заболеваний пародонта и ВНЧС».

1. Заболевания тканей пародонта. Этиология, патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика пародонтитов и пародонтоза.
2. Травматическая окклюзия как этиологический фактор в патогенезе заболеваний пародонта. Классификация травматической окклюзии. Диагностика. Методы устранения, профилактика.
3. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта. Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов: показания, методика проведения этапов.
4. Виды стабилизации зубных рядов, биомеханические основы шинирования при пародонтите. Показания к включению зубов в шину.
5. Виды шинирования при пародонтитах. Классификация шин. Сравнительная оценка съемных и несъемных шинирующих конструкций.
6. Временное шинирование при лечении заболеваний пародонта. Значение временного шинирования в комплексной терапии пародонтитов.

7. Виды постоянных шинирующих конструкций, применяемых для лечения заболеваний пародонта. Показания к применению, особенности изготовления, преимущества и недостатки.
8. Особенности ортопедического лечения пародонтита, осложненного частичным отсутствием зубов.
9. Классификация заболеваний ВНЧС. Этиология и патогенез заболеваний ВНЧС.
10. Диагностика и клиника заболеваний ВНЧС. Методы консервативного лечения заболеваний ВНЧС.
11. Ортопедическое лечение привычного вывиха и подвывиха нижней челюсти.
12. Аппараты для ортопедического лечения заболеваний ВНЧС.
13. Медикаментозное лечение, физиотерапия и ЛФК при заболеваниях ВНЧС.
14. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Компенсированная форма. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
15. Декомпенсированная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

001. Артикуляция – это
- 1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии
 - 2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц
 - 3) вид смыкания зубов в передней окклюзии
 - 4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии
 - 5) цепь сменяющих друг друга окклюзий
 - 6) 2+5
002. Прикус – это характер смыкания зубов в положении окклюзии
- 1) центральной
 - 2) боковой
 - 3) передней
 - 4) задней

003. К нормальному прикусу относится
- 1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов
 - 2) глубокий прикус
 - 3) ортогнатический прикус
 - 4) прямой прикус
004. В норме, после прорезывания постоянных зубов образуются
- 1) межзубные площадки
 - 2) межзубные промежутки
 - 3) межзубные контакты
005. Базальную дугу образуют
- 1) режущий край и жевательные поверхности зубов
 - 2) верхушки корней
 - 3) гребень альвеолярной части
006. На верхней челюсти самой широкой дугой является
- 1) альвеолярная дуга
 - 2) базальная дуга
 - 3) зубная дуга
007. На нижней челюсти во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила
- 1) 20–30 кг
 - 2) 10–15 кг
 - 3) 5–10 кг
008. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается
- 1) передняя окклюзия
 - 2) центральная окклюзия
 - 3) задняя окклюзия
 - 4) боковая окклюзия
009. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие
- 1) дистального прикуса
 - 2) мезиального прикуса
 - 3) ортогнатического прикуса
 - 4) перекрестного прикуса
010. К мышцам опускающим нижнюю челюсть относятся
- 1) m.pterygoideusmedialis
 - 2) m.mylohyoideus
 - 3) m.geniohyoideus
 - 4) m.digastricus
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+3+4
011. Угол сагиттального суставного пути равен

- 1) 17°
 - 2) 110°
 - 3) 60°
 - 4) 33°
012. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен
- 1) 110°
 - 2) 30°
 - 3) 17°
 - 4) 60°
013. Угол сагиттального резцового пути равен
- 1) 30°
 - 2) 45°
 - 3) 110°
 - 4) 17°
014. Угол бокового резцового пути равен
- 1) 110°
 - 2) 17°
 - 3) 30°
 - 4) 60°
015. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа
- 1) камперовская горизонталь
 - 2) франкфуртская горизонталь
 - 3) протетическая горизонталь
016. Воображаемая линия от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода называется
- 1) камперовской горизонталью
 - 2) франкфуртской горизонталью
 - 3) протетической плоскостью
017. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов на рабочей стороне – одноименными бугорками, а на балансирующей – разноименными?
- 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) IV
018. На верхней челюсти различают контрфорсы
- 1) лобно–носовой
 - 2) резцовый
 - 3) скуловой
 - 4) небный
 - 5) крылонебный
 - 6) 1+3+4+5

019. Трехпунктный контакт Бонвиля возможен
- 1) в центральной окклюзии
 - 2) в боковой окклюзии
 - 3) в передней окклюзии
 - 4) в задней окклюзии
020. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?
- 1) мезиального прикуса
 - 2) дистального прикуса
 - 3) глубокого прикуса
 - 4) открытого прикуса
 - 5) перекрестного прикуса
 - 6) 2+3
021. Какой симптом является общим для некоторых форм дистального и глубокого прикуса?
- 1) смыкание боковых зубов как и при ортогнатическом прикусе
 - 2) пересечение верхнего и нижнего зубных рядов
 - 3) отсутствие режуще–бугоркового контакта передних зубов
022. Смещение нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей
- 1) латеральной крыловидной при ее одностороннем сокращении
 - 2) подбородочно–подъязычной
 - 3) височной
 - 4) медиальной крыловидной
023. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
024. Классификация зубных рядов с дефектами по Гаврилову включает
- 1) концевые, включенные, комбинированные дефекты
 - 2) включенные, концевые дефекты, одиночностоящие зубы
 - 3) концевые, включенные, комбинированные дефекты, одиночностоящие зубы
025. По классификации Кеннеди зубной ряд с двусторонним концевым дефектом относят
- 1) к первому классу
 - 2) к второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
026. Клиническая шейка зуба соответствует
- 1) границе эмали и цемента корня
 - 2) границе над– и поддесневой части зуба
 - 3) экватору зуба
027. Анатомическая шейка зуба соответствует
- 1) границе эмали и цемента корня

- 2) границе над- и поддесневой части зуба
3) экватору зуба
028. Промежуток между центральными резцами называется
1) диастемой
2) тремой
3) расщелиной
029. Промежуток между зубами называют
1) диастемой
2) тремой
3) расщелиной
030. В состав пародонта входят
1) ткани десны
2) ткани альвеолы
3) периодонт
4) цемент корня
5) 1+2+3+4
6) 1+2+4
031. Часть жевательной силы, используемой при пережевывании пищи, называется
1) жевательной нагрузкой
2) жевательным давлением
3) функциональной нагрузкой
030. В состав пародонта входят
1) ткани десны
2) ткани альвеолы
3) периодонт
4) цемент корня
5) 1+2+3+4
6) 1+2+4
034. Аномальным прикусом является
1) глубокий прикус
2) прямой прикус
3) ортогнатический прикус
4) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов
035. Термин “аномалия” означает
1) отклонение от нормы, возникшее в период роста и развития организма
2) отклонение от нормы, возникшее в процессе жизнедеятельности взрослого организма
3) 1+2
036. Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов возникают
1) у детей
2) у взрослых
3) 1+2

037. К мышцам–выдвигателям нижней челюсти относятся
- 1) собственно жевательные мышцы
 - 2) височные мышцы
 - 3) крыловидные латеральные мышцы
 - 4) крыловидные медиальные мышцы
 - 5) все выше перечисленные мышцы
038. Мышцы–подниматели нижней челюсти
- 1) собственно жевательные мышцы
 - 2) височные мышцы
 - 3) крыловидные латеральные мышцы
 - 4) крыловидные медиальные мышцы
 - 5) челюстно–подъязычные мышцы
 - 6) 1+2+3
 - 7) 1+2+4
039. Классификация Келлера относится к беззубой
- 1) нижней челюсти
 - 2) верхней челюсти
 - 3) обеим челюстям
040. По классификации Оксмана значительная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится
- 1) к первому типу
 - 2) ко второму типу
 - 3) к третьему типу
 - 4) к четвертому типу
041. При ортогнатическом прикусе зубная дуга имеет форму
- 1) верхняя – парабола, нижняя – полуэллипса
 - 2) верхняя – полуэллипса, нижняя – парабола
 - 3) верхняя – полуэллипса, нижняя – трапециевидная
 - 4) верхняя – седловидная, нижняя – парабола
042. Смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов–антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени называется
- 1) окклюзией
 - 2) артикуляцией
 - 3) прикусом
 - 4) 1+2+3
043. Головка нижней челюсти, справа, слегка вращаясь, остается у основания суставного бугорка, а слева она смещается книзу – что соответствует
- 1) центральной окклюзии
 - 2) передней окклюзии
 - 3) правой боковой окклюзии
 - 4) левой боковой окклюзии
 - 5) задней окклюзии
044. Центральное соотношение челюстей – это

1) такое соотношение челюстей, при котором головки нижней челюсти занимают наиболее дистальное положение в суставной ямке, при котором возможны ее боковые смещения

2) такое соотношение челюстей, при котором головки нижней челюсти занимают наиболее переднее положение в суставной ямке, при котором возможны ее боковые смещения

3) такое соотношение челюстей, при котором имеются множественные межзубные окклюзионные контакты

4) 1+3

045. Высота нижней части лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется

1) высотой относительного функционального покоя

2) окклюзионной высотой

3) 1+2

046. основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является

1) Шварц

2) Коркгауз

3) Брюкль

4) Симон

5) Герлах

047. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях

1) трансверзальной, сагитальной, вертикальной

2) трансверзальной, сагитальной, горизонтальной

3) сагитальной, вертикальной, переднезадней

4) трансверзальной, горизонтальной, вертикальной

048. Метод, позволяющий изучить местоположение зубов в трансверзальном и сагитальном направлениях

1) параллелография

2) симметроскопия

3) параллелометрия

049. Метод исследования диагностических моделей челюстей с последующим их фотографированием в определенном режиме

1) симметрография

2) фотосимметроскопия

3) симметроскопия

050. В положении центральной окклюзии перекрытие нижних зубов верхними свыше 1/2 высоты коронок с сохранением режущее-бугоркового контакта говорит

1) о глубоком прикусе

2) о глубоком резцовом перекрытии

3) о глубоком травмирующем прикусе

051. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью

1) цефалостата

- 2) гнатостата
 - 3) аксиографа
052. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена
- 1) Тонном
 - 2) Герлахом
 - 3) Корггаузом
 - 4) Нансе
 - 5) Поном
053. Премолярный индекс Пона равен
- 1) 64
 - 2) 85
 - 3) 60
 - 4) 65
 - 5) 80
054. Данные миотонометрии позволяют судить
- 1) о тонусе мышц при различных состояниях
 - 2) о перестройке миостатического рефлекса
 - 3) об адаптационных возможностях мышц
 - 4) 1+2+3
055. Электроактивность круговой мышцы рта зависит
- 1) от особенностей строения губ
 - 2) от высоты нижней части лица
 - 3) от степени выпуклости лица
 - 4) 1+2+3
056. Метод аускультации височно–нижнечелюстных суставов для выявления в них шума, хруста, щелканья и диагностики функциональных и морфологических нарушений называется
- 1) осциллография
 - 2) миоартрография
 - 3) артрофонография
 - 4) мастикациография
057. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность
- 1) клыков
 - 2) центральных резцов
 - 3) первых моляров
 - 4) боковых резцов
 - 5) третьих моляров
058. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы
- 1) по Христиансену
 - 2) по Гельману

- 3) по Рубинову
 - 4) по Соловьеву
059. Метод обследования, позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов
- 1) окклюзионная рентгенография
 - 2) ортопантомография
 - 3) телерентгенография
 - 4) компьютерная томография
060. Метод обследования, позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета
- 1) внутриротовая рентгенография
 - 2) окклюзионная рентгенография
 - 3) ортопантомография
 - 4) телерентгенография
 - 5) компьютерная томография
061. Разделы рентгенэнцефалометрического исследования
- 1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия
 - 2) краниометрия, дентометрия, профилометрия
 - 3) фотограмметрия, профилометрия, дентометрия
062. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы
- 1) линейные
 - 2) угловые
 - 3) отношения линейных величин
 - 4) 1+2+3
063. Функции истории болезни
- 1) медицинская
 - 2) юридическая
 - 3) научная
 - 4) статистическая
 - 5) 1+2+3+4
064. Заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз
- 1) диагноз
 - 2) эпикриз
 - 3) 1+2
065. Задачи ортопедического лечения
- 1) восстановление эстетики лица
 - 2) восстановление функции жевательно–речевого аппарата
 - 3) создание состояния психологического комфорта
 - 4) профилактика
 - 5) 1+2+3
066. Методы обследования больных делятся
- 1) на субъективные и объективные
 - 2) на клинические и параклинические

- 3) на анатомические и функциональные
067. К клиническим методам обследования относятся
- 1) опрос, осмотр
 - 2) пальпация, зондирование
 - 3) функциональные пробы
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
068. К параклиническим методам обследования относятся
- 1) инструментальные, лабораторные, рентгенологические
 - 2) анатомические, рентгенологические, функциональные
 - 3) лабораторные, цефалометрические, антропометрические.
069. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти осуществляется с помощью
- 1) мастикациографии
 - 2) гнатодинамометрии
 - 3) реографии
070. Исследование, характеризующее расположение челюстей по отношению к плоскости передней части основания черепа, называется
- 1) профилометрией
 - 2) гнатометрией
 - 3) краниометрией
071. Уточнить формы аномалий прикуса зубоальвеолярную, гнатическую, сочетанную можно
- 1) по телерентгенограмме
 - 2) по ортопантограмме
 - 3) по рентгенограмме кистей рук
072. Нарушение функций жевательно–речевого аппарата влияет
- 1) на функцию опорно–двигательной аппарата
 - 2) на функцию дыхательной и сердечно–сосудистой системы
 - 3) на функцию системы пищеварения
 - 4) на особенности формирования психики
 - 5) 1+2+3+4
073. Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него сифилиса, врач должен
- 1) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
 - 2) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием
 - 3) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи
 - 4) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
074. Гнатодинамометром измеряют
- 1) абсолютную силу жевательных мышц
 - 2) выносливость пародонта
 - 3) жевательную эффективность
 - 4) жевательное давление

075. К инструментальным методам обследования относится
- 1) мастикациография
 - 2) электромиография
 - 3) функциональная проба Гельмана
 - 4) функциональная проба Рубинова
 - 5) 1+2+3+4
076. В функциональных пробах Гельмана и Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром
- 1) 0,5 мм
 - 2) 1,2 мм
 - 3) 2,4 мм
 - 4) 3,6 мм
077. Функциональная проба Гельмана показывает
- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
 - 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
 - 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
 - 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
 - 5) время разжевывания пищи.
078. Метод регистрации колебаний электрического сопротивления тканей пародонта при прохождении через него тока высокой частоты называется
- 1) мастикациография
 - 2) гнатодинамометрия
 - 3) реопародонтография
079. По классификации Кеннеди двусторонний концевой дефект относится
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
080. По классификации Кеннеди односторонний концевой дефект относится
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
081. По классификации Кеннеди односторонний включенный дефект относится
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
082. По классификации Кеннеди включенный дефект в области передних зубов относится
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу

083. Методы определения степени атрофии костной ткани альвеолы зуба
- 1) рентгенологический
 - 2) клинический (зондирование)
 - 3) клинический (осмотр)
 - 4) пальпаторный
 - 5) с помощью электроодонтодиагностики
 - 6) 1+3
 - 7) 2+4
 - 8) 1+2+3+4
084. Функциональная проба по Рубинову показывает
- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
 - 2) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течении 50 сек.
 - 3) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
 - 4) время разжевывания пищи
 - 5) 3+4
085. Стоматологические материалы подразделяются
- 1) на основные, вспомогательные, клинические
 - 2) на основные, вспомогательные, эстетические
 - 3) на клинические, технические, вспомогательные
086. Клинические материалы используются
- 1) врачом на клиническом приеме
 - 2) техником для создания протеза или аппарата
087. К физическим свойствам материала относятся
- 1) температура кипения
 - 2) теплопроводность
 - 3) поверхностное напряжение
 - 4) плотность
 - 5) все перечисленное
088. Понятия “прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность” относят
- 1) к химическим свойствам материала
 - 2) к механическим свойствам материала
 - 3) к физическим свойствам материала
089. Являются ли синонимами понятия “пластичность” и “эластичность”
- 1) да
 - 2) нет
090. Вязкость – это
- 1) способность материала оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение
 - 2) способность материала прилипать к рукам
091. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как
- 1) коррозионная стойкость
 - 2) окисляемость

- 3) растворимость
 - 4) цветостойкость
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
092. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие
- 1) механическое
 - 2) токсическое
 - 3) аллергическое
 - 4) термоизолирующее
 - 5) все вышеперечисленные
093. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть
- 1) непосредственным
 - 2) опосредованным
 - 3) и тем, и другим
094. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы являются
- 1) пластификаторы
 - 2) стабилизаторы
 - 3) красители
 - 4) мономер
095. Основной стоматологический материал должен быть
- 1) безопасным для организма
 - 2) достаточно прочным
 - 3) эстетичным
 - 4) технологичным
 - 5) 1+2+3+4
096. Оттисковые материалы условно делят
- 1) на твердые и эластические
 - 2) на кристаллизирующиеся и термопластические
 - 3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся)
097. Гипс относится
- 1) к твердым оттискным материалам
 - 2) к моделировочным материалам
 - 3) 1+2
098. Супергипс получают путем
- 1) нагревания двухводного гипса под давлением 1,3 атм.
 - 2) добавления соли при замешивании
 - 3) замешивания гипса в горячей воде
099. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) зависит от вида гипса

100. Цинкоксидэвгеноловую пасту “Репин” применяют
- 1) для получения анатомических оттисков
 - 2) для получения функциональных оттисков
 - 3) для временной фиксации несъемных протезов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
101. Эластические оттискные материалы делят
- 1) на альгинатные, силиконовые
 - 2) на альгинатные, термопластические, силиконовые
 - 3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые
102. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом?
- 1) позвать техника
 - 2) сразу отлить гипсовую модель
 - 3) положить оттиск в воду
 - 4) проверить качество оттиска
 - 5) провести дезинфекцию оттиска
 - 6) 1+3
 - 7) 4+5+2
103. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций
- 1) кристаллизации
 - 2) поликонденсации
 - 3) полиприсоединения
 - 4) 1+2+3
 - 5) 2+3
104. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста не затвердела, потому что
- 1) истек срок годности материала
 - 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора
105. При протезировании металлокерамическими протезами для получения оттиска целесообразно применить
- 1) гипс
 - 2) альгинатный материал
 - 3) силиконовый материал с использованием методики двойного оттиска
106. В каких оттискных материалах в качестве ингредиента катализаторной пасты присутствует двуокись свинца?
- 1) альгинатных материалах
 - 2) силиконовых материалах
 - 3) тиоколовых материалах
 - 4) кристаллизирующихся материалах
107. Термопластические оттискные материалы применяют
- 1) для получения функциональных оттисков

- 2) для окантовки краев индивидуальной ложки
- 3) для получения вспомогательных оттисков
- 4) 1+2+3

Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют

- 1) стандартные ложки
- 2) перфорированные ложки
- 3) индивидуальные ложки

109. По степени давления на ткани протезного ложа при снятии оттиска различают

- 1) анатомический оттиск
- 2) компрессионный оттиск
- 3) разгружающий оттиск
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

110. Все металлы принято делить

- 1) на черные и белые
- 2) на белые и цветные
- 3) на цветные и черные
- 4) на черные, белые и цветные

111. К благородным металлам относят

- 1) золото
- 2) алюминий
- 3) серебро
- 4) палладий
- 5) платина
- 6) свинец
- 7) 1+2+3+4+5
- 8) 1+3+4+5

112. В ортопедической стоматологии применяются следующие сплавы золота

- 1) 900-й пробы
- 2) 750-й пробы
- 3) 1000-й пробы
- 4) 583-й пробы
- 5) 1+3
- 6) 2+4
- 7) 1+2

113. Для искусственных коронок используют сплав золота

- 1) 1000-й пробы
- 2) 900-й пробы
- 3) 583-й пробы

114. Процесс отделения золота от примесей называется

- 1) прокаткой
- 2) аффинажем
- 3) волочением

115. Чистое золото в стоматологии не применяется по причине его

- 1) дороговизны
 - 2) мягкости
116. Процесс придания особых свойств металлам путем введения других металлов (элементов) называется
- 1) закалкой
 - 2) легированием
 - 3) аффинажем
117. Золото–платиновый сплав применяется для создания
- 1) каркасов дуговых протезов и кламмеров
 - 2) искусственных коронок
 - 3) припоя
118. Ограниченное применение серебряно–палладиевых сплавов обусловлено
- 1) подверженностью сплава коррозии
 - 2) трудоемкостью технологического процесса
119. Припой должен иметь температуру плавления
- 1) выше, чем у сплава металлов
 - 2) ниже, чем у сплава металлов
120. Примерный состав припоя 750–й пробы (в % по массе)
- 1) золото–72, серебро–8, медь–13, кадмий–7
 - 2) золото–80, медь–13, латунь–7
 - 3) золото–75, серебро–5, медь–13, кадмий –5, латунь–2
121. Если температура плавления сплава превышает 1500°C, то такой сплав относится
- 1) к легкоплавким
 - 2) к тугоплавким
122. Добавление никеля в нержавеющую сталь повышает
- 1) коррозионную стойкость сплава
 - 2) пластичность сплава
 - 3) однородность сплава металла
123. Все хромоникелевые сплавы для ортопедической стоматологии должны содержать
- 1) не более 1% углерода и не менее 25 % хрома
 - 2) не менее 0,1% углерода и не менее 18% хрома
124. К механическим свойствам нержавеющих сталей относят
- 1) высокую прочность
 - 2) высокую текучесть
 - 3) высокую пластичность

Припои для соединения элементов каркаса протеза из нержавеющей стали

- 1) серебряно–палладиевые
- 2) золото–платиновые
- 3) серебряно–кадмиевые

126. Содержание кобальта, хрома и никеля в КХС должно быть не менее
- 1) 75%
 - 2) 90%
 - 3) 85%
127. Возможно ли улучшить механические и литейные качества кобальто–хромового сплава, если повысить содержание хрома с 30% до 50%?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) содержание хрома ни на что не влияет
128. Содержат ли никелехромовые сплавы углерод
- 1) да
 - 2) нет
129. Для изготовления каркаса металлокерамических протезов применяют
- 1) никелехромовый сплав
 - 2) кобальтохромовый сплав
 - 3) хромоникелевую сталь
 - 4) золото–палладиевый сплав
 - 5) 1+2+4
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+3
130. Сплавы титана различных марок применяются для создания
- 1) штампованных коронок и базисов
 - 2) каркасов литых съемных и несъемных конструкций протезов
 - 3) имплантатов
 - 4) 1+2+3
131. Легкоплавкие сплавы относятся
- 1) к вспомогательным материалам
 - 2) к основным материалам
 - 3) к клиническим материалам
132. В состав сплава Меллота входят
- 1) висмут
 - 2) свинец
 - 3) олово
 - 4) кадмий
 - 5) 1+2+3
133. Легкоплавкие сплавы возможно применить
- 1) для получения коронок
 - 2) для изготовления штампов
 - 3) для спаивания деталей
134. К важнейшим свойствам, которыми обладают легкоплавкие сплавы, относят их
- 1) легкоплавкость
 - 2) твердость

- 3) минимальную усадку
- 4) антикоррозионную стойкость
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+2+3

135. Метилловый эфир метакриловой кислоты является результатом химических превращений

- 1) формальдегида
- 2) ацетона
- 3) ацетальдегида

136. При повышении температуры процесс полимеризации

- 1) ускоряется
- 2) замедляется

137. Для придания полимеру свойств пластичности в его состав вводят

- 1) наполнители
- 2) пластификаторы
- 3) красители

138. Отрицательным свойством полимера является

- 1) пластичность
- 2) водопоглощение
- 3) ударопрочность

139. Полимеры возможно получить реакцией

- 1) полиприсоединения
- 2) поликонденсации
- 3) и тем и другим

140. Какой метод замены воска на пластмассу имеет больше недостатков?

- 1) компрессионного прессования
- 2) инъекционно–литьевого прессования

Какие виды пористости возникают при нарушении режима полимеризации?

- 1) газовая
- 2) терморезактивная
- 3) гранулярная
- 4) сжатия
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+3+4

142. Какой процент остаточного мономера содержит быстротвердеющая пластмасса после полимеризации?

- 1) 3–5%
- 2) 0,2–0,5%

143. Какая пластмасса используется для облицовки каркасов несъемных протезов?

- 1) фторакс
- 2) моллопласт–Б

3) синма–М

144. Применение двухслойного базиса съемного протеза целесообразно
- 1) при наличии острых костных выступов
 - 2) при выраженной атрофии тела нижней челюсти
 - 3) при неудовлетворительной фиксации протеза нижней челюсти
 - 4) при проявлениях токсико–аллергического стоматита, вызванного базисным материалом
 - 5) при всех выше перечисленных случаях

Создание эластичной подкладки на базисе съемного протеза возможно

- 1) при одновременной паковке эластичной и базисной пластмассы в гипсовую пресс–форму кюветы
- 2) при нанесении мягкой подкладки на базис готового протеза
- 3) 1+2

146. Композиционные материалы химического отверждения дают усадку
- 1) по направлению к центру
 - 2) от центра к поверхностным слоям

147. Реакция полимеризации химически отверждаемых компомеров носит
- 1) экзотермический характер
 - 2) эндотермический характер

Связь акриловой полимерной облицовки с металлическим каркасом протеза обеспечивается за счет

- 1) механического сцепления
- 2) физико–химического соединения
- 3) 1+2

149. Керомеры (керамикой оптимизированные полимеры) относят
- 1) к фарфору
 - 2) к пластмассе
 - 3) к самостоятельной группе материалов

150. Стекловолоконный материал “Вектрис” применяется
- 1) для облицовки металлических каркасов протезов
 - 2) для изготовления каркасов несъемных протезов

151. Облицовочный керомер “Таргис” фиксируется на металлическом каркасе протеза
- 1) при помощи механической ретенции в виде шариков
 - 2) без механической ретенции

152. При увеличении содержания каолина в фарфоре прозрачность последнего
- 1) повышается
 - 2) снижается

Фарфор с температурой обжига в диапазоне 870-1065°C относится к группе

- 1) тугоплавких фарфоров
 - 2) среднеплавких фарфоров
 - 3) низкоплавких фарфоров
154. Основанием для индивидуальной фарфоровой коронки служит
- 1) колпачок из КХС
 - 2) платиновый колпачок
 - 3) фарфор не требует основы
155. Фарфоровая облицовка прочно фиксируется на металлическом каркасе
- 1) после пескоструйной и пароструйной его обработки
 - 2) после нанесения грунта и адгезива
 - 3) без проведения обработки каркаса
156. Основной недостаток ситаллов
- 1) низкая прочность
 - 2) химическая нестойкость
 - 3) одноцветность массы
157. Исключите лишнее из классификации восковых композиций
- 1) базисный воск
 - 2) бюгельный воск
 - 3) постановочный воск
 - 4) моделировочный воск
 - 5) профильный воск
 - 6) липкий воск
158. Для моделирования коронок, облицовок, штифтовых зубов целесообразно применить
- 1) липкий воск
 - 2) базисный воск
 - 3) моделировочный воск
159. Для изготовления дублированной модели челюсти используют
- 1) гидроколлоидный материал
 - 2) стомальгин
 - 3) воск
 - 4) силиконовый материал
 - 5) 1+4
160. В стоматологии используются вспомогательные материалы
- 1) гипсовые формовочные материалы
 - 2) фосфатные формовочные материалы
 - 3) силикатные формовочные материалы
 - 4) 1+2+3

Какой из ниже перечисленных абразивов не относится к полировочным?

- 1) окись железа
- 2) мел

- 3) окись хрома
- 4) пемза
- 5) паста ГОИ

Для временной фиксации несъемных конструкций протезов используют

- 1) цинкоксидэвгеноловые цементы
- 2) цинк–силикатнофосфатные цементы
- 3) цементы на основе полимеров

Альгинатную массу применяют для получения оттисков при протезировании

- 1) литыми коронками
- 2) фарфоровыми коронками
- 3) пластмассовыми коронками
- 4) металлокерамическими коронками
- 5) металлопластмассовыми коронками
- 6) 1+3+5+6
- 7) частичными съемными протезами

164. Репин относится к следующей группе материалов

- 1) силиконовых
- 2) тиоколовых
- 3) альгинатных
- 4) цинкоксидэвгеноловых

165. Гипсовая модель челюсти по альгинатным оттискам должна быть получена не позднее

- 1) 2–3 мин
- 2) 15 мин
- 3) 60 мин
- 4) 24 час

166. Дублирование рабочих моделей челюстей проводят с помощью

- 1) термопластической массы
- 2) гидроколлоидной массы
- 3) силиконовой массы
- 4) огнеупорной массы
- 5) 2+3

167. Для получения функциональных оттисков используют материалы

- 1) термопластические
- 2) альгинатные
- 3) силиконовые
- 4) гидроколлоидные
- 5) цинкоксидэвгеноловые
- 6) 1+3+5
- 7) 3+5
- 8) 1+2+3+5

168. К силиконовым оттискным материалам относятся

- 1) стомальгин

- 2) репин
- 3) спидекс
- 4) стенс
- 5) гипс

169. Для двойного оттиска используются

- 1) твердые массы
- 2) силиконовые материалы
- 3) альгинатные материалы
- 4) термопластические массы

170. Для получения рабочих моделей челюстей используют

- 1) супергипс
- 2) обычный гипс
- 3) огнеупорную массу
- 4) 1+2
- 5) 1+2+3

Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют

- 1) силиконовые массы
- 2) термопластические массы
- 3) гипс
- 4) альгинатные массы

172. Материал для реставрации съемных протезов

- 1) эладент 100
- 2) фторакс
- 3) фарфоровая масса
- 4) синма М
- 5) 1+2+3

173. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету

- 1) прямой
- 2) обратный
- 3) комбинированный
- 4) все перечисленные

174. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят

- 1) на рабочей гипсовой модели челюсти
- 2) на модели из огнеупорной массы
- 3) на модели из высокопрочного гипса

Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят

- 1) на модели челюсти из огнеупорной массы
- 2) на разборной комбинированной гипсовой модели челюсти
- 3) на модели челюсти из обычного медицинского гипса
- 4) на модели челюсти из высокопрочного гипса

176. Для получения литых деталей зубных протезов используют

- 1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала
- 2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
- 3) оба метода

177. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой
- 3) отбеливанием

Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется

- 1) отжигом
- 2) закалкой
- 3) отбеливанием

179. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают

- 1) отжигу
- 2) закалке
- 3) отбеливанию

180. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой
- 2) электрохимической полировкой
- 3) пескоструйной обработкой

181. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется

- 1) электроэрозивной обработкой
- 2) электрохимической полировкой
- 3) пескоструйной обработкой

182. Разделительная линия – это линия, которая

- 1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры
- 2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части
- 3) является линией наибольшей выпуклости зуба по отношению к вертикальной оси

183. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется

- 1) артикулятор
- 2) параллелометр
- 3) окклюдатор

184. Толщина штампованной коронки равна
- 1) 0,1–0,2 мм
 - 2) 0,2–0,3 мм
 - 3) 0,4–0,4 мм
185. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет
- 1) 0,4–0,5 мм
 - 2) 0,1–0,2 мм
 - 3) 0,2–0,3 мм
186. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать
- 1) беззольно–выгорающую пластмассу
 - 2) воск
 - 3) оба вышеперечисленных материала
187. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
188. Слой керамического покрытия, который придает металлокерамическому протезу блеск естественных зубов, называют
- 1) дентинным слоем
 - 2) эмалевым слоем
 - 3) глазурью
 - 4) грунтовым слоем
189. Просвечивание металлического каркаса металлокерамической конструкции можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы
- 1) дентинного слоя
 - 2) эмалевого слоя
 - 3) глазури
 - 4) грунтового слоя
190. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) висячая форма с промывным пространством
191. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части в боковом отделе является
- 1) седловидная форма
 - 2) касательная форма
 - 3) висячая форма с промывным пространством

Увеличение прочности пайки между опорными штампованными

коронками и промежуточной частью мостовидного паяного протеза проводят за счет

- 1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза
- 2) уменьшения ширины режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов
- 3) увеличения площади спайки
- 4) все перечисленное

193. Основное отличие опорно–удерживающего кламмера от кламмеров удерживающего типа в том, что он

- 1) более прочно соединяется с базисом протеза
- 2) передает жевательную нагрузку протеза на пародонт опорных зубов
- 3) обеспечивает более надежную стабилизацию протеза
- 4) более эстетичен
- 5) 1+2+3
- 6) 3+4
- 7) 1+4

194. Для определения разделительной линии на опорных зубах с помощью параллелометра применяют метод

- 1) определения среднего угла наклона продольных осей зубов, выбранных в качестве опоры
- 2) наклона модели (логический метод)
- 3) 1+2

195. Способ соединения кламмера с каркасом протеза

- 1) жесткое соединение
- 2) упругое соединение
- 3) шарнирное соединение
- 4) все перечисленные способы

При заболеваниях пародонта желательно использовать следующий тип соединения кламмера с каркасом протеза

- 1) жесткое соединение
- 2) упругое соединение
- 3) шарнирное соединение
- 4) все перечисленные способы

197. Соединение искусственных пластмассовых зубов с базисом съемных протезов

- 1) механическое
- 2) химическое

198. Соединение искусственных фарфоровых зубов с пластмассовым базисом протеза осуществляется

- 1) механически за счет металлических крампонов или посредством каналов и полостей внутри искусственных зубов
- 2) посредством химического соединения

199. При создании съемных протезов на верхнюю челюсть используют следующие варианты постановки передних зубов

- 1) постановка на приточке

- 2) постановка на искусственной десне
 - 3) оба перечисленных способа
200. Основным критерием для выбора формы искусственных передних зубов является
- 1) величина альвеолярной части
 - 2) форма лица
 - 3) анатомические ориентиры: крылья носа, состояние красной каймы губ при улыбке
201. Прибор, имитирующий движения нижней челюсти, называется
- 1) окклюдатор
 - 2) артикулятор
 - 3) параллелометр
 - 4) 1+2
202. Фиксация адгезионных мостовидных протезов зависит от площади накладок, используемых для фиксации
- 1) прямо пропорционально
 - 2) обратно пропорционально
 - 3) не зависит
203. При протезировании мостовидными протезами малых включенных дефектов зубных рядов наиболее щадящим для опорных зубов является
- 1) металлокерамический протез
 - 2) металлопластмассовый протез
 - 3) адгезионный протез
204. К основным преимуществам адгезионных мостовидных протезов относят
- 1) эстетичность
 - 2) малую травматичность для опорных зубов
 - 3) прочность конструкции
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+3
205. Для создания вкладок используют
- 1) фарфоровые массы
 - 2) полимерные и композиционные материалы
 - 3) сплавы металлов
 - 4) все вышеперечисленные материалы
206. Основными элементами каркаса дугового съемного протеза являются
- 1) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + опорно–удерживающие кламмеры + дробители нагрузок
 - 2) дуга + опорно–удерживающие кламмеры + пластмассовый базис
 - 3) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + дробители нагрузок
207. Основным преимуществом использования протезов

с балочным креплением является

- 1) технологичность
- 2) дополнительные шинирующие действие на опорные зубы
- 3) высокая эстетичность протезов
- 4) 2+3

208. При деформациях зубных рядов, вызванных мезиодистальным смещением зубов, при малых и средних включенных дефектах, когда из-за сильного наклона опорных зубов требуется девитализация пульпы, наиболее рациональным считается протезирование

- 1) металлокерамическими мостовидными протезами
- 2) паяными мостовидными протезами
- 3) разборными мостовидными протезами

209. К непрямым фиксаторам относят

- 1) окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза
- 2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза

210. Прямыми фиксаторами принято считать

- 1) различного рода окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза (т.е. вращения его вокруг кламмерной линии)
- 2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза непосредственной ретенцией

211. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковых репродукций сплавом металлов

- 1) паяльная комната
- 2) гипсовочная комната
- 3) полировочная комната
- 4) литейная комната
- 5) полимеризационная комната

212. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковой репродукции на пластмассу

- 1) паяльная комната
- 2) гипсовочная комната
- 3) полировочная комната
- 4) литейная комната
- 5) полимеризационная комната

213. При моделировании искусственных коронок в артикуляторе жевательные бугорки должны иметь анатомическую форму

- 1) невыраженную
- 2) резко выраженную
- 3) умеренно выраженную
- 4) подобную таковым у одноименного зуба на противоположной стороне
- 5) 3+4

214. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели

применяют воск

- 1) базисный
- 2) липкий
- 3) моделировочный для мостовидных работ
- 4) лавакс

215. При создании искусственных коронок гипсовые модели челюстей укрепляются

- 1) в окклюдаторе
- 2) в артикуляторе
- 3) в эстезиометре
- 4) в параллеломере
- 5) в гнатодинамометре
- 6) не используют дополнительных устройств
- 7) 1+2
- 8) 1+2+3+4+5

При создании штампованной коронки моделирование воском проводят

- 1) на гипсовом столбике
- 2) на гипсовой модели челюсти
- 3) на разборной модели челюсти
- 4) на огнеупорной модели челюсти
- 5) 1+2+3+4

Толщина гильзы для искусственной коронки из нержавеющей стали равна

- 1) 0,12 мм
- 2) 0,22 мм
- 3) 0,30 мм
- 4) 0,50 мм

218. Для улучшения сцепления фарфоровой массы с металлическим каркасом протеза при протезировании металлокерамическими протезами необходимо провести

- 1) пескоструйную обработку
- 2) пескоструйную обработку каркаса, обезжиривание и создание окисной пленки
- 3) пескоструйную обработку каркаса и получение окисной пленки

219. При создании металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме естественного зуба

- 1) несколько меньшем
- 2) полном
- 3) несколько большем

220. Толщина каркаса металлокерамической коронки должна быть не менее

- 1) 0,1 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 0,3 мм
- 4) 0,5 мм

221. Разборная гипсовая модель челюсти необходима при создании искусственной коронки

- 1) штампованной
- 2) пластмассовой

- 3) металлокерамической
- 4) штампованной, облицованной пластмассой
- 5) фарфоровой
- 6) 1+2+4
- 7) 3+5

222. Полирование несъемных мостовидных протезов проводят с помощью

- 1) полировочной пасты
- 2) шлифовальных эластичных кругов
- 3) щетинных и нитяных щеток
- 4) войлочных фильцев
- 5) 1+2+3+4

223. Флюсы при паянии необходимы

- 1) для очищения спаиваемых поверхностей элементов протеза
- 2) для уменьшения температуры плавления припоя
- 3) для увеличения площади спаиваемых поверхностей
- 4) для предотвращения образования пленки окислов
- 5) для предварительного соединения спаиваемых деталей

224. Температура плавления припоя должна быть

- 1) выше температуры плавления соединяемых частей протеза
- 2) ниже температуры плавления соединяемых частей протеза
- 3) равна температуре плавления соединяемых частей протеза

225. Моделирование тела паяного мостовидного протеза проводят

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) на этапе проверки опорных коронок на модели
- 3) одновременно с моделированием опорных коронок
- 4) после проверки опорных коронок в клинике

226. Нагнетание расплавленного сплава металлов в форму–опоку осуществляется методом

- 1) вакуумирования
- 2) давления
- 3) разогрева бензиновой горелкой
- 4) центробежного литья
- 5) 1+2+4
- 6) 1+2+3+4

227. Для плавления кобальтохромового сплава при литье используют

- 1) газовую горелку
- 2) бензиновую горелку
- 3) вольтовую дугу
- 4) высокочастотное электрическое поле
- 5) 1+3

228. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассовый используют следующие способы гипсовки моделей в кювету

- 1) прямой способ
- 2) перекрестный способ
- 3) обратный способ

- 4) дублированный способ
 - 5) комбинированный способ
 - 6) 1+3+5
 - 7) 1+2+3+4+5
229. Полное разрушение коронки зуба обусловлено
- 1) отломом коронки при обширной пломбе
 - 2) травмой зуба
 - 3) заболеванием пародонта
 - 4) повышенной стираемостью до шейки зуба
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+4
230. К дефектам коронки зуба относят
- 1) наличие 1/2 коронки над десной
 - 2) наличие твердых тканей зуба на уровне десны
 - 3) разрушение твердых тканей зуба ниже уровня десны до 1/4 длины корня
 - 4) наличие 2/3 коронки над десной
 - 5) 1+2+3+4
231. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения
- 1) хронический фиброзный периодонтит
 - 2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
 - 3) киста
232. Штифтовыми зубами можно восстановить
- 1) однокорневые
 - 2) многокорневые
 - 3) 1+2
 - 4) резцы верхней челюсти
233. В однокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал
- 1) на 1/3 длины корня
 - 2) на 1/2 длины корня
 - 3) на 2/3 длины корня
 - 4) на всю длину корня
234. В многокорневых зубах штифты заходят в корневые каналы
- 1) на всю длину корней
 - 2) на 2/3 длины корней
 - 3) на 1/2–1/3 длины корней
235. Противопоказание для протезирования штифтовыми зубами
- 1) однокорневые зубы
 - 2) неполное пломбирование канала
 - 3) короткие или искривленные корни
 - 4) глубокое разрушение корня
 - 5) патологическая подвижность корней
 - 6) 2+3+4+5
236. Возможные способы моделирования искусственной культи со штифтом

- 1) прямой – врачом, непосредственно в полости рта
 - 2) зубным техником на модели по полученному врачом двойному отisku
- зубного ряда
- 3) 1+2

237. Показания к применению цельнолитых коронок

- 1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов
- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
- 3) нарушение цвета коронок естественных зубов
- 4) 1+2

240. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок

- 1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов
- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов
- 3) непереносимость пластмассовых облицовок
- 4) 1+2+3

239. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется

- 1) не доходя до десны
- 2) на уровне десны
- 3) апикальнее десневого края
- 4) 2+3

240. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?

- 1) желобообразный
- 2) под углом 135° к продольной оси зуба
- 3) не нужно уступа

241. Культия зуба, подготовленная под металлокерамическую коронку, должна иметь наклон боковых стенок в пределах

- 1) $20-25^\circ$
- 2) $10-12^\circ$
- 3) $5-7^\circ$

При протезировании металлокерамической коронкой по периметру шейки зуба формируется уступ шириной

- 1) 1,3–1,4 мм
- 2) 2–3 мм
- 3) 3,5 мм

243. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью

- 1) альгинатных материалов
- 2) силиконовых материалов
- 3) гипса
- 4) термопластических материалов

244. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск

- 1) двойной
- 2) функциональный
- 3) частичный

245. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов?
- 1) да, как временная или постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов
 - 2) нет
 - 3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическими коронками
246. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять
- 1) на верхушках бугорков
 - 2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
 - 3) в оральной вогнутости коронки
247. При подготовке полости под вкладку делают фальц
- 1) на 1/3 толщины эмали
 - 2) на всю толщину эмали
 - 3) на 1/2 толщины эмали
 - 4) в пределах твердых тканей, отступив от полости зуба на 0,5–1мм
248. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью
- 1) предупреждения смещения вкладки
 - 2) исключения опрокидывающего момента
 - 3) лучшей фиксации и прилегания
 - 4) исключения сколов эмали
249. Режим препарирования зуба под вкладку
- 1) охлаждение, острый центрированный вращающийся инструмент, минимальное давление
 - 2) без охлаждения, острый инструментарий, максимальное давление
 - 3) без охлаждения, не оказывая никакого давления
250. Сколько поверхностей коронковой части зуба необходимо препарировать под искусственную коронку?
- 1) 3
 - 2) 4
 - 3) 5
251. Какие инструменты (режущие и шлифующие) применяются для препарирования зуба?
- 1) сепарационные диски
 - 2) алмазные и карборундовые фасонные головки
 - 3) алмазные круги
 - 4) 1+2+3
252. Степень разобщения препарированного зуба с антагонистами проверяют с помощью
- 1) копировальной бумаги
 - 2) обычной папиросной бумаги
 - 3) полоски разогретого воска

Слой ткани, сошлифованный с жевательной поверхности при препарировании под полную штампованную металлическую коронку должен быть не менее

- 1) 0,3 мм
- 2) 0,2 мм
- 3) 1 мм

254. Какие материалы нужно использовать при получении оттисков после препарирования коронки зуба под искусственную коронку?

- 1) гипс
- 2) альгинатные материалы
- 3) силиконовые
- 4) термопластические
- 5) 2 или 3

255. Под каким углом наиболее целесообразно создавать циркулярный придесневой уступ при препарировании зуба под пластмассовую или фарфоровую коронку?

- 1) 45°
- 2) 90°, 135°
- 3) 30°

256. Какой слой ткани сошлифовывают с жевательной поверхности или режущего края при препарировании зуба под фарфоровую коронку?

- 1) 1,5–2 мм
- 2) 0,5–1 мм
- 3) 0,2–0,3 мм

257. Искусственная штампованная коронка должна погружаться в десневой карман не более чем

- 1) на 0,2–0,3 мм
- 2) на 1 мм
- 3) на 2 мм

258. Материал, используемый для постоянной фиксации искусственных коронок

- 1) фосфат–цемент
- 2) репин
- 3) стекло–иономерный цемент
- 4) поликорбасилатный цемент
- 5) 1+3+4

259. Первый клинический прием при протезировании искусственной коронкой включает в себя

- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования, рентгенологическое обследование, препарирование зуба, получение рабочего и вспомогательного оттисков, определение центрального соотношения челюстей
- 2) получение оттиска
- 3) опрос, осмотр, рентгенологическое исследование, получение оттиска

260. При протезировании цельнолитой коронкой для получения рабочего и вспомогательного оттисков применяют

- 1) альгинатные массы
- 2) альгинатные или силиконовые материалы
- 3) термопластические массы
- 4) любой оттискной материал

261. Какие оттисковые массы следует использовать при протезировании пластмассовыми коронками?
- 1) кристаллизующиеся, альгинатные, силиконовые
 - 2) силиконовые
 - 3) термопластические, кристаллизующиеся
262. На какую толщину проводят препарирование твердых тканей при протезировании пластмассовыми коронками?
- 1) на 0,25–0,3 мм
 - 2) от 0,7 до 1,5–2 мм
 - 3) на толщину соответствующей пришеечной части
263. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под пластмассовую коронку?
- 1) форму цилиндра
 - 2) форму конуса (наклон боковых стенок не более 3–5°)
 - 3) форма не имеет значения
264. Что должен сделать врач после препарирования зубов при протезировании искусственными коронками?
- 1) получить оттиски челюстей
 - 2) определить центральное соотношение челюстей
 - 3) получить модели челюстей
 - 4) покрыть зуб фтор–лаком
 - 5) покрыть зуб временной коронкой
 - 6) 1+4+5
265. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под цельнолитую коронку?
- 1) форму конуса
 - 2) форму цилиндра
 - 3) анатомическую форму зуба
 - 4) 2+3
266. Укрепление пластмассовой коронки на опорном зубе включает в себя
- 1) оценку качества коронки в ротовой полости
 - 2) оценку качества коронки на модели, медикаментозную обработку коронки, проверку коронки в полости рта, фиксацию коронки цементом
 - 3) фиксацию коронки цементом на опорном зубе
267. Проверка металлокерамической коронки в полости рта включает
- 1) оценку анатомической формы и цвета коронки
 - 2) проверку окклюзионных и межзубных контактов
 - 3) 1+2
268. Первый клинический прием при протезировании пластмассовой коронкой включает в себя
- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования
 - 2) рентгенологическое обследование
 - 3) препарирование зуба, снятие оттиска, определение центрального соотношения, выбор цвета коронки
 - 4) 1+2+3

269. Создание культы зуба конической формы с углом конвергенции 3-5°
- 1) обеспечивает свободное наложение металлокерамического протеза
 - 2) исключает напряжение в цельнолитом каркасе
 - 3) предупреждает отлом керамической облицовки
 - 4) 1+2+3
270. Препарирование зубов под искусственные коронки проводят
- 1) твердосплавными борами
 - 2) алмазными головками
 - 3) фрезами
 - 4) карборундовыми камнями
 - 5) сепарационными дисками
 - 6) 2+4+5
271. При препарировании зуба под металлическую коронку необходимо
- зуба
- 1) сошлифовать твердые ткани на толщину металла
 - 2) сошлифовать твердые ткани в соответствии с диаметром клинической шейки
 - 3) создать просвет между зубами (препарированным и антагонистом) на толщину металлической коронки и слоя фиксирующего цемента
 - 4) 2+3
272. Величина сошлифовывания твердых тканей зуба при препарировании под искусственную коронку зависит
- 1) от анатомической формы зуба
 - 2) от анатомической формы зуба и материала для получения коронки
 - 3) от типа коронки
273. Искусственную металлическую коронку по показаниям можно снять с опорного зуба, используя
- 1) колесовидный бор
 - 2) вулканитовый диск
 - 3) фрезу
 - 4) алмазную головку
 - 5) карборундовую головку
 - 6) 1+2
 - 7) 3+4
274. Причины гингивита при протезировании искусственными коронками
- 1) отсутствие экватора
 - 2) широкий периметр коронки в области шейки зуба
 - 3) длинный край коронки
 - 4) отсутствие контактного пункта с соседними зубами
 - 5) 1+2+3+4
275. Вкладки, коронки используются
- 1) для замещения дефекта коронки зуба
 - 2) для замещения дефекта зубного ряда
 - 3) для фиксации протеза с односторонней опорой
 - 4) для опоры мостовидных протезов
 - 5) для предупреждения дальнейшего повышенного стирания зубных тканей
 - 6) 1+4+5

276. Дефект коронки зуба замещают
- 1) штифтовым зубом
 - 2) искусственной коронкой
 - 3) мостовидным протезом
 - 4) вкладкой
 - 5) полукоронкой
 - 6) 1+2+4
277. Вероятность пульпита при препарировании зубов можно уменьшить
- 1) изменением скорости вращения инструмента
 - 2) более точной центровкой инструмента
 - 3) охлаждением зуба
 - 4) непрерывным сошлифовыванием зуба
 - 5) 1+2+3
278. Для литых коронок используются
- 1) нержавеющая сталь
 - 2) золотой сплав 750 пробы
 - 3) кобальтохромовый сплав
 - 4) серебряно–палладиевый сплав
 - 5) 2+3+4
279. Ретракционные нити используют для
- 1) связывания подвижных зубов перед снятием оттиска
 - 2) фармако–механического расширения зубодесневого желобка перед снятием двойного оттиска
 - 3) 1+2
280. Для устранения клиновидных дефектов используют
- 1) вкладки
 - 2) искусственные коронки
 - 3) съемные конструкции протезов
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
281. Противопоказаниями для протезирования штифтовыми зубами являются
- 1) короткие искривленные корни, глубокое разрушение корня под десной, заболевание пародонта, неполное пломбирование канала
 - 2) многокорневые зубы с непараллельными каналами
 - 3) гиперплазированная десна, закрывающая корень
 - 4) хронический воспалительный процесс в области верхушки корня в стадии ремиссии
282. Причина трещин корня при протезировании штифтовыми зубами
- 1) изготовление укороченного штифта
 - 2) асимметричный профиль поперечного сечения штифта
 - 3) изменения в периодонте протезируемого корня
 - 4) чрезмерное расширение корневого канала
 - 5) 1+4
283. Показания к применению штифтового зуба

- 1) устойчивые корни с хорошо сохранившейся культей
- 2) глубокое разрушение корня под десной
- 3) искривленные корни с тонкими стенками
- 4) заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни
- 5) устойчивые зубы после гемисекции

284. Материал для искусственной культы со штифтом

- 1) золото 900-й пробы
- 2) золото 750-й пробы
- 3) нержавеющая сталь
- 4) КХС, серебряно-палладиевый сплав
- 5) золото-платиновые сплавы
- 6) 1+3
- 7) 2+3+4+7

285. Раскрытие и расширение корневых каналов под штифт должно проводиться

- 1) на 1/3 длины корня
- 2) на 1/2 длины корня
- 3) на 2/3 длины корня
- 4) до верхушки корня

286. Прямой способ создания искусственной культы со штифтом предполагает

- 1) моделирование репродукции вкладки из воска врачом, с последующей заменой в лаборатории на металл
- 2) снятие двойного оттиска с заранее подготовленного канала, после чего техник получает огнеупорную модель, моделирует вкладку из воска, заменяет воск металлом
- 3) вытачивание вкладки из стандартных заготовок

287. Недостаточное раскрытие корневого канала под искусственную культу со штифтом приводит

- 1) к раскалыванию корня
- 2) к нарушению фиксации
- 3) 1+2
- 4) к изменениям в пародонте

288. Для моделирования искусственной культы со штифтом применяют воск

- 1) лавакс
- 2) базисный воск
- 3) воск моделировочный для мостовидных протезов
- 4) липкий воск
- 5) 2+4

289. Оптимальный материал для получения оттисков при непрямом методе создания культевых вкладок

- 1) силиконовая оттискная масса
- 2) оттискные массы на основе альгиновой кислоты
- 3) гипс
- 4) термопластические массы

290. Косвенный метод создания литой культы со штифтом

- 1) получение двойного оттиска, отливка техником огнеупорной модели, создание на модели восковой репродукции искусственной культы, замена ее металлом
 - 2) моделировка культы из воска в полости рта, отливка в лаборатории из металла
 - 3) припасовка стандартных заготовок штифтов с фарфоровыми коронками
291. Раскрытие корневого канала под штифт можно проводить
- 1) шаровидными и фиссурными борами
 - 2) дрельборами
 - 3) 1+2
 - 4) алмазными головками
292. Ориентиром для выбора направления движения бора при раскрытии и расширении канала служит
- 1) внутриротовой прицельный рентгеновский снимок
 - 2) пятно пломбировочного материала в канале
 - 3) ориентиров не существует
 - 4) 1+2
293. Асимметричная форма штифта используется
- 1) для предотвращения вращения штифта в канале
 - 2) для облегчения припасовки штифта
 - 3) для предотвращения раскола корня
 - 4) 1+2
 - 5) для создания параллельности опорных культей
294. Недостаток штифтового зуба по Ричмонду
- 1) непрочная фиксация в корневом канале
 - 2) погружение колпачка в десневую бороздку с губной стороны вызывает травму краевого пародонта
 - 3) непрочное соединение штифта и колпачка
 - 4) непрочная фиксация облицовки
295. В качестве временного протеза может быть использован штифтовой зуб, имеющий в своем составе
- 1) штифт и пластмассовую коронку
 - 2) штифт, надкорневую защитную пластинку и пластмассовую коронку
 - 3) 1+2
296. Для более надежной фиксации пластмассового зуба к штифту
- 1) на штифте делают насечки
 - 2) штифт изгибают в виде петли
 - 3) 1+2
 - 4) используют стандартные штифты
297. Обязательные элементы любого штифтового зуба
- 1) штифт внутриканальный
 - 2) искусственная коронка
 - 3) надкорневая защитная пластинка
 - 4) 1+2
298. Удалению подлежат корни
- 1) с патологической подвижностью 2–3 степени

- 2) прикрытые гиперплазированной десной
 - 3) при пломбировании на 2/3 длины корня.
299. Методы обследования корней зубов
- 1) УЗИ
 - 2) рентгенологический
 - 3) тепловизионный
300. Корни с I степенью патологической подвижности
- 1) подлежат удалению
 - 2) могут использоваться как составной элемент шинирующей конструкции
 - 3) используются для протезирования штифтовыми зубами по Ричмонду
301. Разборная искусственная культия используется при протезировании
- 1) многокорневых зубов с параллельными каналами
 - 2) многокорневых зубов с непараллельными каналами
 - 3) однокорневых зубов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 1+3
 - 6) 2+3
302. Преимущество штифтов, созданных заводским способом
- 1) они могут быть размещены и фиксированы за одно посещение
 - 2) сокращают время подготовительных процедур
303. По форме штифты могут быть
- 1) коническими
 - 2) цилиндрическими
 - 3) комбинированными
 - 4) 1+2+3
304. По способу фиксации различают штифты
- 1) ввинчивающиеся
 - 2) фиксируемые цементом (гладкие и зубчатые)
 - 3) 1+2
305. При протезировании штифтовыми конструкциями возможно следующее осложнение
- 1) продольный перелом корня зуба
 - 2) перфорация стенок корня
 - 3) нарушение фиксации
 - 4) 1+2
306. В каких случаях лучше использовать фиксируемые цементом штифты?
- 1) у лиц пожилого возраста
 - 2) если эндодонтическое лечение зуба проводилось более 2 лет назад
 - 3) если корень зуба искривлен и облитерирован
 - 4) 1+2
307. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают
- 1) обычной искусственной коронкой
 - 2) штифтовой конструкцией
 - 3) съёмным протезом

- 4) вкладкой
- 5) искусственной короной, с предварительным созданием искусственной культи

308. У штифтовых зубов длина штифта относительно высоты искусственной коронки должна составлять

- 1) 1:1
- 2) 2:1
- 3) 1:3
- 4) 1:2
- 5) 1+2

309. В каком ответе наиболее полно перечислены эндогенные факторы, влияющие на развитие повышенной стираемости зубов?

- 1) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, заболевания щитовидной железы
- 2) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов
- 3) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов и функции желез внутренней секреции

310. К местным факторам, влияющим на развитие повышенной стираемости зубов, относят

- 1) функциональную перегрузку зубов вследствие потери боковых зубов, воздействие кислот на зубной ряд, неравномерную концентрацию жевательного давления, заболевания желудка, неправильное протезирование, бруксизм
- 2) наличие зубочелюстных аномалий
- 3) нарушения витаминного баланса, синдром Стентона–Капдепона, хронические химические повреждения эмали

311. Горизонтальная форма повышенной стираемости зубов характеризуется

- 1) убылью твердых тканей в вестибуло–оральном направлении.
- 2) убылью твердых тканей в горизонтальной плоскости
- 3) неравномерным ускоренным стиранием твердых тканей без уменьшения межальвеолярной высоты

312. Первая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей

- 1) до 1/3 высоты коронки зуба
- 2) до 1/2 высоты коронки зуба
- 3) 2/3 высоты коронки зуба

313. Вторая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей

- 1) от 1/3 до 2/3 высоты коронки зуба
- 2) от 2/3 высоты коронки зуба до десневого края
- 3) до 1/3 высоты коронки зуба
- 4) в пределах дентина

314. Третья степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей

- 1) до 1/3 высоты коронки зуба
- 2) от 2/3 высоты коронки зуба до десневого края
- 3) до экватора зуба
- 4) в пределах дентина с просвечиванием полости зуба

315. Для компенсированной формы генерализованной стираемости зубов характерно
- 1) уменьшение высоты нижнего отдела лица
 - 2) увеличение высоты нижнего отдела лица
 - 3) неизменность высоты нижнего отдела лица
316. Для декомпенсированной формы генерализованной стираемости зубов характерно
- 1) уменьшение высоты нижнего отдела лица
 - 2) увеличение высоты нижнего отдела лица
 - 3) неизменность высоты нижнего отдела лица
317. Генерализованная стираемость компенсируется
- 1) расслаблением жевательных мышц
 - 2) вакантной гипертрофией альвеолярной части
 - 3) появлением подвижности зубов
 - 4) повышением тонуса жевательных мышц
318. Ортопедическое лечение больных с повышенной стираемостью зубов направлено
- 1) на восстановление высоты нижнего отдела лица, обеспечение множественных окклюзионных контактов и выравнивание окклюзионной поверхности, замещение дефектов зубных рядов
 - 2) на уменьшение гиперэстезии эмали
 - 3) на замещение дефектов зубных рядов
319. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости к протезированию включает в себя
- 1) нормализацию окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью временных ортопедических конструкций
 - 2) депульпирование зубов с повышенной чувствительностью
 - 3) восстановление нормальной окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью цельнолитых конструкций
 - 4) 1+2
320. Назовите поверхности зубов, подвергающиеся функциональному стиранию
- 1) вестибулярная (щечная) поверхность
 - 2) жевательные бугорки (режущие края)
 - 3) контактные поверхности
 - 4) язычная (небная) поверхность
 - 5) 2+3
 - 6) 1+2
321. Убыль твердых тканей зубов у лиц молодого и среднего возраста при функциональной стираемости происходит в пределах
- 1) эмали
 - 2) дентина

- 3) до полости зуба
322. Направление стираемости твердых тканей зубов в зависимости от типа прикуса может быть
- 1) вертикальным
 - 2) трансверзальным
 - 3) горизонтальным
 - 4) смешанным
 - 5) 1+2+4
 - 6) 1+3+4
323. Убыль твердых тканей зубов при повышенной стираемости происходит в пределах
- 1) эмали
 - 2) дентина
 - 3) 1+2
324. При повышенной стираемости зубов чувствительность дентина может
- 1) понижаться
 - 2) оставаться в пределах нормы
 - 3) повышаться
 - 4) 1+2+3
325. Наибольшую микротвердость имеет следующая ткань зуба
- 1) дентин
 - 2) эмаль
 - 3) цемент
 - 4) пульпа
326. При повышенной стираемости микротвердость обнаженного дентина
- 1) понижается
 - 2) не изменяется
 - 3) повышается
327. При локализованной форме повышенной стираемости высота нижнего отдела лица, как правило,
- 1) уменьшается
 - 2) увеличивается
 - 3) не изменена
328. При повышенной стираемости зубов может наблюдаться повышенная чувствительность дентина к следующим раздражителям
- 1) химическим
 - 2) температурным
 - 3) тактильным
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
329. Перестройка миостатического рефлекса при разобщении зубных рядов у больных с декомпенсированной генерализованной формой

повышенной стираемости, как правило, происходит в течение

- 1) 1 месяца
- 2) 1–3 месяцев
- 3) 3–6 недель
- 4) 6–12 месяцев

330. Перечислите возможные лицевые симптомы при генерализованой декомпенсированной форме повышенной стираемости

- 1) опущенные углы рта, заеды
- 2) втянутые щеки
- 3) выраженные носогубные и подбородочные складки
- 4) асимметрия лица
- 5) западение губ
- 6) 1+2+3+5
- 7) 1+3
- 8) 1+2+4+6

331. Возможный отоневрологический синдром при повышенной стираемости зубов характеризует

- 1) головокружение, шаткая походка, хруст и щелканье в височно–нижнечелюстном суставе
- 2) ощущение заложенности в ухе, головокружение, понижение слуха
- 3) глухота, звон в ушах, усиливающийся при наклоне головы в стороны, хруст и щелканье в височно–нижнечелюстном суставе
- 4) головокружение, тошнота, рвота, общее недомогание

332. Назовите общие причины, вызывающие повышенную стираемость

- 1) нарушение обмена веществ, эндокринные расстройства, генетическая предрасположенность
- 2) множественное кариозное поражение зубов, пародонтопатии, заболевания костной системы
- 3) дефицит кальция в организме, курение, алкоголизм, постоянная механическая травма (вредные привычки).

333. Назовите местные факторы, оказывающие влияние на развитие повышенной стираемости зубов

- 1) потеря боковых зубов, воздействие щелочей или кислот, парафункции, жевательной мускулатуры, зубочелюстные аномалии
- 2) чрезмерное употребление продуктов, содержащих кислоты, дефицит фтора в воде и пище
- 3) отсутствие гигиены полости рта, неправильное протезирование, избыток фтора в воде и пище
- 4) влияние профессиональных вредностей, избыток в организме гормонов с анаболическим действием, ответственных за усвоение кальция.

334. Что такое миостатический рефлекс?

- 1) установление новой толщины жевательных мышц
 - 2) рефлекс жевательных мышц на растяжение
 - 3) 1+2
335. По классификации Кеннеди зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе относят
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
336. Если в зубном ряду несколько дефектов, относящихся к различным классам, то по классификации Кеннеди зубную дугу относят
- 1) к меньшему по порядку классу
 - 2) к большему по порядку классу
337. По классификации Гаврилова челюсти с одиночно сохранившимися зубами относят
- 1) к первому классу
 - 2) ко второму классу
 - 3) к третьему классу
 - 4) к четвертому классу
338. При удалении зубов зубной ряд распадается на группы зубов
- 1) жевательные группы
 - 2) функционирующие группы
 - 3) нефункционирующие группы
 - 4) 2+3
339. Патологическое состояние, при котором повышенную функциональную нагрузку здоровый пародонт зуба испытывает при его преждевременном контакте (на одиночной коронке)
- 1) первичная травматическая окклюзия
 - 2) вторичная травматическая окклюзия
340. Вторичная травматическая окклюзия возникает вследствие
- 1) изменения направления, величины и времени действия нагрузки на здоровый пародонт
 - 2) дистрофии или воспаления пародонта, делающих его неспособным воспринимать нагрузку, которая ранее была адекватной
 - 3) преждевременного контакта зубов
341. Травматическая окклюзия может возникнуть
- 1) при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов
 - 2) при значительной потере зубов
 - 3) 1+2
 - 4) при глотании
342. Явления компенсации функциональной перегрузки пародонта выражаются

- 1) в усилении кровообращения
- 2) в увеличении числа и толщины маргинальных волокон периодонта
- 3) в явлениях гиперцементоза
- 4) 1+2+3

343. Резервные силы пародонта – это

- 1) способность выдерживать жевательное давление
- 2) способность пародонта приспособливаться к повышению функциональной нагрузки
- 3) способность воспринимать жевательное давление в условиях его дистрофии и воспаления

344. Преимущество мостовидных протезов перед частичными съемными пластиночными протезами

- 1) максимальное восстановление жевательной эффективности
- 2) надежная фиксация протезов
- 3) быстрая адаптация к протезу
- 4) минимальные размеры протеза
- 5) 1+2+3+4

345. Мостовидные протезы показаны для замещения дефектов зубных рядов

- 1) малых и средних включенных дефектов (2–3 зуба)
- 2) концевых дефектов
- 3) в переднем отделе при отсутствии 4 резцов
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

346. К методам разгрузки опорных зубов при протезировании мостовидными протезами относят

- 1) увеличение количества опорных зубов
- 2) уменьшение площади жевательной поверхности промежуточной части мостовидного протеза
- 3) моделировку зуба с меньшим жевательным коэффициентом
- 4) моделировку невыраженных бугорков
- 5) 1+2+3+4

347. Опорный зуб при протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой находится

- 1) дистальнее дефекта
- 2) впереди дефекта
- 3) 1+2

348. Гипсовые модели челюстей возможно составить в центральной окклюзии без применения восковых шаблонов с прикусными валиками, если

- 1) есть пары антагонизирующих зубов, находящихся в одной плоскости, вплоть до наличия одной пары антагонизирующих зубов
- 2) есть пары антагонизирующих зубов, расположенных по вершинам равностороннего треугольника
- 3) есть зубы на обеих или одной из челюстей, но они не антагонизируют

349. В боковом отделе промывное пространство должно быть
- 1) 4–5 мм
 - 2) 3–4 мм
 - 3) не должно быть промывного пространства
 - 4) 1–2 мм
350. Для опоры мостовидного протеза можно использовать зубы, каналы которых пломбированы
- 1) до верхушки корня
 - 2) за верхушку корня
 - 3) не полностью
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+3
351. Тело мостовидного протеза в боковом отделе по отношению к альвеолярному гребню во всех случаях должно иметь
- 1) прямоугольную форму
 - 2) чечевицеобразную форму
 - 3) любую форму
 - 4) промывное пространство
352. Мостовидные протезы противопоказаны при протезировании
- 1) больших дефектов, ограниченных зубами с различной функциональной ориентацией
 - 2) дефектов, ограниченных дистально зубом с патологической подвижностью
 - 3) дефектов, ограниченных зубами с низкими клиническими коронками
 - 4) 1+2+3
353. При создании металлокерамического мостовидного протеза анатомическую форму будущей искусственной коронки опорного зуба восстанавливают за счет
- 1) металла
 - 2) керамической облицовки
 - 3) 1+2
354. На каркасе промежуточной части металлокерамического мостовидного протеза экватор искусственных зубов должен быть
- 1) не выражен
 - 2) хорошо выражен
 - 3) не имеет значения
355. Протезирование после удаления боковых зубов позволяет
- 1) восстановить непрерывность зубного ряда
 - 2) обеспечить боковую защиту сустава
 - 3) предупредить снижение межальвеолярной высоты
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3

356. Опорными элементами несъемных мостовидных протезов могут быть
- 1) полные коронки (штампованные, литые)
 - 2) телескопические коронки
 - 3) коронки на культевой штифтовой вкладке
 - 4) вкладки во вкладке
 - 5) вкладки
 - 6) 1+2
 - 7) 1+3+4+5
357. При поражении краевого пародонта экваторные коронки, как опора мостовидных протезов, могут применяться
- 1) да
 - 2) нет
358. Возможно ли использовать один корень нижнего моляра после гемисекции в качестве опоры мостовидного протеза
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) возможно, если удаление корней приведет к образованию одностороннего концевых дефекта
359. Вкладки, как фиксирующие элементы мостовидного протеза, используются
- 1) на зубах с низкой клинической коронкой
 - 2) при повышенной стираемости зубов
 - 3) при дефектах в пределах одной функциональной группы
 - 4) 1+2+3
360. Ошибкой при протезировании мостовидными протезами следует считать
- 1) необоснованное расширение показаний к протезированию
 - 2) отсутствие множественных контактов мостовидного протеза с зубами антагонистами
 - 3) неправильную моделировку каркаса протеза
 - 4) увеличение межальвеолярной высоты
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества протеза
 - 6) все выше перечисленное
361. При моделировании боковых поверхностей опорных коронок паяного мостовидного протеза экватор должен быть
- 1) хорошо выражен
 - 2) не выражен
 - 3) отсутствует
362. Нарушения нормальной деятельности височно–нижнечелюстного сустава при частичной потере зубов можно связать
- 1) с понижением межальвеолярной высоты
 - 2) с изменением условий распределения жевательного давления
 - 3) с появлением необычных экскурсий нижней челюсти в связи с деформацией окклюзионной поверхности зубных рядов

- 4) все перечисленное
363. При наличии раковин и пор в каркасе металлокерамического протеза следует
- 1) наносить керамическое покрытие, которое закрывает дефект
 - 2) наносить керамическое покрытие, если дефекты незначительны
 - 3) переделать каркас на этом этапе
364. При препарировании опорных зубов при протезировании металлокерамическим мостовидным протезом, уступ с вестибулярной стороны располагают
- 1) на уровне десны
 - 2) ниже уровня края десны
365. Метод литья промежуточной части мостовидного протеза
- 1) под давлением
 - 2) центробежное
 - 3) вакуумное
 - 4) по выплавляемым моделям на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
366. Огнеупорные модели челюстей получают
- 1) без дублирования гипсовых моделей челюстей
 - 2) дублированием гипсовых моделей челюстей
 - 3) 1+2
367. При протезировании металлоакриловыми мостовидными протезами к слизистой оболочке должна прилегать
- 1) металлическая часть, что предотвращает травму слизистой при набухании пластмассовой облицовки
 - 2) пластмассовая часть, что предотвращает травму слизистой оболочки металлической частью тела протеза
 - 3) не должны прилегать элементы тела протеза
368. Минимальная толщина стенки восковой модели опорной коронки каркаса цельнолитого мостовидного протеза (с учетом пластмассового колпачка) для обеспечения качества отливок и допуска на механическую обработку металла должна быть
- 1) 1–1,5 мм
 - 2) 2 мм
 - 3) 0,4–0,5 мм
369. На всей поверхности каркаса металлокерамического протеза при моделировке
- 1) не должно быть острых углов, резких поднутрений
 - 2) должны быть хорошо выражены углы
 - 3) должны быть хорошо выражены углы и поднутрения
370. Показание к созданию разборного мостовидного протеза

- 1) подвижность опорных зубов
 - 2) концевой дефект зубного ряда
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
371. Опорами съемного мостовидного протеза могут быть
- 1) коронки, полукоронки, штифтовые зубы, вкладки
 - 2) вкладки, коронки, штифтовые культевые вкладки, полукоронки
 - 3) полукоронки, штифтовые зубы, вкладки, опорно–удерживающие кламмеры
 - 4) опорно–удерживающие кламмеры, полукоронки, штифтовые зубы, телескопические коронки
 - 5) телескопические коронки, опорно–удерживающие кламмеры, замковые крепления
372. Составными частями несъемного мостовидного протеза являются
- 1) опорные коронки
 - 2) промежуточная часть
 - 3) кламмеры
 - 4) дуга
 - 5) 1+2
 - 6) 3+4
373. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность
- 1) до 30%
 - 2) до 60%
 - 3) до 100%
374. Способ передачи жевательного давления в мостовидных протезах
- 1) физиологический
 - 2) нефизиологический
 - 3) полуфизиологический
375. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит
- 1) от состояния пародонта зубов антагонистов
 - 2) от топографии дефекта зубного ряда
 - 3) от протяженности дефекта зубного ряда
 - 4) от состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
 - 5) от материала и метода изготовления протеза
 - 6) 2+3+4
 - 7) 1+2+3+4+5
376. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным является
- 1) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 2) неудовлетворительное эстетическое качество
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорного зуба
 - 4) сошлифовывание большого количества тканей опорного зуба

377. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают
- 1) топографию дефекта зубного ряда
 - 2) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) абсолютную силу жевательных мышц
 - 5) анатомическую форму зубов
 - 6) состояние пародонта опорных зубов
 - 7) 1+2+3+6
 - 8) 4+5
378. Форма тела мостовидного протеза в области передних зубов
- 1) касательная
 - 2) промывная
 - 3) седловидная
 - 4) может быть любой
 - 5) зависит от протяженности дефекта
379. Проверка каркаса опорных коронок является клиническим этапом при протезировании мостовидным протезом
- 1) любым
 - 2) паяным
 - 3) цельнолитым
 - 4) металлоакриловым
 - 5) металлокерамическим
380. На этапе проверки конструкции паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории
- 1) на модели
 - 2) без модели
 - 3) на гипсовых и/или металлических столбиках
381. Для постоянной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют
- 1) репин
 - 2) цемент Висфат
 - 3) водный дентин
 - 4) цемент Силидонт
382. Пластиночный протез состоит
- 1) из базиса с искусственными зубами в области отсутствующих зубов
 - 2) из кламмеров
 - 3) из замковых креплений
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
383. Границы базиса съемного пластиночного протеза с вестибулярной стороны проходят
- 1) по переходной складке верхней и нижней челюсти
 - 2) по переходной складке верхней челюсти, обходя уздечку верхней челюсти и щечные тяжи
 - 3) по переходной складке нижней челюсти,

- обходя подвижные уздечки и тяжи нижней челюсти
- 4) 2+3
384. Кламмеры делятся на следующие группы
- 1) по форме
 - 2) по способу изготовления
 - 3) по величине охвата естественного зуба, по функции
 - 4) удерживающие, опорно–удерживающие, опирающиеся
 - 5) 1+2+3
 - 6) 2+4
385. По величине охвата естественного зуба различают кламмеры
- 1) одноплечие
 - 2) двухплечие
 - 3) расщепленные, перекидные
 - 4) кольцевые, многозвеньевые
 - 5) 1+2+3+4
 - 6) 1+2+4
386. Воображаемая линия, проходящая через удерживающие кончики кламмеров на опорных зубах, называется
- 1) диагональной
 - 2) экваторной
 - 3) кламмерной
387. Составные элементы удерживающего кламмера
- 1) плечо
 - 2) отросток
 - 3) тело
 - 4) окклюзионная накладка
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+3+4
388. Опорно–удерживающий кламмер состоит
- 1) из плеча
 - 2) из отростка
 - 3) из тела
 - 4) из окклюзионной накладки
 - 5) из ответвления
 - 6) 1+2+3+4
 - 7) 1+2+3+4+5
389. Плечо удерживающего кламмера должно
- 1) располагаться между экватором и десной
 - 2) располагаться между экватором и жевательной поверхностью
 - 3) прилегать к зубу в одной точке
 - 4) прилегать к зубу в максимальном количестве точек
 - 5) 1+4
 - 6) 2+3
390. Упругость плеча кламмера зависит
- 1) от материала, из которого он изготовлен

- 2) от толщины кламмера
- 3) от длины плеча
- 4) от вида прикуса
- 5) 1+3+4
- 6) 1+2+3

391. Функциональное назначение стабилизирующей части плеча кламмера

- 1) препятствует действию сил, направленных косо под углом
- 2) препятствует действию сил, направленных горизонтально
- 3) препятствует смещению шины в вертикальном направлении
- 4) удерживает зуб от смещения при вертикальном его нагружении
- 5) 1+2
- 6) 3+4
- 7) 1+2+3+4

392. Требование, предъявляемое к опорным зубам для кламмерной фиксации

- 1) устойчивость зубов
- 2) отсутствие хронического воспалительного околоверхушечного очага
- 3) выраженная анатомическая форма
- 4) все перечисленное

393. Показание к применению искусственных коронок для кламмерной фиксации

- 1) аномальная форма зуба
- 2) большая часть зуба восстановлена пломбировочным материалом
- 3) обнажение шейки зуба
- 4) гиперестезия эмали
- 5) наклон зуба в сторону дефекта
- 6) все перечисленное

394. Выбор количества опорных зубов для фиксации частичных съемных протезов зависит

- 1) от состояния пародонта зубов–антагонистов
- 2) от топографии дефекта зубного ряда
- 3) от протяженности дефекта зубного ряда
- 4) от состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 5) от материала и типа протеза
- 6) 1+2+3+4
- 7) 1+2+3+4+5

395. Существует способ соединения кламмера с базисом протеза

- 1) жесткое
- 2) пружинящее
- 3) линейное
- 4) суставное
- 5) 1+2+4
- 6) 1+2+3

396. Определить центральную окклюзию проще

- 1) при полном отсутствии зубов
- 2) при одиночно сохранившихся зубах
- 3) при наличии зубов–антагонистов

397. Оклюзионная поверхность прикусного валика в переднем отделе должна быть параллельна
- 1) линии от козелка уха до кончика носа
 - 2) зрачковой линии
 - 3) линии надбровных дуг
398. Оклюзионная поверхность прикусного валика в боковом отделе должна быть параллельна
- 1) линии от козелка уха до кончика носа
 - 2) зрачковой линии
 - 3) линии края нижней челюсти
399. Наиболее объективным методом определения высоты нижней части лица является
- 1) анатомический
 - 2) анатомо–функциональный
 - 3) антропометрический
400. Функциональный покой жевательных мышц характеризуется
- 1) наличием расстояния между окклюзионной поверхностью зубных рядов 2–6 мм
 - 2) плотно сжатыми зубами
 - 3) открытым ртом
401. Искусственные зубы для съемных протезов подбираются
- 1) по форме
 - 2) по цвету
 - 3) по размеру
 - 4) по величине
 - 5) 1+2+3
 - 6) 1+2+4
402. Режущие края искусственных центральных резцов в съемном протезе должны
- 1) при закрытом рте совпадать с линией смыкания губ
 - 2) быть видны при разговоре на 1–2 мм
 - 3) быть не видны вообще
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2
403. Искусственные зубы для съемного протеза бывают
- 1) металлические
 - 2) пластмассовые
 - 3) фарфоровые
 - 4) комбинированные
 - 5) керамические
 - 6) 2+3
 - 7) 2+4+5
404. Постановку искусственных зубов на приточке осуществляют
- 1) при короткой верхней губе

- 2) при длинной верхней губе
 - 3) при выраженном альвеолярном отростке в переднем отделе
 - 4) при атрофии альвеолярного отростка в переднем отделе
 - 5) 1+3
 - 6) 2+4
405. Преимущество пластмассовых искусственных зубов перед фарфоровыми
- 1) больше твердость
 - 2) более надежное соединение с базисом протеза
 - 3) возможность постановки на приточке
 - 4) возможность использования при глубоком прикусе
 - 5) более легкая коррекция окклюзионной поверхности
 - 6) 2+3+4+5
 - 7) 1+2+4
406. Проверку восковой конструкции пластиночного протеза начинают
- 1) с определения высоты нижнего отдела лица
 - 2) с введения репродукции протеза в полость рта
 - 3) с оценки конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе
407. Постановка боковых искусственных зубов в съемном протезе осуществляется
- 1) на 1,5 мм снаружи от дуги альвеолярного отростка
 - 2) посередине альвеолярного отростка
 - 3) внутрь от альвеолярного отростка
408. Проверка восковой репродукции съемного пластиночного протеза проводится
- 1) на модели
 - 2) в полости рта
 - 3) 1+2
409. При проверке конструкции частичного съемного протеза между искусственными и естественными зубами–антагонистами должно быть
- 1) плотное смыкание
 - 2) наличие щели 1,5–2 мм
410. Возможные ошибки, выявляемые при проверке конструкции съемного протеза
- 1) неправильная фиксация положения центральной окклюзии
 - 2) цвет искусственных зубов очень отличается от естественных
 - 3) граница базиса протеза не соответствуют данным клиническим условиям
 - 4) 1+2
 - 5) 1+2+3
411. Свободное наложение съемного пластиночного протеза затруднено из–за
- 1) дефектов рабочей поверхности гипсовой модели
 - 2) дефектов базиса протеза

- 3) выраженного экватора сохранившихся зубов
 - 4) отсутствия изоляции костных выступов и небного валика (торуса)
 - 5) 1+2+3+4
412. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам
- 1) площадь базиса протеза, обусловленная топографией дефекта
 - 2) индивидуальные психосоматические особенности пациента
 - 3) толщина базиса протеза
 - 4) особенности конструирования искусственных зубных рядов
 - 5) метод фиксации протеза
 - 6) 1+2+3+5
 - 7) 1+3+5
413. Съемный пластиночный протез ночью необходимо хранить
- 1) в кипяченой воде
 - 2) в спиртовом растворе
 - 3) в сухом виде
414. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность
- 1) до 20–40%
 - 2) до 50–70%
 - 3) до 70–90%
 - 4) до 90–100%
415. Для реставрации пластиночного протеза отгиск необходимо получить
- 1) при переломе базиса
 - 2) при трещине в базисе
 - 3) при отломе кламмера
 - 4) при добавлении искусственного зуба
 - 5) при уточнении границ базиса протеза
 - 6) 1+2
 - 7) 3+4+5
 - 8) 1+2+3+4+5
416. Показанием к непосредственному протезированию является
- 1) множественный кариес
 - 2) удаление передних зубов
 - 3) деформация зубных рядов
417. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы создают
- 1) до операции
 - 2) через 5–7 дней после удаления зубов
 - 3) через 2 недели после удаления зубов.
418. Применение непосредственных протезов позволяет
- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, фиксирующих межальвеолярную высоту
 - 2) ускорить репаративные процессы альвеолярных частей
 - 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов
 - 4) восстановить речь, функцию жевания

- 5) устранить эстетические дефекты
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+4+5
 - 8) 1+2+3+4+5
419. При непосредственном протезировании рабочие оттиски снимают
- 1) через 4 и более недель после удаления зубов
 - 2) через 1–5 дней после удаления зубов
 - 3) до удаления зубов
420. Для определения центральной окклюзии в полости рта из зуботехнической лаборатории в клинику поступают гипсовые модели
- 1) фиксированные в окклюдаторе
 - 2) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
 - 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированными в окклюдаторе
421. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти
- 1) диагональное
 - 2) парасагиттальное
 - 3) поперечное
422. Фарфоровые искусственные зубы фиксируются в базисе протеза
- 1) механическим способом
 - 2) химическим способом
 - 3) 1+2
423. Удержание съемного протеза в полости рта в состоянии покоя называется
- 1) фиксация
 - 2) стабилизация
424. Удержание съемного протеза в полости рта во время жевания называется
- 1) фиксация
 - 2) стабилизация
425. Для проверки восковой репродукции съемного протеза в клинику поступает
- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
 - 2) пластмассовый базис с зубами и кламмерами
 - 3) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели
 - 4) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе
426. Плотность фиссурно–бугоркового контакта между искусственными зубами съемных пластиночных протезов проверяют на этапе
- 1) определения центральной окклюзии
 - 2) проверки восковой репродукции протеза в полости рта
 - 3) припасовки и наложения протезов
 - 4) коррекции протезов

- 5) 2+3+4
427. Срок контрольного посещения после наложения съемного пластиночного протеза
- 1) определяется больным
 - 2) на следующий день после наложения протеза
 - 3) через неделю после наложения протеза
428. Припасовка съемного пластиночного протез проводится
- 1) зубным техником на модели
 - 2) врачом в полости рта
 - 3) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
429. Первая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение
 - 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
430. Вторая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение
 - 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
431. Третья фаза адаптации к съемному протезу по Е.И. Гаврилову
- 1) полное торможение
 - 2) частичное торможение
 - 3) раздражение
432. При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется
- 1) не снимать протез до посещения врача
 - 2) снять протез, но надеть за 3–4 часа перед коррекцией
 - 3) снять протез до посещения врача
433. Дуговой протез включает в себя
- 1) искусственные зубы, базис, ответвления, опорно–удерживающие элементы
 - 2) дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно–удерживающие элементы
 - 3) дугу, ответвления, искусственные зубы, опорно–удерживающие элементы
434. При использовании дугового протеза во время жевания давление передается
- 1) на периодонт опорных зубов
 - 2) на слизистую оболочку альвеолярных частей
 - 3) на височно–нижнечелюстной сустав
 - 4) 1+2+3
435. Базисом в дуговом протезе являются
- 1) седла
 - 2) дуга

- 3) ретенционные решетки
436. Функция дуги в дуговом протезе
- 1) вспомогательная роль – соединительный элемент
 - 2) распределение жевательной нагрузки
 - 3) дробитель нагрузки
437. Число седел в дуговом протезе должно соответствовать числу дефектов
- 1) да
 - 2) нет
438. Виды крепления дугового протеза на опорных зубах
- 1) замковое
 - 2) с помощью опорно–удерживающих кламмеров
 - 3) 1+2
439. Из какого материала отливается каркас дугового протеза?
- 1) сталь нержавеющей
 - 2) хромокобальтовый сплав
 - 3) серебряно–палладиевый сплав
440. Какая пластмасса используется для базиса дугового протеза?
- 1) этакрил
 - 2) протакрил
 - 3) синма–М
 - 4) фторакс
 - 5) акрел
 - 6) 1+4+5
441. Для чего применяется огнеупорная модель при создании дуговых протезов?
- 1) для компенсации усадки металлической отливки
 - 2) для лучшей фиксации протеза
 - 3) для определения путей введения протеза
 - 4) для устранения деформации восковой конструкции
 - 5) 1+2
442. Какой толщины должна быть дуга протеза на верхней челюсти?
- 1) 0,2 мм
 - 2) 1–1,5 мм
 - 3) 0,6 мм
443. Какой ширины должна быть дуга протеза на верхней челюсти?
- 1) 2 мм
 - 2) 10–12 мм
 - 3) 5–8 мм
444. Какой толщины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
- 1) 5–8 мм
 - 2) 1–1,5 мм
 - 3) 1,5–2 мм

445. Какой ширины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
- 1) 2–3 мм
 - 2) 5–8 мм
 - 3) 1 см
446. На какую величину должна отстоять дуга протеза на верхней челюсти от слизистой оболочки?
- 1) 0,1–0,3 мм
 - 2) 0,5 мм
 - 3) 0,7–0,9 мм
447. На какую величину должна отстоять дуга нижней челюсти от слизистой оболочки?
- 1) 1–1,5 мм
 - 2) 0,2 мм
 - 3) 0,9 мм
448. Какая технология дуговых протезов отвечает современным требованиям?
- 1) получение цельнолитого каркаса дугового протеза
 - 2) получение паяного каркаса дугового протеза
449. Какой оптимальный вариант расположения кламмерной линии в частичных съемных протезах на верхней челюсти?
- 1) трансверзальный
 - 2) диагональный
 - 3) парасагиттальный
450. Какая кламмерная линия используется в частичных съемных протезах на нижней челюсти?
- 1) парасагиттальная
 - 2) диагональная
 - 3) трансверзальная
451. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом
- 1) жесткое
 - 2) шарнирное
 - 3) пружинящее
 - 4) 1+2+3
452. Телом кламмера называется его
- 1) пружинящая часть
 - 2) неподвижная часть
 - 3) та часть, которая служит креплением кламмера в протезе
453. Какие кламмеры получили большее распространение при использовании дуговых протезов?
- 1) литые
 - 2) гнутые
 - 3) петлевидные
454. Как называется линия на гипсовом зубе, которую очерчивает графитовый стержень параллелометра?
- 1) линия А

- 2) разделительная линия
3) кламмерная линия
455. Крепление Шредера и Румпеля – это
1) балочная система крепления
2) многозвеньевой кламмер
3) замковое крепление
456. Какой элемент дугового протеза обеспечивает его стабилизацию?
1) дуга
2) опорно–удерживающий кламмер
3) седло
4) ответвления
5) 2+3
457. Наиболее важной линией при расположении элементов опорно–удерживающего кламмера является
1) линия анатомического экватора
2) разделительная линия
3) линия десневого края
458. Функциональное назначение дробителя нагрузки (амортизатора жевательного давления)
1) уменьшение передачи давления с седла на опорный зуб
2) уменьшение горизонтального компонента функциональной нагрузки
3) уменьшение опрокидывающего эффекта
4) 1+3
5) 1+2+3
459. Часть опорно–удерживающего кламмера, обеспечивающая ретенцию дугового протеза при вертикальных смещениях, располагается
1) в буферной зоне
2) в окклюзионной зоне
3) в ретенционной зоне
4) в зоне безопасности
460. Окклюзионная накладка должна располагаться по отношению к оси зуба следующим образом
1) совпадать с осью зуба
2) быть приблизительно перпендикулярной продольной оси зуба
3) под углом в 45° к вертикальной оси зуба
461. Если при изучении моделей в параллеломере используют ее задний наклон, то путь наложения дугового протеза будет
1) вертикальным
2) горизонтальным
3) спереди назад
4) сзади наперед
462. Если при изучении моделей в параллеломере

используют ее правый боковой наклон,
то путь наложения дугового протеза будет

- 1) вертикальным
- 2) горизонтальным
- 3) сзади наперед
- 4) со стороны, противоположной наклону, т.е. слева направо
- 5) спереди налево
- 6) справа налево

463. Разделительная линия, проведенная на коронке зуба,
должна пересекаться

- 1) окклюзионной накладкой
- 2) удерживающим плечом кламмера
- 3) когтевидным отростком

464. Основным фактором, ведущим к возникновению деформации
окклюзионной поверхности зубных рядов, является

- 1) множественное кариозное поражение окклюзионной поверхности зубов
- 2) неравномерная и локализованная стираемость зубов
- 3) частичное отсутствие зубов
- 4) разрушение или истирание пломбировочных материалов
- 5) новообразование челюстей
- 6) травматическое поражение челюстей
- 7) все перечисленное

465. Частичная потеря зубов приводит

- 1) к деформации альвеолярной части (отростка)
- 2) к смещению зубов, блокированию движений нижней челюсти в сагиттальном направлении
- 3) к макроглоссии, гиперсаливации
- 4) 1+2

466. Постановка диагноза при деформациях окклюзионной поверхности
осуществляется на основе изучения

- 1) прицельных рентгенограмм зубов
- 2) жалоб пациента и внешнего осмотра лица
- 3) диагностических моделей челюстей, ортопантограммы и телерентгенограммы
- 4) мастикардиограммы и гнатодинамометрии

467. Аппаратурно–хирургический метод лечения включает в себя

- 1) избирательное сошлифовывание зубов, перемещение нижней челюсти
- 2) покрытие зубов искусственными коронками, применение аппарата для перемещения зубов в вестибулооральном, мезиодистальном направлении
- 3) компактостеотомию, аппаратурное лечение, протезирование

468. Основная цель лечения деформации
окклюзионной поверхности зубных рядов

- 1) нормализация функции височно–нижнечелюстного сустава

и жевательных мышц

- 2) восстановление эстетики
- 3) нормализация речи
- 4) выравнивание окклюзионной поверхности зубов
- 5) устранение функциональной перегрузки пародонта переместившихся зубов и зубов, блокирующих движения нижней челюсти
- б) 1+4+5

469. Причинами возникновения синдрома Костена являются

- 1) травма височно–нижнечелюстного сустава, общие инфекционные заболевания, ревматизм, подагра, уменьшение межальвеолярной высоты
- 2) уменьшение межальвеолярной высоты, сифилис, неврит лицевого нерва, новообразования в области ВНЧС
- 3) перелом в области шейки мышечного отростка, анкилоз ВНЧС, туберкулез кости
- 4) уменьшение межальвеолярной высоты

470. Синдром Костена проявляется в следующем

- 1) боль при перкуссии зубов, гипертрофия слизистой оболочки альвеолярного гребня, шум в ушах, сухость во рту, головокружение
- 2) боль или хруст в ВНЧС, шум в ушах, головокружение, боли в ушах и заушной области, в шейном отделе и затылочной области, головная боль, чувство жжения в языке и глотке, сухость во рту или повышенное слюноотделение, тризм, боль в области придаточных пазух носа
- 3) боль и хруст в ВНЧС, иррадиирующие в ухо, верхнюю и нижнюю челюсть, а также соответствующую половину головы, головная боль, тяжесть и ломота в суставах всего тела, самопроизвольные ноющие боли отдельных зубов

471. Какие изменения возможны в жевательном аппарате больных при нарушении окклюзионных взаимоотношений и уменьшении межальвеолярной высоты?

- 1) нарушение жевательной функции, неравномерное распределение жевательного давления, формирование глубокого травмирующего прикуса, дисфункция ВНЧС
- 2) нарушение дикции, заболевания языка и ЛОР–органов, парафункции мышц
- 3) травмирование слизистой оболочки полости рта, заболевания губ, асимметрия лица, заеды в углах рта

472. Назовите главные симптомы деформаций, возникающих вследствие потери зубов при зубочелюстных аномалиях

- 1) увеличение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, мезиальный сдвиг нижней челюсти
- 2) уменьшение межальвеолярной высоты,

- 3) блокада движений нижней челюсти
уменьшение межальвеолярной высоты,
блокада движений нижней челюсти,
дистальный сдвиг нижней челюсти

473. Назовите цели выравнивания окклюзионной поверхности деформированного зубного ряда при полном отсутствии зубов на другой челюсти

- 1) предотвращение функциональной перегрузки оставшихся зубов
- 2) улучшение стабилизации полного съемного протеза
- 3) улучшение фиксации полного съемного протеза
- 4) изменение активности мышц в покое
- 5) 1+2+3
- 6) 1+3
- 7) 3+4

474. Возникновение преждевременных контактов отдельных зубов при смыкании челюстей происходит из-за

- 1) отсутствия соседних зубов
- 2) повышенной стираемости пломбы на окклюзионной поверхности зуба-антагониста
- 3) неравномерной стираемости или отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов
- 4) изменения положения зубов вследствие поражения пародонта
- 5) 1+2
- 6) 3+4

475. Деформация окклюзионной поверхности зубного ряда возникает из-за

- 1) отсутствия соседних зубов и зубов-антагонистов
- 2) повышенной стираемости отдельных групп зубов и отсутствия стираемости других групп зубов
- 3) отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов
- 4) изменения положения зубов вследствие поражения пародонта
- 5) 1+2+4
- 6) 3+4

476. Показанием к избирательному пришлифовыванию зубов является

- 1) преждевременный контакт или наличие контакта только на отдельных зубах при смыкании челюстей в центральной, боковых и передней окклюзии
- 2) открытый прикус
- 3) перекрестный прикус

477. Шина – это

- 1) средство замещения дефектов зубных рядов
- 2) аппарат для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда
- 3) аппарат для нормализации межальвеолярной высоты

478. Каким аппаратом можно провести изменение межальвеолярной высоты?

- 1) съемным накусочным
- 2) несъемной зубной каппой
- 3) дуговым (бюгельным) протезом с окклюзионными накладками

- 4) 1+2+3
- 5) 1+2

479. Какие из нижеперечисленных материалов позволяют получить “жемчужный” феномен искусственных зубов?

- 1) диметакрилаты
- 2) люминофоры
- 3) гидроксилapatиты

480. Какие из нижеперечисленных материалов используют для получения функциональных оттисков с беззубых челюстей?

- 1) Альфасил, Ксантопрен
- 2) Упин, Стомальгин, Оралгин
- 3) Протакрил, Редонт

481. Какие из нижеперечисленных материалов используют для изготовления базисов полных съемных протезов?

- 1) Комподент, Эвикрол, Микрофил
- 2) Сикор, Силит
- 3) Этакрил, Фторакс, Бакрил

482. Клинические признаки полной потери зубов

- 1) потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменение внешнего вида пациента
- 2) увеличение угла нижней челюсти
- 3) уменьшение угла нижней челюсти
- 4) 1+2
- 5) 1+3

483. Кем было введено понятие “буферные зоны”?

- 1) Оксманом
- 2) Васильевым
- 3) Гавриловым.

484. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относятся

- 1) анатомическая ретенция, внутрикостные импланты
- 2) использование магнитов, утяжеление протезов
- 3) явление адгезии

485. К биофизическим методам фиксации полных съемных протезов относится

- 1) крепление с помощью пружин Фошара
- 2) присасывающие камеры
- 3) утяжеление нижних протезов
- 4) создание краевого замыкающего клапана

486. Проба “глотания слюны” применяется для припасовки индивидуальной ложки на нижней челюсти в области

- 1) края, расположенного в ретромолярной области
- 2) вдоль челюстно-подъязычной линии
- 3) на подъязычном крае ложки

487. Проба “широкое открывание рта” применяется для припасовки индивидуальной ложки на верхней челюсти в области
- 1) щечных уздечек
 - 2) переднего отдела
 - 3) альвеолярных бугров верхней челюсти до места постановки моляров
488. После наложения полного съемного протеза на верхнюю челюсть нарушается произношение фонемы “К” в результате
- 1) утолщения и удлинения дистального отдела протеза
 - 2) укорочения дистального отдела протеза
 - 3) утолщения базиса протеза в области боковых зубов
489. Межалвеолярную высоту можно определить с помощью фонем
- 1) “К”
 - 2) “С”, “И”, “З”
 - 3) “Ф”, “И”, “В”
490. У пациента после реставрации полного съемного протеза верхней челюсти спустя 5 дней появилось ощущение жжения под протезом. Объективно гиперемия, отек и разрыхление слизистой оболочки твердого неба. Предположительный диагноз
- 1) токсический стоматит
 - 2) обострение хронического гастрита
 - 3) острая респираторная вирусная инфекция
491. Единую классификацию беззубых челюстей предложил
- 1) Оксман
 - 2) Келлер
 - 3) Шредер
492. Проба “вытягивания губ” требует припасовки индивидуальной ложки верхней челюсти в области
- 1) передних зубов
 - 2) щечных уздечек
 - 3) боковых зубов
493. Когда используется компрессионный оттиск?
- 1) при резкой атрофии альвеолярных частей
 - 2) при податливой слизистой оболочки
 - 3) при низком прикреплении уздечек и тяжей
494. Хирургическая подготовка при полной потере зубов необходима в случае
- 1) хейлита, кандидоза
 - 2) наличия рубцов на слизистой оболочке, острой зубчатой вершины альвеолярного гребня
 - 3) снижения межалвеолярной высоты
495. Что такое “стабилизация полного съемного протеза”?
- 1) устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам
 - 2) устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию

- 3) 1+2
496. Компрессионный оттиск желательно получить
- 1) под произвольным давлением
 - 2) под жевательным давлением
 - 3) под дозированным давлением
497. При проверке конструкции протезов обнаружена щель между передними зубами в положении центральной окклюзии. Ваша тактика
- 1) повторная постановка зубов на верхнюю и нижнюю челюсть
 - 2) повторная постановка зубов на верхнюю челюсть
 - 3) повторная постановка зубов на нижнюю челюсть
 - 4) повторное определение центрального соотношения челюстей
498. При наложении полного съемного протеза на верхнюю челюсть наблюдается его балансирование. Причина
- 1) отсутствие изоляции небного валика
 - 2) нарушение окклюзии при постановке зубов
 - 3) атрофия альвеолярного отростка 4 класса по Оксману
499. В течение какого времени происходит окончательная адаптация к полным съемным протезам при первичном протезировании больных
- 1) 3–6 месяцев – 1 год
 - 2) 1–2 месяца
 - 3) 2–3 недели
500. Какой фонетической пробой определяют положение передних зубов у полного съемного протеза на верхней челюсти?
- 1) “вэф”, “свифт”
 - 2) “сос”
 - 3) “боб”, “поп”
501. Наиболее объективным методом определения межальвеолярной высоты является
- 1) анатомический
 - 2) анатомо–функциональный
 - 3) антропометрический
 - 4) функциональный
502. При проверке конструкции полного съемного протеза в клинику поступает
- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
 - 2) пластмассовый базис с искусственными зубами
 - 3) восковой базис с зубами на гипсовой модели в окклюдаторе
503. Для получения рабочих моделей челюстей для полных съемных протезов оттиски заполняют
- 1) обычным гипсом
 - 2) супергипсом
 - 3) огнеупорной массой

504. С помощью каких фонетических проб можно формировать дистальную границу полного съемного протеза на верхней челюсти
- 1) “как”
 - 2) “вэф”, “свифт”
 - 3) “поп”, “мом”
505. Отмечается значительная стираемость искусственных зубов полных съемных протезов. Имеется западение щек, резкая выраженность носогубных и подбородочных складок. Ваша тактика перед повторным протезированием
- 1) повторное протезирование с применением фарфоровых зубов
 - 2) специальная ортопедическая подготовка с коррекцией межальвеолярной высоты на старом протезе
 - 3) хирургическая подготовка
506. Материал, используемый для коррекции полных съемных протезов при повышенной чувствительности слизистой оболочки, костных выступах, непереносимости пластмассы
- 1) Ортосил–М
 - 2) Стомальгин
 - 3) Геркулайт
507. Основным методом фиксации полных съемных протезов в настоящее время является
- 1) биофизический
 - 2) применение клеящих кремов и порошков
 - 3) применение имплантатов
508. Вторичный травматический синдром развивается вследствие
- 1) воздействия неадекватной нагрузки на ранее интактный пародонт
 - 2) присоединения к хронической травме воспалительного процесса
 - 3) воздействия адекватной нагрузки на ослабленный пародонт
509. Наличие преждевременных контактных пунктов зубов выявляют при использовании
- 1) восковой пластинки
 - 2) копировальной бумаги
 - 3) диагностических моделей челюстей
 - 4) визуально
 - 5) записи движения нижней челюсти
 - 6) 1+2+3+4+5
 - 7) 1+2+5
510. При ортопедическом лечении травматической окклюзии важно
- 1) устранить или ослабить функциональную перегрузку пародонта
 - 2) восстановить жевательную эффективность
 - 3) разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом за счет зубов, у которых он лучше сохранен
 - 4) вернуть зубному ряду утраченное единство
 - 5) предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальных нагрузок

- б) шинирование зубов и протезирование
 - 7) 1+2+3+4
 - 8) 1+3+4+5+6
511. Избирательное шлифование зубов наиболее эффективно
- 1) при патологической подвижности зубов
 - 2) в ранних стадиях заболевания пародонта
 - 3) 1+2 (независимо от стадии заболевания)
512. Необходимо выявлять и устранять преждевременные контакты зубов
- 1) в задней, центральной, передней и боковых окклюзиях
 - 2) в передней и боковых окклюзиях
 - 3) в центральной и боковых окклюзиях
 - 4) в центральной и передней окклюзиях
513. Возможным осложнением при избирательном шлифовании зубов является
- 1) гиперестезия твердых тканей зубов
 - 2) кариес
 - 3) пульпит
 - 4) снижение межальвеолярной высоты
 - 5) выключение зубов из окклюзионных контактов
 - 6) 1+3+4+5
 - 7) 1+2+3+4+5
514. При ортогнатическом прикусе сошлифовыванию для устранения преждевременных контактов подлежат
- 1) сместившиеся из лунки и удлинившиеся резцы
 - 2) нижние щечные и верхние небные бугорки
 - 3) верхние щечные и нижние язычные бугорки
 - 4) нижние щечные и верхние щечные бугорки
 - 5) верхние небные и нижние язычные бугорки
 - 6) 1+3
515. Использование временных шин целесообразно
- 1) в период консервативной и хирургической терапии заболеваний пародонта
 - 2) при подвижности зубов III–IV степени
 - 3) как ретенционный аппарат после ортодонтического перемещения зубов
 - 4) 1+2+3
 - 5) 1+3
516. К временным шинам относятся
- 1) колпачковая шина
 - 2) шина из панцирных накладок
 - 3) шина Эльбрехта
 - 4) круговая (вестибуло–оральная) шина из быстротвердеющих пластмасс
 - 5) съемная шина Ванкевич
517. Съемные временные назубные шины готовят
- 1) из сплава металлов
 - 2) из пластмассы

3) 1+2

518. При ортопедическом лечении травматической окклюзии применяют следующие конструкции

- 1) съемные
- 2) несъемные
- 3) временные
- 4) постоянные
- 5) все вышеперечисленное

519. Временные шины для лечения болезней пародонта должны

- 1) равномерно распределять жевательное давление
- 2) не препятствовать консервативной терапии
- 3) не травмировать слизистую оболочку десны
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

520. Высокий эффект при травматической окклюзии достигается стабилизацией

- 1) передней и боковой
- 2) переднебоковой
- 3) поперечной
- 4) круговой (по дуге)

521. Шинирование передних и боковых зубов с одной стороны челюсти называется стабилизацией

- 1) передней
- 2) боковой
- 3) переднебоковой
- 4) поперечной
- 5) круговой (по дуге)

522. Ортопедическое лечение первичной травматической окклюзии направлено

- 1) на профилактику заболеваний твердых тканей зуба
- 2) на устранение причин, вызвавших заболевание
- 3) на устранение первичного травматического синдрома
- 4) на шинирование зубов с пораженным пародонтом
- 5) на предупреждение функциональной перегрузки здорового пародонта
- 6) 1+3+4
- 7) 2+3+4+5

523. К несъемным типам шин постоянного пользования относятся

- 1) балочная шина, шина Ван–Тили, колпачковая шина, кольцевая шина
- 2) шина из экваторных коронок на боковые зубы, вкладочная шина, шина

Эльбрехта

- 3) шина Мамлока, шина из панцирных накладок с парапульпарными штифтами, шина из полукоронок, экваторных коронок, колпачковая шина
- 4) балочная шина с парапульпарными штифтами, шина Шпренга, шина Мамлока

524. Выбор вида и конструкции шины зависит

- 1) от степени резорбции костной ткани пародонта
- 2) от расположения уздечек верхней и нижней губы
- 3) от вида прикуса
- 4) от целостности коронок зубов
- 5) от величины и топографии дефектов зубных рядов
- 6) все выше перечисленное
- 7) 1+3+4+5

525. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает

- 1) опорно–удерживающие кламмеры и дуги
- 2) пластмассовый базис с искусственными зубами
- 3) металлический каркас с шинирующими элементами
- 4) 1+2
- 5) 2+3

526. Для непосредственного протезирования вторичной травматической окклюзии наиболее пригоден

- 1) дуговой протез
- 2) временный мостовидный протез
- 3) съемный пластиночный протез
- 4) дуговой протез с шинирующими элементами

527. При протезировании съемным непосредственным (иммедиат) протезом исключается клинический этап

- 1) получения оттисков и моделей
- 2) определения центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
- 3) проверка конструкции протеза

528. Применение непосредственных протезов при заболеваниях пародонта позволяет

- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица
- 2) устранить эстетический и фонетический недостаток при удалении передних зубов
- 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов, восстановить функцию жевания
- 4) нормализовать репаративные процессы альвеолярного гребня
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+2+3

529. Клиническими признаками деформаций зубных рядов при пародонтите является

- 1) вестибулярное смещение передних зубов
- 2) смещение зубов в сторону отсутствующих антагонистов
- 3) образование трем, увеличение диастем
- 4) наклон зубов в сторону дефекта
- 5) все вышеперечисленное

530. Для ортодонтического лечения вестибулярного перемещения и трем передних зубов при пародонтите применяют

- 1) связывание зубов лигатурной проволокой
- 2) пластинки с вестибулярной ретракционной дугой
- 3) аппарат Энгля

4) все вышеперечисленное

531. В качестве шинирующих элементов в дуговых протезах могут использоваться

- 1) круговые кламмеры
- 2) полукоронки
- 3) когтеобразные отростки
- 4) непрерывные многозвеньевые кламмеры
- 5) шина–каппа
- 6) 1+3+4+5
- 7) 2+3+4

532. Показаниями к применению метода избирательного пришлифовывания зубов при травматической окклюзии являются

- 1) множественный кариес
- 2) преждевременные межзубные контакты
- 3) деформация зубных рядов
- 4) блокада движений нижней челюсти
- 5) 1+2
- 6) 2+3+4

533. Избирательное пришлифовывание бугорков и изменение наклона их скатов при травматической окклюзии проводится на зубах

- 1) верхней челюсти
- 2) нижней челюсти
- 3) верхней и нижней челюсти

534. При травматической окклюзии устраняют преждевременные контакты избирательным сошлифовыванием зубов

- 1) в задней окклюзии
- 2) в центральном соотношении
- 3) в боковых окклюзиях
- 4) в передней окклюзии
- 5) 1+2+3+4
- 6) 1+2
- 7) 2+3+4

535. Ортодонтическое лечение веерообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии

- 1) компенсации
- 2) обострения
- 3) субкомпенсации
- 4) декомпенсации

536. Для дифференциальной диагностики между лейкоплакией и молочницей применяют метод исследования

- 1) цитологический
- 2) серологический
- 3) бактериологический
- 4) иммунологический

537. Санация полости рта при лейкоплакии и красном плоском лишае включает

- 1) устранение разноименных металлов и рациональное протезирование

- 2) шинирование зубов
- 3) сошлифовывание острых краев зубов и пломб
- 4) избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей
- 5) 1+3
- 6) 2+4

538. Аллергия на стоматологические материалы относится

- 1) к реакциям гиперчувствительности немедленного типа
- 2) к реакциям гиперчувствительности замедленного типа

539. Жалобы больных при протетическом стоматите

- 1) чувство жжения
- 2) сухость во рту
- 3) нарушение вкусовой чувствительности
- 4) 1+2+3

540. Протетический стоматит обусловлен

- 1) влиянием на слизистую оболочку полости рта остаточного мономера низкомолекулярных соединений, входящих в состав пластмасс
- 2) токсическим воздействием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов протезного ложа
- 3) 1+2

541. Лечение протетического стоматита включает

- 1) замену протеза
- 2) десенсибилизирующую терапию
- 3) назначение витамина С
- 4) обильное питье
- 5) назначение мочегонных препаратов
- 6) 1+2+3+4+5

542. При протезировании больных с лейкоплакией съёмными протезами использовать бесцветную пластмассу

- 1) рекомендуется
- 2) не рекомендуется

543. При протезировании больных с лейкоплакией несъёмными протезами рекомендуется использовать

- 1) однородный металл с полировкой мест пайки
- 2) цельнолитые мостовидные протезы
- 3) 1+2

544. При протезировании больных с красным плоским лишаем несъёмными протезами применять цельнолитые конструкции из однородного металла

- 1) целесообразно
- 2) не целесообразно

545. К неспецифическим факторам алергизации организма при пользовании съёмными пластиночными протезами можно отнести следующие

- 1) нарушение теплообмена

- 2) несоответствие протеза протезному ложу
 - 3) изменение водородного показателя слюны
 - 4) 1+2
 - 5) процессы истирания пластмассового базиса
 - 6) 1+2+3+5
546. Нормальные показатели микротоков полости рта
- 1) 1–3 мкА
 - 2) 2–6 мкА
 - 3) 2–5 мкА
 - 4) 3–7 мкА
547. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при пользовании металлическими конструкциями протезов, относят
- 1) коррозионные процессы
 - 2) изменение водородного показателя слюны в кислую сторону
 - 3) процессы истирания
 - 4) тепловой эффект
 - 5) 1+2+3
548. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены пробы
- 1) аппликационная по Сорокину
 - 2) провокационная
 - 3) экспозиционная
 - 4) лейкопеническая
 - 5) 1+2+3+4
549. Чем обусловлено появление эрозивно–язвенных форм хронических заболеваний полости рта?
- 1) осложнениями частичной потери зубов
 - 2) зубоальвеолярным удлинением
 - 3) наличием в полости рта протезов из разнородных металлов
550. Какой сплав металлов для протеза предпочтительнее при системной красной волчанке?
- 1) КХС
 - 2) серебряно–палладиевый сплав
 - 3) золотой сплав
 - 4) 2+3
551. Какие протезы целесообразно применять при хронической заеде?
- 1) протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
 - 2) протезы с использованием фарфоровых искусственных зубов
 - 3) протезы, восстанавливающие высоту нижнего отдела лица
552. Что показано для восстановления нормального состояния слизистой оболочки полости рта и микроэлементного состава слюны?
- 1) применение обволакивающих средств
 - 2) удаление протезов из разнородных металлов
 - 3) применение местноанестезирующих средств

553. Основными принципами протезирования при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай) являются
- 1) протезирование преимущественно съёмными протезами
 - 2) использование только удерживающих кламмеров
 - 3) расширение показаний к несъёмным конструкциям протезов
554. Стоматологические проявления болезни Шегрена
- 1) паротит
 - 2) ксеростомия
 - 3) множественный кариес
 - 4) гиперсаливация
 - 5) хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта
 - 6) 1+2+3
 - 7) 2+5
555. При протезировании больных с синдромом Шегрена нужно
- 1) расширить показания к несъёмным протезам
 - 2) расширить показания к частичным съёмным пластиночным протезам
 - 3) расширить показания к дуговым (бюгельным) протезам
556. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки для оттисков применяют
- 1) гипс
 - 2) эластические оттискные массы
 - 3) термопластические массы
557. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта съёмными протезами следует
- 1) обязательно увеличить межальвеолярную высоту
 - 2) исключить увеличение межальвеолярной высоты
 - 3) применять только пластмассовые зубы
 - 4) использовать фарфоровые зубы
 - 5) полировать внутреннюю поверхность базиса протеза
 - 6) не полировать внутреннюю поверхность базиса протеза
 - 7) 1+3+6
 - 8) 2+4+5
 - 9) 1+4+6
558. Характерными признаками при аллергическом стоматите, вызванном протезами из сплавов металлов, является
- 1) изменение вкусовой чувствительности
 - 2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта
 - 3) поражение кожи
 - 4) отек губ, щек, языка
 - 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек
 - 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти
 - 7) сухость полости рта

- 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка
- 9) повышенная вязкость слюны
- 10) все перечисленное
- 11) 2+3+4+6
- 12) 3+6+7+9

559. Характерными признаками при аллергическом стоматите, вызванном акрилатами, является

- 1) изменение вкусовой чувствительности
- 2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта
- 3) поражение кожи
- 4) отек губ, щек, языка
- 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек
- 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти
- 7) сухость полости рта
- 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка
- 9) высокая вязкость слюны
- 10) все перечисленное
- 11) 2+3+4+6
- 12) 3+6+7+9

560. Для токсического стоматита характерно появление

- 1) первых признаков, возникающих через 1–7 суток пользования съемным протезом
- 2) первых признаков, возникающих через месяц и более пользования съемным протезом
- 3) неизменности жжения слизистой оболочки после снятия протеза
- 4) уменьшение жжения слизистой оболочки при снятии протеза
- 5) гиперемии и отека под базисом протеза
- 6) гиперемии и отека за границами базиса протеза
- 7) 1+4+5
- 8) 2+3+6

561. Височно–нижнечелюстной сустав образован

- 1) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставным бугорком
- 2) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой, суставным бугорком
- 3) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой и связками, суставным диском, суставным бугорком, барабанной частью височной кости

562. Типы движений в верхнем и нижнем отделах ВНЧС

- 1) шарнирные
- 2) возвратно–поступательные
- 3) 1+2

563. Нарушения жевательно–речевого аппарата, вызывающие заболевания ВНЧС

- 1) понижение тонуса жевательных мышц

- и спазм латеральных крыловидных мышц
- 2) повышение тонуса жевательных мышц
и спазм латеральных крыловидных мышц
- 3) расстройство координации сокращения
латеральных крыловидных мышц
- 4) нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- 5) 1+3
- 6) 2+3+4

564. Назовите оптимальную схему реабилитации заболеваний ВНЧС

- 1) ортопедические, медикаментозные, хирургические методы
- 2) ортопедические, физиотерапевтические методы,
блокады жевательных мышц анестетиками, психотерапия
- 3) психотерапия и медикаментозные методы, физиотерапия,
миогимнастика, ортопедические методы

565. Для диагностики заболеваний ВНЧС должны проводиться следующие клинические методы исследования

- 1) осмотр нижнего отдела лица и зубных рядов
в центральной окклюзии, функциональном покое,
при максимальном открывании рта
- 2) электроодонтометрия
- 3) пальпация сустава и жевательных мышц
- 4) оценка прикуса, окклюзионных
и динамических соотношений зубных рядов
- 5) анализ шумов в суставе
- 6) получение и анализ диагностических моделей челюстей
- 7) 1+2+3+4+5
- 8) 1+3+4+5+6

566. Для рентгенодиагностики заболеваний ВНЧС применяют

- 1) рентгенографию по Парму
- 2) рентгенографию по Шюллеру
- 3) томографию
- 4) электромиографию
- 5) артрофонографию
- 6) 1+2+3
- 7) все перечисленные методы

567. В клинике ортопедической стоматологии лечатся заболевания ВНЧС

- 1) мышечно–суставные дисфункции
- 2) артрозы
- 3) хронические артриты
- 4) привычные вывихи и подвывихи
- 5) анкилозы
- 6) 1+2+4+5
- 7) 1+2+3+4

568. Ведущие симптомы при мышечно–суставной дисфункции

- 1) пальпация сустава болезненная или слабо болезненная
- 2) щелканье, хруст
- 3) атипичные движения нижней челюсти, смещение ее в сторону

- 4) боль при пальпации жевательных мышц
 - 5) невралгические, головные боли
 - 6) все перечисленные
569. Предложите возможный диагноз при болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС
- 1) мышечно–суставная дисфункция
 - 2) хронический артрит
 - 3) остеоартроз
570. Комплекс мероприятий при лечении мышечно–суставной дисфункции включает
- 1) химиотерапию, иглотерапию
 - 2) психотерапию, медикаментозную терапию физиотерапию, миогимнастику и ортопедические методы
 - 3) ортопедические методы и медикаментозную терапию
571. В ортопедическом лечении мышечно–суставных дисфункций применяют
- 1) лечебно–диагностические аппараты (каппа, накусочные пластиночные аппараты и др.)
 - 2) избирательное сошлифовывание зубов при наличии преждевременных окклюзионных контактов
 - 3) протезирование полости рта
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3
572. Артроз – заболевание ВНЧС, характеризующееся
- 1) дегенеративными изменениями хрящевой, костной, соединительной ткани сустава с элементами воспаления
 - 2) воспалительными изменениями с обострением при охлаждении и переутомлении, ноющими и иррадиирующими болями.
573. Виды артрозов ВНЧС
- 1) склерозирующий
 - 2) деформирующий
 - 3) 1+2
574. При ортопедическом лечении артрозов ВНЧС применяют
- 1) съемные пластмассовые каппы
 - 2) накусочные пластиночные аппараты
 - 3) ортопедические аппараты с ограничителями открывания рта
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
575. Разновидности вывихов нижней челюсти
- 1) передние и задние
 - 2) односторонние и двусторонние
 - 3) острые
 - 4) привычные (хронические)
 - 5) 1+2+3

6) 1+2+3+4

576. Причинами вывихов нижней челюсти являются

- 1) инфекционные и неинфекционные заболевания (ревматизм, туберкулез, подагра, отит, скарлатина и др.)
- 2) травмы челюстной области (ушибы и переломы)
- 3) последствия воспалительных и дистрофических процессов в суставе
- 4) врожденные аномалии развития ВНЧС
- 5) аномалии и деформации зубных рядов
- 6) 1+2+3
- 7) 1+2+3+4+5

577. Основным патогенетическим звеном привычных вывихов является

- 1) чрезмерное растяжение мышечно–связочного аппарата и капсулы сустава
- 2) нарушение функции жевательной мускулатуры
- 3) изменение формы, размеров и структуры внутрисуставного диска
- 4) деформация костных элементов сустава
- 5) 1+2+3
- 6) 1+2+3+4

578. Непосредственные причины начала проявления вывиха нижней челюсти

- 1) зевота, крик, откусывание пищевого комка
- 2) стоматологические вмешательства, связанные с широким открыванием рта (удаление зубов, снятие оттисков)
- 3) другие лечебные манипуляции (ларингоскопия, интубация трахеи и т.п.)
- 4) все перечисленное

579. Клинические проявления привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти

- 1) полуоткрытый рот, выдвигание вперед и опущение нижней челюсти, напряженность жевательных мышц и боль в области ушей, безуспешные попытки переместить челюсть и закрыть рот
- 2) открывание и закрывание рта сопровождается щелкающими звуками и толчками головки нижней челюсти, которая, проскакивая за вершину суставных бугорков, перерастягивает капсулу и мышечно–связочный аппарат, вызывает боль; движения нижней челюсти толчкообразные со смещением в сторону; при максимальном открывании рта расстояние между резцами 6–8 см; больной самостоятельно вправляет привычный вывих
- 3) 1+2

580. Рентгенологическая картина при привычных вывихах нижней челюсти

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди переднего ската суставного бугорка, теряя с ним контакт
- 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка, но контакт с его передним скатом сохраняется

581. Рентгенологическая картина при привычных подвывихах нижней челюсти

- 1) головка нижней челюсти располагается впереди

- 2) суставного бугорка, теряя с ним контакт
головка нижней челюсти располагается несколько впереди
от вершины суставного бугорка,
но контакт с его передним скатом сохраняется

582. В диагностике привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти большое значение имеет

- 1) пальпация сустава
- 2) изучение движений челюсти
- 3) рентгенография ВНЧС в боковой проекции при максимально открытом рте
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

583. Основные принципы ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти

- 1) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта
- 2) лечение основного заболевания
- 3) нормализация межальвеолярной высоты при ее нарушениях
- 4) протезирование полости рта
- 5) медикаментозная терапия
- 6) физиотерапевтические процедуры
- 7) 1+4
- 8) все перечисленное

584. Типы аппаратов с ограничителями открывания рта, применяемые при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов

- 1) съемные
- 2) несъемные
- 3) 1+2

585. К съемным аппаратам, применяемым при лечении привычных вывихов нижней челюсти, относится

- 1) аппарат Шредера
- 2) аппарат Померанцевой–Урбанской
- 3) аппарат Ядровой
- 4) аппарат Петросова
- 5) 1+2+3
- 6) 1+2+3+4

586. К несъемным аппаратам, применяемым при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов, относят

- 1) аппарат Шредера
- 2) аппарат Померанцевой–Урбанской
- 3) аппарат Ядровой
- 4) аппарат Петросова
- 5) 1+2+3

587. Съемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти, состоят

- 1) из фиксирующей небной пластинки и пелота, упирающегося в передний край ветви нижней челюсти,

- создающего препятствие движению нижней челюсти для широкого открывания рта
- 2) из блока коронок, покрывающих противоположные боковые зубы верхней и нижней челюсти
 - 3) из ограничителя открывания рта, обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов
 - 4) 1+2+3

588. Несъемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти, состоят

- 1) из фиксирующей небной пластинки, пелота, упирающегося в передний край ветви нижней челюсти
- 2) из блока коронок, покрывающего противоположные боковые зубы верхней и нижней челюсти
- 3) из ограничителя открывания рта в виде двухплечего шарнира, обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов и приспособлений
- 4) 1+2+3
- 5) 2+3

589. Срок ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти съемными и несъемными аппаратами с ограничителями открывания рта

- 1) 3 недели
- 2) 1–2 месяца
- 3) 2–3 месяца
- 4) 4–7 месяцев

590. Цель избирательного пришлифовывания зубов при патологии ВНЧС

- 1) уменьшение межальвеолярной высоты
- 2) уменьшение нагрузки на пародонт
- 3) устранение преждевременных окклюзионных контактов и создание плотных фиссурно–бугорковых контактов зубов
- 4) снятие блокады и беспрепятственное восстановление движений нижней челюсти
- 5) 3+4
- 6) 2+3

591. При заболеваниях ВНЧС лечебно–диагностические ортопедические средства (съемные пластмассовые каппы, накусочные пластинки и др.) применяются

- 1) для нормализации положения нижней челюсти
- 2) для устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов
- 3) для восстановления межальвеолярной высоты
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

592. Миогимнастика при лечении заболеваний ВНЧС проводится

- 1) для нормализации движений нижней челюсти
- 2) для усиления определенных групп мышц
- 3) для восстановления синхронности движения головок

нижней челюсти в обоих суставах

- 4) 1+2+3
- 5) 1+3

593. Для лечения заболеваний ВНЧС применяется

- 1) электролечение постоянным током – электрофорез
- 2) электролечение переменным током – УВЧ
- 3) лечение ультразвуком
- 4) лечение импульсным током низкого напряжения и малой частоты – диадинамическая терапия
- 5) лечение теплом
- 6) светолечение
- 7) 1+2+3+5
- 8) 1+2+3+4+5+6

594. Какие из нижеперечисленных аппаратов применяются в челюстно–лицевой ортопедии?

- 1) репозирующие, фиксирующие
- 2) направляющие, замещающие, формирующие
- 3) разобщающие, комбинированные
- 4) 1+3
- 5) 1+2+3

595. К разобщающим относят аппараты

- 1) разделяющие полости рта и носа
- 2) вызывающие дезокклюзию зубных рядов
- 3) 1+2

596. Ортопедическое лечение переломов в челюстно–лицевой области имеет целью

- 1) сопоставление отломков в правильное положение (репозиция)
- 2) удержание отломков в определенной позиции до заживления перелома (иммобилизация)
- 3) 1+2

597. Основным симптомом перелома верхней челюсти со смещением является

- 1) симптом “очков”
- 2) симптом “ступеньки”
- 3) нарушение смыкания зубов в виде открытого прикуса

598. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит

- 1) от локализации линии перелома
- 2) от степени и направления смещения отломков
- 3) от состояния пародонта оставшихся зубов и характера нарушения окклюзии
- 4) от всего перечисленного

599. Применение проволочных шин ограничено

- 1) при патологической подвижности зубов I–II степени
- 2) при глубоком прикусе с отвесным или ретрузионным положением

- передних зубов
3) 1+2

600. Пластмассовые шины при переломах челюстей обладают следующими недостатками

- 1) их укрепление полиамидной нитью недостаточно стабильно из-за растяжения последней
- 2) пластмассовые шины в виде капп изменяют окклюзию
- 3) возникает повреждение десневых сосочков
- 4) нарушается гигиена полости рта
- 5) 1+2
- 6) 1+2+3+4

601. Являются ли эффективными ортопедические аппараты (шина Порты, Гуннинга–Порты, Лимберга) для лечения переломов беззубой нижней челюсти?

- 1) да, являются
- 2) нет, не являются
- 3) в сочетании с подбородочной пращей

602. Образование ложного сустава нижней челюсти ведет к морфо–функциональному нарушению

- 1) процессов откусывания и пережевывания пищи
- 2) глотания и речеобразования
- 3) внешнего вида больного
- 4) координации в работе правой и левой группы жевательных мышц и ВНЧС
- 5) 3+4
- 6) 1+2+3+4

603. Протезирование дефектов зубного ряда без восстановления целостности кости осуществляется

- 1) при противопоказаниях к хирургическим вмешательствам
- 2) при отказе больного от хирургического вмешательства
- 3) 1+2

604. Шарнирные мостовидные протезы можно применить при

- 1) наличии на отломках достаточного количества зубов со здоровым пародонтом, незначительной подвижности отломков челюсти и дефекте не более 2 см
- 2) наличии на отломках достаточного количества зубов со здоровым пародонтом и значительной подвижности отломков челюсти
- 3) получении письменного согласия со стороны пациента

605. Пластинчатые протезы с шарнирным соединением можно применить

- 1) при малом количестве зубов на челюсти, значительной амплитуде смещения отломков, нарушении соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в боковом отделе нижней челюсти
- 2) при малом количестве зубов на челюсти, незначительной амплитуде смещения отломков, без нарушения соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в боковом отделе нижней челюсти
- 3) при малом количестве зубов на челюсти, незначительной амплитуде смещения отломков, без нарушения соотношения зубных рядов, локализации ложного сустава в переднем отделе нижней челюсти

606. Шарообразный шарнир по Оксману представляет собой
- 1) литой стержень с двумя шариками из нержавеющей стали
 - 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных плоскостях
 - 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза
607. Шарнир Гаврилова представляет собой
- 1) литой стержень
 - 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных плоскостях
 - 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза
608. Шарнир Вайнштейна представляет собой
- 1) литой стержень
 - 2) две проволочных гнутых петли, располагающиеся в различных частях протеза
 - 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы, которые укреплены в частях протеза
609. При неправильно сросшихся переломах верхней челюсти наблюдается
- 1) “укорочение” лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица
 - 2) “удлинение” лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица
610. Шина Ванкевич применяется
- 1) при костной пластике
 - 2) для репозиции отломков
 - 3) для иммобилизации отломков
 - 4) 1+2+3
611. Шина Вебера используется для лечения переломов
- 1) верхней челюсти
 - 2) нижней челюсти со смещением отломков
 - 3) нижней челюсти с дефектов кости
 - 4) при замедленной консолидации переломов нижней челюсти
612. В каком ответе более полно перечислены возможные методы исправления зубочелюстных аномалий у взрослых?
- 1) ортодонтический, хирургический
 - 2) ортодонтический, хирургический, аппаратурно–хирургический
 - 3) ортодонтический, хирургический, аппаратурно–хирургический, телерентгенографический
 - 4) аппаратурный, в том числе протетический, хирургический, аппаратурно–хирургический
613. При выборе метода лечения взрослых с зубочелюстными аномалиями необходимо учесть

- 1) степень выраженности аномалии
 - 2) вид аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта, мотивацию лечения у пациента
 - 3) вид аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта
614. Дифференцировать аномалии величины и положения челюстей в черепе позволяет
- 1) ортопантомография
 - 2) боковая телерентгенография
 - 3) передняя телерентгенография
 - 4) изучение диагностических моделей челюстей
 - 5) все вышеперечисленное
615. Если при изучении боковой телерентгенограммы обнаружено увеличение межапикального угла ($ss-n-spm$), то это может свидетельствовать
- 1) о верхней микрогнатии и нижней макрогнатии
 - 2) о верхней ретрогнатии и нижней прогнатии
 - 3) о нижней прогнатии
 - 4) о верхней макро- и прогнатии, нижней микро- и ретрогнатии
616. Глубокий прикус характеризуется
- 1) увеличением вертикального резцового перекрытия
 - 2) увеличением сагиттального резцового расстояния
 - 3) потерей режуще-бугоркового контакта резцов
 - 4) 1+2
 - 5) 1+3
 - 6) 1+2+3
617. Является ли наличие глубокого прикуса противопоказанием для применения металлокерамических протезов в переднем отделе зубных рядов?
- 1) да, является абсолютным противопоказанием
 - 2) да, является относительным противопоказанием
 - 3) нет, не является противопоказанием
618. Укажите правильную последовательность этапов лечения современными несъемными дугowymi ортодонтическими аппаратами
- 1) перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, создание окклюзионных контактов, ретенция
 - 2) выравнивание зубных рядов, перемещение зубов по дуге, создание окклюзионных контактов, ретенция
 - 3) создание окклюзионных контактов, перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, ретенция
619. У взрослых с зубочелюстными аномалиями, в отличие от детей, невозможно
- 1) ортодонтическое перемещение зубов
 - 2) применение съемных пластиночных аппаратов
 - 3) стимулирование роста лицевого скелета
 - 4) 2+3
620. При ортодонтическом перемещении зубов у взрослых следует применять
- 1) малые ортодонтические усилия

628. Противопоказанием к применению имплантации является
- 1) хронический бронхит
 - 2) фарингит
 - 3) язвенная болезнь желудка
 - 4) заболевание системы крови
 - 5) системное заболевание соединительной ткани
 - 6) 4+5
629. Успех имплантации определяет
- 1) инертность материала
 - 2) структура поверхности внутрикостной части имплантата
 - 3) состояние костного ложа имплантата
 - 4) техника операции
 - 5) 1+2+3+4
630. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является
- 1) внешнее воздушное охлаждение
 - 2) охлаждение жидкостью с внешним подводом
 - 3) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
 - 4) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке
631. Плотностью кости называется
- 1) количество костных трабекул в единице объема исследуемого материала
 - 2) отношение объема пор образца ко всему его объему
 - 3) отношение количества костных трабекул к количеству костномозговых пространств в исследуемом образце
632. В процессе сверления кости необходимо использовать
- 1) умеренное число оборотов режущего инструмента
 - 2) давление на режущий инструмент
 - 3) охлаждение кости и инструмента
 - 4) 1+2+3
633. Методика установки имплантатов системы Брэнемарка
- 1) одноэтапная
 - 2) двухэтапная
 - 3) трехэтапная
 - 4) 1+2
634. Имплантаты могут быть изготовлены
- 1) из нержавеющей стали
 - 2) из кобальто–хромового сплава
 - 3) из титана
 - 4) из керамики
 - 5) из пластмассы
 - 6) из лейкосапфира
 - 7) 2+3+4+6
 - 8) 1+2+3
635. Стерилизацию имплантатов из титана осуществляют

- 1) спиртом
 - 2) тройным раствором
 - 3) формалином
 - 4) 3% раствором перекиси водорода
 - 5) суховоздушным способом
636. Заживление костной ткани вокруг имплантата называется
- 1) синостоз
 - 2) первичная остеоинтеграция
 - 3) остеофикация
 - 4) внутрикостная стабилизация
637. Имплантация представляет собой процесс внедрения в ткани организма физического тела
- 1) из гомологичного биологического материала
 - 2) из чужеродного материала
 - 3) из чужеродного материала с минимальными антигенными или гаптенными свойствами
638. Неблагоприятным прогнозом для заживления костной ткани вокруг пластиночного имплантата можно считать
- 1) подвижность внекостной части импланта спустя 1 неделю после операции
 - 2) рентгенологически выявляемое окружение внутрикостной части имплантата в виде фиброзной капсулы
 - 3) инфицирование операционного поля
 - 4) 1+2+3
639. Обычно после операции имплантации назначают
- 1) холод на область операции
 - 2) анальгетики
 - 3) антибиотики
 - 4) сульфаниламидные препараты
 - 5) противовоспалительные препараты
 - 6) 1+2+3+4+5
 - 7) 1+2+3+5
640. Для увеличения атрофированной альвеолярной части используют
- 1) каучук
 - 2) гидроксилпатит
 - 3) полиуретан
 - 4) нейлон
 - 5) метилметакрилат
 - 6) биоситалл
 - 7) 2+3+5
 - 8) 2+6
641. Препарирование головки металлического имплантата в полости рта допустимо
- 1) при обильном охлаждении
 - 2) категорически не допустимо

- 3) в исключительных случаях
4) при обильном охлаждении и с применением коффердама
642. Протезирование с использованием имплантатов осуществляется с помощью зубных протезов
- 1) из нержавеющей стали
 - 2) из кобальто–хромового сплава
 - 3) из металлоакрилата, металлокерамики
 - 4) 1+2
 - 5) 2+3
643. Цель контрольных осмотров после проведения имплантации
- 1) оценка состояния слизистой оболочки десны
 - 2) оценка подвижности имплантата
 - 3) проверка гигиены полости рта
 - 4) удаление зубных отложений
 - 5) 2+3
 - 6) 1+2+3+4
644. Тактика лечения эозинофильной гранулемы:
- а) выскабливание опухоли;
 - б) резекция челюсти;
 - в) комбинированное лечение;
 - г) химиотерапия;
 - д) лучевая терапия;
645. Клинические признаки фиброзного эпюлиса:
- а) характеризуется ограниченным участком ороговения десны;
 - б) характеризуется рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;
 - в) характеризуется плотным безболезненным образованием на широком основании;
 - г) характеризуется плотным инфильтратом;
 - д) характеризуется формированием язвы.
646. Киста резцового канала развивается:
- а) островков Молассе;
 - б) остатков эпителия при слиянии двух верхнечелюстных костей;
 - в) остатков меккеяева хряща;
 - г) зубного фолликула;
 - д) слизистой оболочки полости рта.
647. «Мигрирующая гранулема» встречается при:
- а) хроническом гипертрофическом пульпите;
 - б) хроническом гранулирующем периодонтите;
 - в) хроническом гранулематозном периодонтите;
 - г) хроническом маргинальном периодонтите;
 - д) остром гнойном периодонтите.
648. Размер, характерный для радикулярной кисты:
- а) менее 0,5 см;
 - б) от 0,5 до 0,7 см;
 - в) от 0,7 до 0,9 см;
 - г) менее 1 см;

д) более 1 см.

649. Кератокиста челюсти это:

- а) пародонтальная киста;
- б) радикулярная киста;
- в) киста резцового канала;
- г) фолликулярная киста;
- д) первичная киста.

650. Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

- а) удалить корень через лунку;
- б) проведение альвеолотомии;
- в) проведение гайморотомии;
- г) ушить лунку и направить больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение;
- д) введение в лунку марлевого тампона.

651. 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.

652. Показания для двухэтапного проведения операции реплантация зуба:

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

653. Операция показанная при выведении чрезмерного количества пломбировочного материала за верхушку корня при лечении хронического гранулематозного периодонтита фронтальных зубов верхней челюсти:

- а) удаление зуба;
- б) резекция верхушки корня;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) ампутация корня.

654. Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:

- а) промыть лунку антисептиками;
- б) провести кюретаж лунки;
- в) назначить антибиотики;
- г) ввести в лунку марлевый тампон;
- д) назначить ирригации полости рта.

655. Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:

- а) провести пластику местными тканями;
- б) провести альвеолотомию;
- в) ввести в лунку йодоформный тампон;
- г) не проводить специальных манипуляций, наблюдение;
- д) наложить тампон поверх лунки.

656. Становится подвижной группа зубов при:

- а) острым серозном периостите;
- б) острым гнойном периостите;
- в) острым остеомиелите;
- г) абсцессе;
- д) флегмоне.

657. 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.

658. Пародонтальную кисту относят:

- а) к пародонтитам;
- б) к пародонтомам;
- в) к идиопатическим заболеваниям пародонта;
- г) к гингивитам;
- д) к пародонтозу.

659. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа при пародонтите:

- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки;
- б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками;
- в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов;
- г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков;
- д) удаление только наддесневых зубных отложений.

660. Целью кюретажа при пародонтите является:

- а) удаление грануляционной ткани;
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани;
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного при-живления десны к тканям зуба;
- г) удаление участков проросшего эпителия десны;
- д) удаление десневого края.

661. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта:

- а) гингивиты;
- б) пародонтоз;
- в) пародонтит легкой и средней степени тяжести;
- г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм;
- д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени.

662. Наружной границей поднижнечелюстного треугольника является:

- а) заднее брюшко крыловидно-нижнечелюстной мышцы;

- б) переднее брюшко жевательной мышцы;
- в) внутренняя поверхность нижней челюсти;
- г) жевательная мышца;
- д) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти.

663. Главным в лечении острого гнойного периостита является:

- а) удаление «причинного» зуба;
- б) разрез по переходной складке;
- в) назначение антибиотиков;
- г) назначение антигистаминных средств;
- д) физиолечение.

664. Удаление зуба показано:

- а) при переломе челюсти;
- б) при переломе альвеолярного отростка;
- в) при переломе корня зуба в области верхушки;
- г) при переломе зуба в области шейки;
- д) при продольном переломе корня зуба.

665. Для целлюлита челюстно-лицевой области характерно:

- а) отек;
- б) инфильтрация;
- в) гнойное расплавление;
- г) некроз;
- д) ограничение очага воспаления.

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

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

667. При одонтогенном остеомиелите челюсти целесообразно назначать:

- а) сульфаниламиды;
- б) нитрофураны;
- в) производные гуанидина;
- г) антибиотики;
- д) растительные средства.

668. Больным гемофилией перед операцией удаления зуба необходимо назначить:

- а) антибиотики;
- б) препараты факторов крови;
- в) аминокaproновую кислоту;
- г) ферракрил;
- д) желпластан.

669. При кровотечении из поврежденной слизистой оболочки полости рта при гемофилии целесообразно использовать местно:

- а) ферракрил;
- б) аминокaproновая кислота;

- в) колапол;
- г) викасол;
- д) гемостатическая губка.

670. Часто возникают кровотечения после удаления зуба при:

- а) болезни Виллебранда;
- б) болезни Боткина;
- в) болезни Педжета;
- г) сахарном диабете;
- д) пиелонефрите.

671. Рецессия десны устраняется:

- а) противовоспалительной терапией;
- б) пластикой местными тканями;
- в) кюретажем;
- г) гингивэктомией;
- д) гингивотомией.

672. При обнажении фуркации и сохранении устойчивости нижнего первого моляра проводится:

- а) резекции верхушки корня;
- б) коронно-радикулярная сепарация;
- в) реплантация;
- г) гемисекция;
- д) лоскутная операция.

673. Коронно-радикулярная сепарация проводится при:

- а) хроническом периодонтите;
- б) переломе верхушки корня зуба;
- в) радикулярной кисте;
- г) пародонтомах;
- д) фуркационном дефекте.

674. После лоскутных операций на пародонте снимают швы на:

- а) 4-5 сутки;
- б) 6-7 сутки;
- в) 8-9 сутки;
- г) 10-12 сутки;
- д) 15-16 сутки.

675. К облигатным предракам слизистой оболочки полости рта относится:

- а) болезнь Боуэна;
- б) плоская лейкоплакия;
- в) красный плоский лишай;
- г) папиллома;
- д) декубитальная язва.

676. При лоскутной операции по Ремфьюрду разрез проводится:

- а) перпендикулярно десне до кости;
- б) обратный косой;
- в) по вершинам межзубных сосочков;

- г) вертикальный (на всю глубину пародонтального кармана);
 - д) по переходной складке.
677. Хирургическая обработка раны после удаления зуба включает:
- а) удаление мелких осколков, тугая тампонада;
 - б) выскабливание альвеолы и удаление кровяного сгустка;
 - в) наложение швов на лунку;
 - г) промывание лунки раствором антисептика;
 - д) извлечение мелких осколков, сдавливание краев лунки.
678. Сроки заживления костной раны после удаления зуба:
- а) 12-14 дней;
 - б) 1 месяц;
 - в) 2 месяца;
 - г) 3-4 месяца;
 - д) 12 месяцев.
679. При лечении альвеолита проводится:
- а) кюретаж лунки;
 - б) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение;
 - в) тугая тампонада лунки;
 - г) промывание лунки антисептиками и тампонада;
 - д) физиолечение.
680. Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:
- а) обильное кровотечение из лунки;
 - б) выраженный болевой синдром;
 - в) бессимптомно;
 - г) прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа;
 - д) кровотечение из носа.
681. Первая помощь оказывается при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба:
- а) наложение працевидной повязки;
 - б) правление вывиха, працевидная повязка;
 - в) вправление вывиха;
 - г) обезболивание, працевидная повязка;
 - д) обезболивание.
682. Показания к остеогингивопластике:
- а) рецессия десны;
 - б) хронический гингивит;
 - в) хронический генерализованный пародонтит легкой степени;
 - г) хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени;
 - д) острый пародонтит.
683. При пункции остеокластомы будет определяться:
- а) жидкость бурого цвета;
 - б) жидкость янтарно-желтого цвета;
 - в) жидкость ярко-красного цвета;
 - г) жидкость черного цвета;
 - д) бесцветная жидкость.

684. В лечении радикулярной кисты используется наиболее часто:
- а) цистэктомия;
 - б) цистотомия;
 - в) резекция фрагмента челюсти;
 - г) лучевая терапия;
 - д) комбинированное лечение.
685. Одонтогенный гайморит наиболее часто развивается:
- а) при хроническом периодонтите первого верхнего моляра;
 - б) при маргинальном периодонтите первого верхнего моляра;
 - в) при хроническом периодонтите фронтальной группы зубов верхней челюсти;
 - г) при генерализованном пародонтите;
 - д) при хроническом гингивите.
686. Признаки мигрирующей гранулемы лица:
- а) больной зуб, тяж, кожные изменения;
 - б) кожные изменения;
 - в) увеличение лимфатических узлов;
 - г) разрушенный зуб;
 - д) периостальная реакция.
687. Для внутрикостной имплантации пригодны:
- а) только альвеолярный отросток;
 - б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти;
 - в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат;
 - г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов;
 - д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти.
688. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается:
- а) тело нижней челюсти;
 - б) мышцелковый отросток нижней челюсти;
 - в) альвеолярный отросток нижней челюсти;
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти;
 - д) твердое небо.
689. Тяжесть течения воспалительных процессов у детей определяет:
- а) большая распространенность кариеса;
 - б) морфологическое и функциональное несовершенство органов и тканей у ребенка;
 - в) трудность диагностики воспалительных процессов у детей;
 - г) локализация процессов у детей;
 - д) вариабельность клинического течения.
690. Особенность исхода остеомиелита челюстных костей:
- а) адентия;
 - б) образование дефекта кости;
 - в) задержка роста челюсти;
 - г) патологический перелом челюсти;
 - д) гиперостоз.
691. 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.

692. Причина аденофлегмон в челюстно-лицевой области: 1) заболевание ЛОР-органов; 2) зубы, пораженные кариесом или его осложнениями; 3) травма челюстно-лицевой области; 4) острый герпетический стоматит; 5) фурункул на лице. 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.

693. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба может возникнуть, если он находится:

- а) в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе;
- б) в линии перелома без смещения отломков;
- в) в полости зубосодержащей кисты;
- г) рядом со включенным вывихом временного зуба;
- д) прилежит к зубу с хроническим периодонтитом.

694. Наиболее информативны данные для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей:

- а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса;
- б) рентгенологические;
- в) электроодонтодиагностики;
- г) длительность процесса;
- д) степень активности кариеса.

695. Реабилитационный период для больных гематогенным остеомиелитом:

- а) до момента клинического выздоровления;
- б) стойкая ремиссия в течение года;
- в) до окончания формирования временного прикуса;
- г) до окончания роста челюстных костей;
- д) ремиссия в течение 3-х лет.

696. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: 1) выздоровление; 2) микрогения; 3) дефект челюсти; 4) адентия; 5) деформация. 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.

697. Свищ в преддверии рта - симптом: 1) хронического периодонтита временного зуба; 2) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба; 3) хронического остеомиелита; 4) одонтогенной кисты; 5) хронического периодонтита постоянного зуба.

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.

698. Обязательно подлежит удалению зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит:

- а) временный моляр;
- б) постоянный моляр;
- в) постоянный резец верхней челюсти;
- г) постоянный резец нижней челюсти;
- д) постоянный клык.

699. Наиболее достоверно для диагноза хронического неспецифического паротита:

- а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области;
- б) сухость во рту;
- в) наличие в анамнезе эпидемического паротита;
- г) мутная с примесями слюна;
- д) боль в околоушно-жевательной области.

700. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:

- а) острый лимфаденит поднижнечелюстной области;
- б) симптом слюнной колики;
- в) данные рентгенологического обследования;
- г) мутная слюна;
- д) сухость во рту.

701. Нравственность это:

- 1) Система оценки личности с позиции соблюдения канонов основополагающих истин человечества
- 2) Наука о религиозном многообразии
- 3) Строгое следование законам конкретного государства

702. Ятрогенные заболевания это:

- 1) болезни из-за врачебных ошибок
- 2) наследственные болезни
- 3) болезни, наследуемые по отцовской линии

703. Генная инженерия это:

- 1) Процедура расшифровки генома конкретного человека
- 2) Введение в геном индивидуума не свойственного для данного участка гена
- 3) Установка замещающего протеза конечности после ампутации

704. Экспертиза качества стоматологической помощи это:

- 1) рентгенологическое исследование зубов
- 2) анализ крови
- 3) всестороннее обследование настоящего стоматологического статуса пациента с учетом жалоб и анамнеза

705. Медицинская документация это:

- 1) Отметка в гражданском паспорте группы крови и резус-фактора
- 2) Утвержденный на государственном уровне перечень формуляров для заполнения данных конкретного пациента и медицинских манипуляциях
- 3) Медицинская книжка для профессионального допуска

706. Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

это:

- 1) Запись врача в медицинскую карту о устном согласии пациента
- 2) Заполненный формуляр с собственноручной подписью пациента о том, что он ознакомлен с риском предстоящего вмешательства и полностью осведомлен о возможных вариантах исхода вмешательства
- 3) Устное согласие пациента на вмешательство при не менее, чем двух свидетелях

707. Обладателем лицензии на право оказания стоматологической помощи может стать только:

- 1) врач-физическое лицо
- 2) юридическое лицо
- 3) как юридическое лицо, так и предприниматель без образования юридического лица

708. Назовите основателя глубинной психологии:

Бинсвангер
З.Фрейд;
Б.Ф.Скиннер;
А.Эллис.

709. Кто разработал психологию отношений?

А.Н.Леонтьев;
Д.Н.Узнадзе;
В.Н.Мясищев;
А.А.Бодалев.

710. Кому принадлежит разработка психологии деятельности?

М.Я.Басову;
А.А.Потебне;
А.Н.Леонтьеву;
Н.А.Бернштейну.

711. К числу первых попыток постановки и решения проблемы локализации высших психических функций в коре головного мозга относятся работы:

Галена;
Ф.Й.Галля;
В.Келлера;
А.Р.Лурия.

712. Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является:

установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;
разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;

восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;
совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах.

713. Автором культурно-исторической теории развития высших психических функций является:

И.М.Сеченов;
В.М.Бехтерев;
Л.С.Выготский.

714. Зона ближайшего развития — это:

- 1) ближайший к текущей дате возрастной период;
 - 2) то, что может ребенок с помощью взрослого;
 - 3) уровень достигнутого интеллектуального развития;
- критерий учебной успеваемости.

715. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией Анохина является:

- 1) наличие связи между элементами системы;
- 2) многочисленность элементов системы;
- 3) наличие нескольких уровней в системе;
- 4) цель.

716. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

- 1) трудности формирования гностических функций;
- 2) неодновременность развития функций;
- 3) патологию со стороны двигательного аппарата;
- 4) различия в результатах нейропсихологического тестирования.

717. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

- 1) принципа системной локализации функций;
- 2) принципа динамической локализации функций;
- 3) принципа иерархической соподчиненности функций;
- 4) всех трех принципов.

718. Жесткость организации мозговых функций обуславливается:

- 1) меньшей подверженностью травмам;
- 2) их реализацией в макросистемах головного мозга;
- 3) более ранним периодом формирования;
- 4) последними двумя обстоятельствами.

719. Основным тезисом эквипотенциализма является:

- 1) многоуровневость организации высших психических функций;
- 2) функциональная равноценность левого и правого полушарий;
- 3) принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
- 4) равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

720. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации Лурия относятся:

- 1) к энергетическому неспецифическому блоку;
- 2) к блоку переработки экстероцептивной информации;
- 3) к блоку программирования, регуляции и контроля;
- 4) ни к одному из них.

721. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

- 1) совокупность физиологических исследований;
- 2) клиническая беседа с больным или испытуемым;
- 3) синдромный анализ;
- 4) математическая процедура.

722. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключаются:

- 1) в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
- 2) в масштабности охвата психических функций;
- 3) в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
- 4) различий нет, это синонимы.

723. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

- 1) патологией лобных долей;
- 2) повреждением глубоких структур мозга;
- 3) нарушением работы теменно-затылочных отделов;
- 4) височной патологией.

724. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

- 1) постановка топического диагноза;
- 2) оценка динамики психических функций;
- 3) определение причин аномального психического функционирования;
- 4) выбор форм нейрохирургического вмешательства.

725. Расстройства различных видов ощущений называются:

- 1) агнозиями;
- 2) галлюцинациями;
- 3) сенсорными расстройствами;
- 4) иллюзиями.

726. Общим признаком зрительных агнозий является:

- 1) неспособность увидеть что-либо;
- 2) изменение полей зрения;
- 3) нарушение мыслительных процессов;
- 4) потеря способности узнавания.

727. Неспособность опознать плоский предмет наощупь с закрытыми глазами называется:

- 1) аутоагнозией;
- 2) тактильной агнозией;
- 3) дермолексией;
- 4) соматоагнозией.

728. Аутоагнозия — признак:

- 1) нижнетеменного поражения
- 2) верхнетеменного поражения;
- 3) среднетеменного поражения;
- 4) поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

729. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

В.М.Бехтеревым;
И.М.Сеченовым;
А.Р.Лурия;
Н.А.Бернштейном.

730. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

- 1) кинестетической апраксии;
- 2) пространственной апраксии;
- 3) кинетической апраксии;
- 4) регуляторной апраксии.

731. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

- 1) алалией;
- 2) мутизмом;
- 3) дизартрией;
- 4) афазией.

732. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

- 1) эфферентной моторной афазии;
- 2) сенсорной афазии;
- 3) семантической афазии;
- 4) динамической афазии.

733. Основным дефектом при вербальной алексии является:

- 1) слабое зрение;
- 2) нарушения симультанного узнавания;
- 3) перепутывание букв;
- 4) первая и третья причины.

734. Аграфия — это:

- 1) потеря способности к рисованию;
- 2) потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
- 3) навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
- 4) нарушение способности правильно по смыслу писать.

735. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

- 1) первого блока мозга;
- 2) второго блока мозга;
- 3) третьего блока мозга
- 4) всех трех блоков.

736. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

- 1) безразличное благодушие;
- 2) грусть;
- 3) депрессия;
- 4) тревога.

737. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

- 1) в левом полушарии;
- 2) в правом полушарии;
- 3) одинаково в обоих полушариях;
- 4) в зависимости от стимульного материала.

738. Левшество — это:

- 1) преобладание размера левой руки над правой;
- 2) совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
- 3) преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
- 4) различия в чувствительности правой и левой половины тела.

739. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

- 1) слабая выраженность симптоматики;
- 2) значительная выраженность симптоматики;
- 3) длительный период обратного развития симптомов;
- 4) высокая зависимость от латерализации очага поражения.

740. К основным принципам патопсихологического исследования по Зейгарник относятся все указанные, кроме:

- 1) построения эксперимента по типу функциональной пробы;
- 2) стандартизации процедуры проведения эксперимента и анализа данных;
- 3) качественного анализа хода и результатов исследования;
- 4) изучения закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.

741. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме

- 1) устойчивость;
- 2) разноплановость;
- 3) переключаемость;
- 4) концентрация.

742. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

- В.Шульте;
В.И.Векслер;
Х.Бурдон;
А.Бине.

743. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

- М.С.Лебединский;
А.Ф.Лазурский;

Б.Г.Ананьев;

Б.В.Зейгарник.

744. К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:

- 1) резонерства;
- 2) разноплановости;
- 3) соскальзывания;
- 4) склонности к детализации.

745. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме

- 1) «классификации»;
- 2) «исключения предметов»;
- 3) методики Выготского-Сахарова;
- 4) «10 слов».

746. К видам памяти относятся все, кроме:

- 1) оперативной;
- 2) познавательной;
- 3) кратковременной;
- 4) отсроченной.

747. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:

- 1) замедленности;
- 2) тугоподвижности;
- 3) актуализации малозначимых «латентных» признаков;
- 4) вязкости.

748. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера - это:

- 1) ретардация;
- 2) регрессия;
- 3) распад;
- 4) асинхрония.

749. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии - это:

- 1) социальная депривация;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) педагогическая запущенность;
- 4) краевая психопатия.

750. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) патохарактерологическое формирование личности;
- 3) акцентуация характера;
- 4) краевая психопатия.

751. Общее психическое недоразвитие - это:

- 1) психопатия;
- 2) олигофрения;
- 3) акцентуация характера;
- 4) педагогическая запущенность.

752. Эмоции умственно отсталых:

- 1) недифференцированы;
- 2) амбивалентны;
- 3) ригидны;
- 4) лабильны.

753. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначаются термином:

- 1) педагогическая запущенность;
- 2) психопатия;
- 3) задержка психического развития;
- 4) олигофрения.

754. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, это:

- 1) задержка психического развития;
- 2) олигофрения;
- 3) психопатия;
- 4) акцентуация характера.

755. Психологическая помощь в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях оказывается клиническим психологом:

- 1) самостоятельно;
- 2) совместно с врачом-интернистом;
- 3) совместно с врачом-психиатром;
- 4) совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом.

756. Нормативом обеспечения психиатрического стационара является должность клинического психолога:

- 1) на 20 коек;
- 2) на 30 коек;
- 3) на 50 коек;
- 4) на 35 коек.

757. Нормативом кадрового обеспечения должностями клинических психологов психотерапевтического кабинета является:

- 1) должность клинического психолога на 25 тыс. обслуживаемого населения;
- 2) должность клинического психолога на 50 тыс. обслуживаемого населения;
- 3) 0,5 должности клинического психолога на один психотерапевтический кабинет;
- 4) должность клинического психолога на один психотерапевтический кабинет.

758. При проведении психотерапии пациента с невротическим состоянием врач-психотерапевт и клинический психолог взаимодействуют следующим образом:

- 1) клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;
- 2) клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;
- 3) врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;
- 4) врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей.

759. Основным содержанием последипломного обучения клинических психологов по клинической психологии является:

- 1) патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;
- 2) клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;
- 3) психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;
- 4) психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия.

760. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих отраслей медицины, кроме:

- 1) психиатрии;
- 2) травматологии;
- 3) неврологии;
- 4) нейрохирургии.

761. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

- 1) фитотерапии;
- 2) физиотерапии;
- 3) психотерапии;
- 4) лучевой терапии.

762. Кем был предложен термин «биоэтика»?

Доссе;
Хайдеггером;
Поттером;
Юдиным.

763. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

- 1) анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
- 2) изучения соотношения развития и распада психики;
- 3) разработки философско-психологических проблем;
- 4) установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

764. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

- 1) модель Гиппократата;
- 2) биоэтика;
- 3) деонтологическая модель;
- 4) модель Парацельса.

765. Какой принцип в клинической психологии может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств?

- 1) принцип единства сознания и деятельности;
- 2) принцип развития;
- 3) принцип личностного подхода;
- 4) принцип структурности.

766. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

Декарт;
Спиноза;
Бентам;
Бубер.

767. Акалькулия часто сочетается с:

- 1) семантической афазией;
- 2) кинестетической апраксией;
- 3) соматоагнозией;
- 4) эмоциональными расстройствами.

768. «Полевое поведение» является результатом поражения:

- 1) лобных долей;
- 2) височных долей;
- 3) затылочных долей;
- 4) теменных долей.

769. Экспериментальным приёмом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:

- 1) корректурная проба;
- 2) одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;
- 3) управление движущимся объектом;
- 4) узнавание стимульного материала.

770. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:

- 1) поражением конвекситальных отделов лобных долей;
 - 2) левовисочными поражениями;
 - 3) теменно-затылочными поражениями;
- правовисочными поражениями.

771. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

- 1) между теменной и височной долей;
- 2) от зрительного анализатора к третичным полям;
- 3) внутри лимбической системы;
- 4) между ретикулярной формацией и лобной корой.

772. Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

- 1) патохарактерологические реакции;
- 2) характерологические реакции;
- 3) адаптивные реакции;
- 4) невротические реакции.

773. Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

- 1) адаптивные реакции;
- 2) характерологические реакции;
- 3) патохарактерологические реакции;
- 4) невротические реакции.

774. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, это:

- 1) психопатия;
- 2) патохарактерологическая реакция;
- 3) психогенное патологическое формирование личности;
- 4) акцентуация характера.

775. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, это:

- 1) патохарактерологические реакции;
- 2) психопатии;
- 3) психогенные патологические формирования личности;
- 4) акцентуация характера.

776. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

- 1) саморазрушающее поведение;
- 2) делинквентное поведение;
- 3) криминальное поведение;
- 4) аддиктивное поведение.

777. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этнических норм, обозначаются как:

- 1) делинквентное поведение;
- 2) криминальное поведение;
- 3) компульсивное поведение;
- 4) саморазрушающее поведение.

778. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксация на определенных видах деятельности, это:

- 1) компульсивное поведение;

- 2) аддиктивное поведение;
- 3) делинквентное поведение;
- 4) аутодеструктивное поведение.

779. При проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется следующими основными критериями, кроме:

- 1) способности к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков;
- 2) уровня физического развития ребенка;
- 3) условий развития ребенка, микросоциальной средой, в которой он воспитывался, особенностей его поведения в различных социальных ситуациях;
- 4) уровня знаний и навыков, соответствующих возрастному развитию.

780. При психодиагностической оценке характера предстоящей трудовой деятельности важным является указанное ниже, кроме:

- 1) выносливости;
- 2) утомляемости;
- 3) лабильности волевого усилия;
- 4) осведомленности.

781. Эффект Зейгарник относится к психологическому процессу:

- 1) вниманию
- 2) памяти
- 3) эмоциям
- 4) мышлению
- д) воле

782. Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение называется:

- 1) абсолютным верхним порогом ощущений
- 2) абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)
- 3) болевым порогом
- 4) дифференциальным порогом ощущений
- 5) оперативным порогом ощущений

783. Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах называются:

- 1) экстероцептивными
- 2) интероцептивными
- 3) проприоцептивными
- 4) экстракампинными
- 5) эндоцептивными

784. Психофизический закон Вебера-Фехнера описывает:

- 1) закономерности нарушения памяти
- 2) зависимости эмоциональной реакции от экспектаций
- 3) закономерности нарушений мышления
- 4) закономерности слухового восприятия
- 5) зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя.

785. В результате восприятия образуются все нижеследующие свойства образа за исключением:

- 1) предметность
- 2) категориальность
- 3) целостность
- 4) уникальность
- 5) константность

786. Процесс восприятия, при котором элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, форму, контуры называется принципом:

- 1) сходства
- 2) смежности
- 3) замкнутости
- 4) «естественного продолжения»
- 5) близости

787. Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

- 1) физическими иллюзиями
- 2) парейдолическими иллюзиями
- 3) фантастическими галлюцинациями
- 4) фантастическими псевдогаллюцинациями
- 5) эйдетизмом

788. Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

- 1) соматоагнозией
- 2) соматогнозней
- 3) дисморфоманией
- 4) симптомом Фреголи
- 5) симптомом Капгра

789. Внимание обладает всеми нижеследующими свойствами за исключением:

- 1) устойчивости
- 2) сосредоточенности
- 3) распределения
- 4) длительности
- 5) объема

790. Средний объем внимания человека составляет:

- 1) 1-3 единиц информации
- 2) 3-5 единиц информации
- 3) 5-7 единиц информации
- 4) 7-9 единиц информации

791. Процесс лучшего запоминания незавершенных действий по сравнению с завершенными называется:

- 1) эффектом края
- 2) эффектом Зейгарник
- 3) эффектом ореола
- 4) законом Эббингауза
- 5) законом Вебера-Фехтнера

792. Расстройство памяти, характеризующееся нарушением за-печатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

- 1) антероградной амнезией
- 2) ретроградной амнезией
- 3) фиксационной амнезией
- 4) антероретроградной амнезией
- 5) Корсаковским амнестическим синдромом

793. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

- 1) конфабуляцией
- 2) реминисценцией
- 3) псевдореминисценцией
- 4) перфорационной амнезией
- 5) гипомнезией

794. К мыслительным операциям относится все нижеперечисленное за исключением:

- 1) суждения
- 2) анализа
- 3) абстрагирования
- 4) синтеза
- 5) обобщения

795. Умозаключение относится к:

- 1) мыслительным операциям
- 2) мыслительным процессам
- 3) мыслительным факторам
- 4) мыслительным видам
- 5) мыслительным механизмам

796. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:

- 1) нарушениям динамики мыслительных процессов
- 2) нарушениям операционной стороны мышления
- 3) нарушениям личностного компонента мышления
- 4) нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
- 5) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

797. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

- 1) инертностью
- 2) резонерством
- 3) персеверацией
- 4) соскальзыванием
- 5) разноплановостью

798. Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих называется:

- 1) самоактуализацией
- 2) самооценкой
- 3) атрибуцией
- 4) ипохондрией
- 5) рефлексией

799. Антиципация — это:

- 1) способность человека предвзятно воспринимать происходящие события
- 2) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий
- 3) мнемоническая способность человека
- 4) способность человека быстро реагировать на происходящие события
- 5) способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер

800. Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении называют:

- 1) стрессами
- 2) фрустрациями
- 3) чувствами
- 4) аффектами
- 5) психическими травмами

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

Больной К. 50 лет обратился с жалобами на жжение, сухость слизистой оболочки полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез заболевания: заболевание, появившееся 2 года назад, связывает со стрессом. Несколько раз обращался к врачу, после проводимого лечения наступало незначительное улучшение. Анамнез жизни: страдает около 5 лет гипертонической болезнью II стадии 3 степени, группа риска высокая, 2 года назад диагностирован сахарный диабет, тип 2, средней степени тяжести. Лечится по поводу заболеваний нерегулярно, диету не соблюдает, АД и глюкозу крови не контролирует. Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону (ОНИ-S) = 2,5. Слизистая оболочка десен обеих челюстей цианотичная, отечная, кровоточит при зондировании. В области передней группы зубов верхней и нижней челюсти имеются пародонтальные карманы глубиной до 5-6 мм, подвижность зубов 1 степени, обильные зубные отложения. При осмотре зубного ряда: 24, 37 – искусственные стальные штампованные коронки, 35, 44 – искусственные золотые штампованные коронки, пломбы из амальгамы в 17, 16, корень зуба 45 – при зондировании корня определяется размягченный дентин. На ортопантограмме – снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 длины корней зубов, в области верхушки корня зуба 45 определяется разряжение костной ткани округлой формы с четкими контурами размер 0,4x0,5, пломбировочный материал в канале не прослеживается. АД – 160\100 мм.рт.ст. , глюкоза крови-11,2 ммоль\л

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите группы лекарственных средств для местного использования.

Задача № 2

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С., 77 лет. Жалобы: на затруднённое пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют. Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – I степени. Слизистая оболочка щек, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и неба бледно-розовая, умеренно увлажнена. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на 1/4 в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 запломбированы. Пломбировочный материал

прослеживается на всем протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всем протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, 4. 2, 4.4 – следы пломбирочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Назовите метод определения высоты нижнего отдела лица, в чем заключается сущность данного метода.

Задача № 3

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 51 год. Жалобы: затрудненное пережевывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съемный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съемный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены. Слизистая оболочка десен, неба, щек и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7. На зубах 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объеме наблюдаются твердые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На зубах 3.4, 4.4 имеются композитные пломбы. Остаточный корень зуба 4.8. На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на 1/4 длины корней. Каналы зубов 3.4, 4.4, запломбированы на половину длины корневого канала.

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.
4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.
5. Какие манипуляции необходимы в качестве подготовительного этапа к протезированию (план терапевтического и хирургического лечения).

Задача № 4

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Т. 50 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект в области передних зубов. Анамнез заболевания: Утратила жевательные зубы на нижней челюсти более 10 лет назад. Ортопедическое лечение не проводилось. Объективно при осмотре: Зубы на верхней и нижней челюстях имеют атрофию костной ткани на 1/3. Зубы 31, 32, 41 – выдвинуты в вертикальном направлении на 1,5-2 мм, атрофия костной ткани 1/2, подвижность 1-2 степени. Корни зубов 16, 25, 35, 38 – разрушены ниже уровня десневого края на 2 мм. Полностью разрушена бифуркация корней зубов 16, 38. ИРОПЗ зубов 17, 27, 37 – 0,6-0,7. В области фронтальных зубов отмечаются зубные отложения. Слизистая оболочка челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Предложите один из возможных планов лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Перечислите какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении съёмного пластиночного протеза.

Задача № 5

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Г., 75 лет. Жалобы: на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на зубы 44; 33. Зубы 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 имеют II степень подвижности. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области зубов 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений. По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области зубов 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 равномерная костная атрофия на 1/2 длины корней. Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на в/ч, связанную с несоответствием протезного ложа протезу. Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7мм от положения физиологического покоя.

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Предложите один из возможных планов лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Перечислите какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съёмного пластиночного протеза.

Задача № 6

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет. Жалобы: на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложненного кариеса 1.7; 1.5; 2.4; 2.6; и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти. Объективно при осмотре: Зубная формула На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7 -1.5; 2.4 -2.6; соответствуют клиническим требованиям. 1.8; 2.8 отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.
2. Варианты ортопедического лечения.
3. Способы улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.
4. Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.
5. Показания и противопоказания.

Задача № 7

В клинику ортопедической стоматологии больная 59 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль, в области зуба 4.7. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.7 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая

оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки. На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2x2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичного кариеса не определяется, краевое прилегание пломбы хорошее. Кариозная полость на зубе 4.5, заполнена размягченным дентином.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения
5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

Задача № 8

Пациентка 27 лет обратилась в стоматологическое отделение с жалобами на частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, на подвижность съёмного протеза при пережевывании пищи и разговоре, а также на эстетический вид протеза. Из анамнеза было выяснено, что полгода назад у пациентки после ДТП в результате удара верхней челюсти о руль произошел полный вывих зубов 1.2 1.1 2.1. В поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на верхнюю челюсть. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы пальпируются, не увеличенные, подвижные, безболезненные. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта и преддверия увлажнена, бледно-розового цвета. Прикус: частичная вторичная потеря зубов. На верхней челюсти частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2 1.1 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней и нижней челюсти, интактные, но зубы 4.1 и 3.1 изменены в цвете. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности, в области верхушек корней зубов 4.1, 3.1 определяется разряжение костной ткани с четкими контурами в виде языков пламени.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?
3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Оцените объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

Задача № 9

Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы

нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5х0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 1.1 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?
3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Оцените объем операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

Задача № 10

Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся впереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания.
3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания.
4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов.
5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

Задача № 11

На прием к врачу стоматологу пришел пациент 50 лет с жалобами на значительную подвижность зубов верхней и нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что пациенту в 35 лет был поставлен диагноз диабет II типа. Объективно: на всех группах зубов верхней и нижней челюсти обильное количество мягкого зубного налета, подвижность всех зубов II степени, из Ре-граммы – в области зубов 11, 12, 13, 23, 22, 21, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 – равномерная убыль костной ткани на 1/3 корня зуба. В области зубов 35, 36, 37, 47 – пародонтальные карманы. Зубы 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 44, 45, 46, 47 – отсутствуют (ранее удалены по поводу осложнений кариеса).

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновения подвижности зубов.
3. Назовите причину возникновения пародонтальных карманов и методы их диагностики.
4. Разработайте и опишите комплексный план реабилитации пациента с целью третичной профилактики стоматологических заболеваний.
5. Опишите возможные осложнения при данной клинической ситуации.

Задача № 12

На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 28 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 31, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

1. Назовите возможные причины возникновения данной симптоматики.
2. К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?
3. Опишите возможные дополнительные методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
4. Перечислите методы первичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.
5. Перечислите методы вторичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

Задача № 13

Больная К., 53 года, обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 38-39°C, жгучие приступообразные боли в области лица, усиливающиеся под влиянием раздражителей. Начало заболевания связывает с переохлаждением, после которого температура тела повысилась до 39°C. К вечеру на слизистой оболочке полости рта справа появились высыпания, сопровождающиеся жгучими болями. Прием пищи затруднен из-за резкой боли. Пациентка отмечает, что подобные проявления были и ранее. Объективно: слизистая оболочка полости рта слева бледно-розового цвета. На слизистой щеки справа по линии смыкания зубов мелкие пузырьки располагаются в виде цепочки. На твердом небе этой же стороны имеются множественные пузырьки и эрозии, болезненные при пальпации. На задней трети языка слева, боковой поверхности определяется образование округлой формы на широком основании размером 0,4x0,4x0,2 см, цвета слизистой оболочки, при пальпации безболезненное, плотно эластической консистенции.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите группы лекарственных средств для лечения и в качестве профилактических.

Задача № 14.

Составьте план поэтапного лечения для больного с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба

Задача № 15

В клинику обратилась пациентка 42 лет с жалобами на наличие припухлости у крыла носа слева. Припухлость появилась 2 дня назад после перенесенной вирусной инфекции. Объективно: припухлость верхней губы слева, переходная складка сглажена. Слизистая отечна, гиперемирована. Пальпация по переходной складке болезненна. В зубах 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 пломбы. Перкуссия зубов безболезненна. Термометрия безболезненна. Зуб 2.2 имеет сероватый оттенок.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Заполните медицинскую карту.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
5. Составьте план лечения пациентки.

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм организации ортопедической стоматологической помощи населению;
- Алгоритм знания особенностей проявления клиники и течения ортопедических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- Алгоритм знания особенностей проявления клиники и течения ортопедических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- Алгоритм обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта, деформациями зубных рядов, повышенным стиранием зубов;
- Алгоритм диагностики и ортопедического лечения основных стоматологических заболеваний с учетом эстетических, фонетических и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей течения заболевания, на фоне соматической патологии, при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта, явлениях непереносимости зубных протезов у больных разных возрастных групп, в том числе с применением методов стоматологической имплантации;
- Алгоритм овладения знаниями современных методов компьютерного моделирования и изготовления зубных протезов.
- Алгоритм знания теоретических основ биомеханики зубочелюстной системы в норме и патологии;
- Алгоритм выполнения диагностики и ортопедического лечения больных с патологией окклюзии зубных рядов;
- Алгоритм диагностики и ортопедического лечения больных с функциональной патологией ВНЧС;
- Алгоритм планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
- Алгоритм умения выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при использовании несъемными и съемными зубными протезами;
- Алгоритм выполнения коррекции зубных протезов в полости рта;
- Алгоритм выполнения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов.
- Алгоритм умения обследовать пациента, анализировать результаты обследования, поставить диагноз, спланировать ортопедическое лечение и проведение клинических этапов изготовления различных конструкций полных съемных зубных протезов;
- Алгоритм умения выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при использовании полными съемными зубными протезами;
- Алгоритм соблюдения современных требований медицинской этики и деонтологии;
- Алгоритм умения пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.
- Алгоритм ведения диспансерного и динамического наблюдения за пациентами, получившими ортопедическое стоматологическое лечение;
- Алгоритм оформления необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного
- Алгоритм оформления необходимой документации при ортопедическом лечении

пациента с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов.

- Алгоритм выполнения клинического стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- Алгоритм выполнения интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- Алгоритм выполнения оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с полным отсутствием зубов.
- Алгоритм интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения;
- Алгоритм планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации больных с основными стоматологическими заболеваниями с учетом индивидуальных особенностей организма, с использованием стоматологических имплантатов и современных материалов и конструкций протезов и лечебных аппаратов;
- Алгоритм проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем

выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов

«Простое протезирование».

1. Методы обследования, диагностики, профилактики пациентов с дефектами твердых тканей зубов
2. Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами твердых тканей зубов
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных конструкций протезов при дефектах твердых тканей зубов
4. Методы обследования, диагностики, профилактики пациентов с дефектами зубных рядов для изготовления несъемных конструкций протезов
5. Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов несъемными конструкциями протезов
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных конструкций протезов при дефектах зубных рядов
7. Методы обследования, диагностики, профилактики пациентов с дефектами зубных рядов для изготовления съемных конструкций протезов
8. Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съемными конструкциями протезов
9. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных конструкций протезов при дефектах зубных рядов
10. Непосредственное протезирование.
11. Протезирование на имплантатах.
12. Неотложная ортопедическая помощь.
13. Психологическая подготовка больных перед протезированием. Премедикация.
14. Ошибки в ортопедической стоматологии.
15. Параллелометрия.
16. Особенности протезирования при различных заболеваниях полости рта.

«Протезирование при частичной и полной потере зубов».

1. Современные компьютерные технологии ортопедического лечения дефектов коронок зубов.
2. Современные средства барьерной защиты врача и пациента в ортопедической стоматологии. Методы дезинфекции и стерилизации оттисков и зубных протезов.
3. Разновидности замковых фиксаторов съемных зубных протезов, показания к применению.
4. Возможные ошибки при ортопедическом лечении винирами, мостовидными протезами.
5. Использование внутрикостных имплантатов для фиксации одиночных зубных коронок.
6. Диагностика заболевания органов полости рта, связанных с материалами зубных протезов..
7. Особенности выбора плана ортопедического лечения у больных старческого возраста.
8. Особенность работы в 4 руки в клинике ортопедической стоматологии.
9. Проблема прецизионности оттисков и моделей.
10. Современные методы гигиены зубных протезов.
11. Зубной протез и здоровье (врача, пациента, зубного техника).
12. Проблема цвета зубов в ортопедической стоматологии.
13. Зубной протез и функция речи.
14. Методы оценки функциональной эффективности зубных протезов.
15. Cerec технологии в имплантологии.
16. Методики получения оттисков с беззубых челюстей.
17. Получение гипсовых моделей беззубых челюстей и их разметка.
18. Методы установления и формирования окклюзионной плоскости при ортопедическом лечении пациентов с полным отсутствием зубов.
19. Определение центрального соотношения беззубых челюстей.
20. Конструирование зубных рядов при различных соотношениях беззубых челюстей в окклюдаторе и артикуляторе.

«Челюстно-лицевая ортопедия и травматология».

1. Клиническая картина при травматической окклюзии. Первичная, вторичная и комбинированная травматическая окклюзия, функциональная перегрузка пародонта. Его резервные силы. Первичный и вторичный травматический синдром. Методы обследования, дифференциальная диагностика.
2. Ортопедические методы лечения пациентов с функциональной перегрузкой пародонта. Методы избирательного шлифования зубов, устранения блокады движений нижней челюсти как начальный этап устранения травматической окклюзии.
3. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Показания к применению временных шин. Виды шин. Методы изготовления. Профилактика осложнений. Шинирование передних зубов нижней челюсти на модели армированием фотокомпозитом
4. Задачи ортопедического лечения вторичного травматического синдрома. Биомеханические принципы и особенности применения постоянных шинирующих аппаратов-протезов при травматической окклюзии (при сохранении зубных рядов и при наличии дефектов зубных рядов).
5. Конструкции шин. Выбор числа опорных зубов в шине. Получение альгинатных оттисков зубных рядов друг с друга, изготовление диагностических моделей, проведение параллелометрии, нанесение схемы шины на модель
6. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов и протезов.
7. Методика изготовления цельнолитых съемных шин и шин-протезов, применяемых при лечении заболеваний пародонта.
8. Функциональное значение элементов цельнолитых съемных шин.
9. Применение штанговой и телескопической фиксации шин-протезов при лечении пациентов с болезнями пародонта.
10. Ортопедические методы лечения генерализованного пародонтита при сохраненных зубных рядах и при частичном отсутствии зубов. Конструкции шин- протезов.
11. Повышенное стирание зубов. Определение понятий "физиологическое", "задержанное", "повышенное" стирание твердых тканей зубов. Этиология. Патогенез. Локализованная форма повышенного стирания. Методы ортопедического лечения.
12. Обследование пациентов с обширными дефектами зубных рядов. Клиника. Показания и противопоказания к сохранению одиночно стоящих зубов и корней зубов.
13. Понятие эстетики в стоматологии. Основные эстетические параметры. Лицевая композиция; стоматологическая композиция; стомато-лицевая композиция.

«Ортопедическое лечение заболеваний пародонта и ВНЧС».

1. Современные методы аппаратной функциональной диагностики окклюзии.
2. Современные методы функциональной диагностики жевательной мускулатуры.
3. Определение центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей.
4. Функциональная патология при частичной вторичной адентии.
5. Клиническое применение индивидуально настраиваемого артикулятора.
6. Принципы моделировки жевательных бугров искусственных зубов.
7. Современные методы диагностики функционального состояния пародонта.
8. Функциональная диагностика окклюзии при планировании избирательного шлифования зубов.
9. Шинирование зубов при ортопедическом лечении заболеваний пародонта.
10. Гнатологические принципы при ортопедическом лечении частичных дефектов коронковой части зуба.
11. Особенности ортопедического лечения пациентов с парафункциями.
12. Морфофункциональные изменения зубного ряда после удаления зуба.
13. Зубной протез и функция жевания.
14. Ортопедическое лечение частичной вторичной адентии осложненной глубоким резцовым перекрытием.

15. Ортопедическое лечение частичной вторичной адентии осложненной дистальным смещением нижней челюсти.
16. Диагностика окклюзии при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.
17. Влияние окклюзии на состояние височно-нижнечелюстного сустава.
18. Высота нижнего отдела лица и причины ее снижения.
19. Особенности ортопедического лечения при снижении высоты нижнего отдела лица.
20. Лучевая диагностика состояния височно-нижнечелюстного сустава.