

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* 20 *21* 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 ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

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)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

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)

1. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики ординатор должен

знать:

- основные закономерности роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- квалификационные требования к «врачу-стоматологу-ортопеду», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- принципы психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространенных стоматологических заболеваний взрослых и детей;
- организацию ортопедической стоматологической помощи населению;
- особенности проявления клиники и течения ортопедических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- клинические, дополнительные и специальные методы диагностики патологии полости рта;
- способы ограничения риска инфицирования врачей, среднего медицинского персонала во время работы, дезинфекцию ручных инструментов, наконечников, турбин, аспирационных систем; методы стерилизации стоматологических инструментов, их эффективность; оборудование, материалы, средства; технология выполнения;
- теоретические основы строения, состояния и функционирования зубочелюстной системы при патологии твердых тканей зубов и зубных рядов;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съемными конструкциями зубных протезов;
- методы выполнения не прямых реставраций, коронок на фронтальную и жевательную группу зубов, штифтовых конструкций, мостовидных протезов, частичных съемных зубных протезов, съемных протезов для коррекции высоты нижнего отдела лица;
- методы моделирования коронок, мостовидных протезов, частичных съемных протезов;
- причины осложнений в ортопедической практике и способы их предупреждения.
- теоретические основы строения, состояния и функционирования зубочелюстной системы при полном отсутствии зубов;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов различными съемными конструкциями зубных протезов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов различными съемными конструкциями зубных протезов;

- методы изготовления полных съемных зубных протезов для коррекции высоты нижнего отдела лица;
- методы моделирования полных съемных протезов;
- причины осложнений в ортопедической практике и способы их предупреждения.
- теоретические основы биомеханики зубочелюстной системы в норме и при патологии;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта, деформациями зубных рядов, повышенным стиранием зубов;
- принципы 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;
- овладение знаниями современных методов компьютерного моделирования и изготовления зубных протезов.
- методами ведения диспансерного наблюдения за пациентами, получившими ортопедическое стоматологическое лечение;
- теоретические основы биомеханики зубочелюстной системы в норме и патологии;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с патологией окклюзии зубных рядов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения больных с функциональной патологией ВНЧС;
- основы врачебной этики и деонтологии при лечении больных с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов.

уметь:

- обследовать пациента, анализировать результаты обследования, поставить диагноз, спланировать ортопедическое лечение и проведение клинических этапов изготовления различных конструкций несъемных и съемных зубных протезов;
- методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при использовании несъемными и съемными зубными протезами;
- провести коррекцию зубных протезов в полости рта;
- методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов.
- обследовать пациента, анализировать результаты обследования, поставить диагноз, спланировать ортопедическое лечение и проведение клинических этапов изготовления различных конструкций полных съемных зубных протезов;
- методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов;
- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при использовании полными съемными зубными протезами;
- провести коррекцию зубных протезов в полости рта;
- методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий пациентов с полным отсутствием зубов.
- обследовать пациента;
- анализировать результаты основных и дополнительных методов обследования;
- ставить диагноз;
- планировать ортопедический этап комплексного лечения больных:
- с заболеваниями пародонта,
- с деформациями зубных рядов, повышенным стиранием зубов,

- с учетом индивидуальных особенностей клинического течения основных стоматологических заболеваний,
- с сопутствующими соматическими заболеваниями,
- с использованием методов стоматологической имплантации,
- у больных разных возрастных групп,
- с соблюдением современных требований медицинской этики и деонтологии;
- выявлять, устранять и предпринимать меры профилактики возможных осложнений при пользовании несъемными и съемными ортопедическими лечебными средствами;
- вести дискуссию и диалог с пациентом, коллегами по работе;
- обследовать пациента;
- анализировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов;
- ставит диагноз;
- планировать ортопедический этап комплексного лечения больных:
- с патологией окклюзии зубных рядов,
- с дефектами и деформациями зубов и зубных рядов,
- с функциональной патологией ВНЧС;
- пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.
- методами клинического стоматологического обследования больных:
- с патологией окклюзии зубных рядов,
- с дефектами и деформациями зубных рядов,
- с функциональной патологией ВНЧС;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов обследования пациентов с патологией окклюзии зубных рядов;
- методами проведения стоматологических ортопедических мероприятий у пациентов с патологией окклюзии зубных рядов и ВНЧС;
- методами ведения диспансерного и динамического наблюдения за пациентами, получившими ортопедическое стоматологическое лечение;
- оформление необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.

владеть навыками:

- методами клинического стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
- оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов.
- методами клинического стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с полным отсутствием зубов.
- методами клинического стоматологического обследования больных:
- с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения, осложненными соматической патологией,
- пожилого и старческого возраста с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения,

- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения;
- методами 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;
- методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий;
- оформлением необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.

2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

Код компетенции и её содержание		Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции (УК)		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	текущий
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	текущий
Профессиональные компетенции		
<i>Профилактическая деятельность</i>		
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	текущий
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	текущий
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	текущий
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	текущий
<i>Диагностическая деятельность</i>		
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной	текущий

УК-1	+	+	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+						
ПК-1	+	+					+	
ПК-2		+						
ПК-3				+				
ПК-4	+							+
ПК-5				+				
ПК-6			+					+
ПК-7					+	+		
ПК-8				+	+	+		
ПК-9					+	+		
ПК-10	+	+			+	+		
ПК-11		+	+					+
ПК-12			+		+	+		
ПК-13			+	+				

4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ (Б 2)

Тесты

1 ВАРИАНТ.

1. Какой ширины должна быть дуга протеза на верхней челюсти?
 - 1) 2 мм
 - 2) 10–12 мм
 - 3) 5–8 мм
2. Какой толщины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
 - 1) 5–8 мм
 - 2) 1–1,5 мм
 - 3) 1,5–2 мм
3. Какой ширины должна быть дуга протеза на нижней челюсти?
 - 1) 2–3 мм
 - 2) 5–8 мм
 - 3) 1 см
4. 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
5. На какую величину должна отстоять дуга нижней челюсти от слизистой оболочки?
 - 1) 1–1,5 мм
 - 2) 0,2 мм
 - 3) 0,9 мм
6. Какая технология дуговых протезов отвечает современным требованиям?
 - 1) получение цельнолитого каркаса дугового протеза
 - 2) получение паяного каркаса дугового протеза
7. Какой оптимальный вариант расположения кламмерной линии в частичных съемных протезах на верхней челюсти?
 - 1) трансверсальный
 - 2) диагональный
 - 3) парасагитальный
8. Какая кламмерная линия используется в частичных съемных протезах на нижней челюсти?
 - 1) парасагитальная
 - 2) диагональная
 - 3) трансверсальная
9. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом
 - 1) жесткое
 - 2) шарнирное
 - 3) пружинящее
 - 4) 1+2+3
10. Телом кламмера называется его
 - 1) пружинящая часть
 - 2) неподвижная часть
 - 3) та часть, которая служит креплением кламмера в протезе
11. 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 пломбирочных материалов
 - 5) новообразование челюстей
 - 6) травматическое поражение челюстей
 - 7) все перечисленное
12. Частичная потеря зубов приводит
 - 1) к деформации альвеолярной части (отростка)
 - 2) к смещению зубов, блокированию движений нижней челюсти в сагитальном направлении
 - 3) к макроглоссии, гиперсаливации
 - 4) 1+2
13. 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
14. 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
15. 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
- 6) 1+4+5
16. 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 мыщелкового отростка, анкилоз ВНЧС, туберкулез кости
- 4) уменьшение межальвеолярной высоты
17. 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
18. 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
19. 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, блокада движений нижней челюсти
- 3) уменьшение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, дистальный сдвиг нижней челюсти
20. 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
21. 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
22. 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
23. 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
24. Шина – это
- 1) средство замещения дефектов зубных рядов
- 2) аппарат для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда
- 3) аппарат для нормализации межальвеолярной высоты
25. 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
26. Какие из нижеперечисленных материалов позволяют получить “жемчужный” феномен искусственных зубов?
- 1) диметакрилаты
- 2) люминофоры
- 3) гирдоксилapatиты
27. Какие из нижеперечисленных материалов используют для получения функциональных оттисков с беззубых челюстей?
- 1) Альфасил, Ксантопрен
- 2) Упин, Стомальгин, Оралгин
- 3) Протакрил, Редонт
28. Какие из нижеперечисленных материалов используют для изготовления базисов полных съемных протезов?
- 1) Комподент, Эвикрол, Микрофил
- 2) Сикор, Силит
- 3) Этакрил, Фгоракс, Бакрил
29. 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
30. Кем было введено понятие “буферные зоны”?
 1) Оксманом
 2) Васильевым
 3) Гавриловым.
31. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относятся
 1) анатомическая ретенция, внутрикостные импланты
 2) использование магнитов, утяжеление протезов
 3) явление адгезии
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. Межальвеолярную высоту можно определить с помощью фонем
 1) “К”
 2) “С”, “И”, “З”
 3) “Ф”, “И”, “В”
37. 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
38. Единую классификацию беззубых челюстей предложил
 1) Оксман
 2) Келлер
 3) Шредер
39. Проба “вытягивания губ” требует припасовки индивидуальной ложки верхней челюсти в области
 1) передних зубов
 2) щечных уздечек
 3) боковых зубов
40. Когда используется компрессионный оттиск?
 1) при резкой атрофии альвеолярных частей
 2) при податливой слизистой оболочки
 3) при низком прикреплении уздечек и тяжей
41. 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 межальвеолярной высоты
42. Что такое “стабилизация полного съемного протеза”?
 1) устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам
 2) устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию
 3) 1+2
43. Компрессионный оттиск желательно получить
 1) под произвольным давлением
 2) под жевательным давлением
 3) под дозированным давлением
44. 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
45. 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
46. В течение какого времени происходит окончательная адаптация к полным съемным протезам при первичном протезировании
 больших
 1) 3–6 месяцев – 1 год
 2) 1–2 месяца
 3) 2–3 недели

47. Какой фонетической пробой определяют положение передних зубов у полного съемного протеза на верхней челюсти?
 1) “вэф”, “свифт”
 2) “сос”
 3) “боб”, “поп”
48. Наиболее объективным методом определения межальвеолярной высоты является
 1) анатомический
 2) анатомо-функциональный
 3) антропометрический
 4) функциональный
49. 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
50. Для получения рабочих моделей челюстей для полных съемных протезов оттиски заполняют
 1) обычным гипсом
 2) супергипсом
 3) огнеупорной массой

1 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	3	11	7	21	6	31	1	41	2
2	3	12	4	22	5	32	4	42	1
3	1	13	3	23	1	33	1	43	2
4	2	14	3	24	2	34	3	44	4
5	1	15	6	25	5	35	1	45	1
6	1	16	1	26	2	36	2	46	2
7	2	17	2	27	1	37	1	47	1
8	3	18	1	28	3	38	1	48	2
9	4	19	3	29	4	39	1	49	3
10	2	20	5	30	3	40	2	50	2

2 ВАРИАНТ

1. 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
2. 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
3. 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
 6) шинирование зубов и протезирование
 7) 1+2+3+4
 8) 1+3+4+5+6
4. Избирательное пришлифовывание зубов наиболее эффективно
 1) при патологической подвижности зубов
 2) в ранних стадиях заболевания пародонта
 3) 1+2 (независимо от стадии заболевания)
5. 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
6. Возможным осложнением при избирательном пришлифовывании 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
7. 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

8. 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
9. К временным шинам относятся
- 1) колпачковая шина
 - 2) шина из панцирных накладок
 - 3) шина Эльбрехта
 - 4) круговая (вестибуло–оральная) шина из быстротвердеющих пластмасс
 - 5) съёмная шина Ванкевич
10. Съёмные временные назубные шины готовят
- 1) из сплава металлов
 - 2) из пластмассы
 - 3) 1+2
11. 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
12. К разобщающим относят аппараты
- 1) разделяющие полости рта и носа
 - 2) вызывающие дезокклюзию зубных рядов
 - 3) 1+2
13. 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
14. Основным симптомом перелома верхней челюсти со смещением является
- 1) симптом “очков”
 - 2) симптом “ступеньки”
 - 3) нарушение смыкания зубов в виде открытого прикуса
15. 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
16. 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
17. Пластмассовые шины при переломах челюстей обладают следующими недостатками
- 1) их укрепление полиамидной нитью недостаточно стабильно из–за растяжения последней
 - 2) пластмассовые шины в виде капт изменяют окклюзию
 - 3) возникает повреждение десневых сосочков
 - 4) нарушается гигиена полости рта
 - 5) 1+2
 - 6) 1+2+3+4
18. Являются ли эффективными ортопедические аппараты (шина Порта, Гуннинга–Порта, Лимберга) для лечения переломов беззубой нижней челюсти?
- 1) да, являются
 - 2) нет, не являются
 - 3) в сочетании с подбородочной пращей
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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

23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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
29. При ортодонтическом перемещении зубов у взрослых следует применять
- 1) малые ортодонтические усилия
 - 2) средние ортодонтические усилия
 - 3) большие ортодонтические усилия
30. Время угасания миостатического рефлекса при ортодонтическом лечении составляет
- 1) 3–6 недель
 - 2) 1–2 недели
 - 3) 3–6 месяцев
31. Показанием к проведению имплантации является
- 1) полное отсутствие зубов
 - 2) концевой дефект зубного ряда
 - 3) потеря одного зуба
 - 4) дефект зубного ряда большой протяженности
 - 5) неудовлетворительная фиксация съемного протеза
 - 6) 1+2
 - 7) 1+2+3+4
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. 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
37. Методика установки имплантатов системы Брэнemark
- 1) одноэтапная
 - 2) двухэтапная

- 3) трехэтапная
4) 1+2
38. 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
39. Стерилизацию имплантатов из титана осуществляют
1) спиртом
2) тройным раствором
3) формалином
4) 3% раствором перекиси водорода
5) суховоздушным способом
40. Заживление костной ткани вокруг имплантата называется
1) синостоз
2) первичная остеоинтеграция
3) остеофикация
4) внутрикостная стабилизация
41. Основной стоматологический материал должен быть
1) безопасным для организма
2) достаточно прочным
3) эстетичным
4) технологичным
5) 1+2+3+4
42. Оттисковые материалы условно делят
1) на твердые и эластические
2) на кристаллизирующиеся и термопластические
3) на эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся)
43. Гипс относится
1) к твердым оттисковым материалам
2) к моделировочным материалам
3) 1+2
44. Супергипс получают путем
1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.
2) добавления соли при замешивании
3) замешивания гипса в горячей воде
45. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
1) да
2) нет
3) зависит от вида гипса
46. 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
47. Эластические оттисковые материалы делят
1) на альгинатные, силиконовые
2) на альгинатные, термопластические, силиконовые
3) на альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые
48. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом?
1) позвать техника
2) сразу отлить гипсовую модель
3) положить отиск в воду
4) проверить качество оттиска
5) провести дезинфекцию оттиска
6) 1+3
7) 4+5+2
49. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций
1) кристаллизации
2) поликонденсации
3) полиприсоединения
4) 1+2+3
5) 2+3
50. 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

2 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	3	11	5	21	4	31	7	41	5
2	6	12	3	22	2	32	6	42	3
3	8	13	3	23	2	33	5	43	3
4	2	14	3	24	4	34	4	44	1
5	1	15	4	25	5	35	3	45	2
6	6	16	3	26	2	36	4	46	5
7	6	17	6	27	2	37	2	47	3
8	5	18	3	28	3	38	7	48	7
9	4	19	6	29	1	39	5	49	5
10	2	20	3	30	1	40	2	50	2

3 ВАРИАНТ

1. 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
2. Типы движений в верхнем и нижнем отделах ВНЧС
 - 1) шарнирные
 - 2) возвратно–поступательные
 - 3) 1+2
3. 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
4. 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
5. 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 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. Предложите возможный диагноз при болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС
 - 1) мышечно–суставная дисфункция
 - 2) хронический артрит
 - 3) остеоартроз
10. 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
11. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету
 - 1) прямой
 - 2) обратный

- 3) комбинированный
4) все перечисленные
12. 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
13. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется
1) отжигом
2) закалкой
3) отбеливанием
14. Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется
1) отжигом
2) закалкой
3) отбеливанием
15. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают
1) отжигу
2) закалке
3) отбеливанию
16. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется
1) электроэрозивной обработкой
2) электрохимической полировкой
3) пескоструйной обработкой
17. 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
18. 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
19. Для определения разделительной линии на опорном зубе применяется
1) артикулятор
2) параллеломер
3) окклюдатор
20. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения
1) хронический фиброзный периодонтит
2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией
3) киста
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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
29. 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
30. Генерализованная стираемость компенсируется
1) расслаблением жевательных мышц
2) вагантной гипертрофией альвеолярной части
3) появлением подвижности зубов
4) повышением тонуса жевательных мышц
31. 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
32. 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
33. 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
34. Убыль твердых тканей зубов у лиц молодого и среднего возраста при функциональной стираемости происходит в пределах
1) эмали
2) дентина
3) до полости зуба
35. Направление стираемости твердых тканей зубов в зависимости от типа прикуса может быть
1) вертикальным
2) трансверсальным
3) горизонтальным
4) смешанным
5) 1+2+4
6) 1+3+4
36. Убыль твердых тканей зубов при повышенной стираемости происходит в пределах
1) эмали
2) дентина
3) 1+2
37. При повышенной стираемости зубов чувствительность дентина может
1) понижаться
2) оставаться в пределах нормы
3) повышаться
4) 1+2+3
38. Наибольшую микротвердость имеет следующая ткань зуба
1) дентин
2) эмаль
3) цемент
4) пульпа
39. При повышенной стираемости микротвердость обнаженного дентина
1) понижается
2) не изменяется
3) повышается
40. При локализованной форме повышенной стираемости высота нижнего отдела лица, как правило,
1) уменьшается
2) увеличивается
3) не изменена
41. 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
42. 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
43. 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
44. 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
45. При удалении зубов зубной ряд распадается на группы зубов
- 1) жевательные группы
 - 2) функционирующие группы
 - 3) нефункционирующие группы
 - 4) 2+3
46. 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
47. 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
48. Травматическая окклюзия может возникнуть
- 1) при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов
 - 2) при значительной потере зубов
 - 3) 1+2
 - 4) при глотании
49. 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
50. Резервные силы пародонта – это
- 1) способность выдерживать жевательное давление
 - 2) способность пародонта приспосабливаться к повышению функциональной нагрузки
 - 3) способность воспринимать жевательное давление в условиях его дистрофии и воспаления

3 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	3	11	4	21	2	31	1	41	5
2	3	12	3	22	3	32	4	42	3
3	6	13	3	23	1	33	4	43	1
4	3	14	2	24	2	34	1	44	4
5	8	15	1	25	1	35	6	45	4
6	6	16	2	26	1	36	3	46	1
7	7	17	3	27	2	37	4	47	2
8	6	18	2	28	3	38	2	48	3
9	1	19	2	29	1	39	3	49	4
10	2	20	1	30	2	40	3	50	2

Вопросы для устного собеседования

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки. Показания к протезированию.
2. Техника препаровки зубов при протезировании металлическими штампованными коронками: принципы, последовательность, ошибки. Профилактика возможных осложнений.
3. Пластмассовые коронки: показания к изготовлению, особенности препаровки, клинико-лабораторные этапы изготовления.
4. Комбинированные металлопластмассовые коронки: показания к изготовлению, виды комбинированных коронок. Клинико-лабораторные этапы изготовления коронки по Белжину.
5. Микропротезирование: вкладки. Показания к протезированию вкладками. Принципы формирования полостей под вкладки. Прямой метод изготовления вкладок.
6. Микропротезирование: вкладки. Классификации полостей под вкладки. Косвенный способ изготовления вкладок. Материалы для изготовления.
7. Ортопедическое лечение литыми цельнометаллическими коронками: показания к изготовлению, клинико-лабораторные этапы, особенности препаровки.
8. Металлокерамические коронки: показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления.
9. Принципы и методика препарирования зубов под металлокерамические коронки. Критерии оценки качества препарирования. Ошибки и осложнения.
10. Временные (провизорные) коронки на этапах изготовления металлокерамических протезов. Показания, способы изготовления.
11. Методики получения оттисков при изготовлении металлокерамических конструкций зубных протезов. Материалы для получения оттисков.
12. Методы протезирования при полном отсутствии коронковой части зуба. Показания к сохранению и использованию корней зубов.
13. Штифтовые зубы. Показания к их применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду.
14. Особенности конструкции штифтовых зубов по Ильиной-Маркосян, Ахмедову. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассового штифтового зуба.
15. Клинико-лабораторные этапы протезирования коронками с изготовлением литой искусственной культи зуба. Литые культовые штифтовые вкладки. Показания к применению. Прямой и косвенный методы изготовления.
16. Протезирование дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препаровки опорных зубов.
17. Виды мостовидных протезов. Характеристика опорных элементов. Особенности протезирования при конвергенции опорных зубов.
18. Показания к применению мостовидных протезов с односторонней опорой. Выбор опорных зубов.
19. Адгезивные мостовидные протезы. Показания к применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

20. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами. Мероприятия, направленные на предупреждение осложнений.
21. Неотложная стоматологическая ортопедическая помощь.
22. Основные симптомы клиники частичного отсутствия зубов. Понятие о функциональной перегрузке зубов. Травматическая окклюзия, ее виды.
23. Показания к протезированию съемными конструкциями зубных протезов. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов.
24. Составные части съемных протезов. Границы базисов протезов на верхней и нижней челюстях.
25. Способы фиксации частичных съемных пластиночных протезов. Кламмерная фиксация. Кламмер, его части. Виды кламмеров. Кламмерная линия.
26. Оттиски, их классификация. Оттисковые ложки, правила подбора оттисковых ложек. Методика получения анатомического оттиска с верхней челюсти гипсом.
27. Методика получения анатомического гипсового оттиска с нижней челюсти. Оценка качества оттисков.
28. Получение анатомических оттисков эластическими, термопластическими оттискными массами. Одно - и двухэтапная методики получения комбинированных оттисков.
29. Методика определения центрального соотношения челюстей при частичных дефектах зубных рядов при фиксированной и нефиксированной высоте прикуса.
30. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей, выявляемые на клиническом этапе проверки конструкции частичного съемного протеза. Способы устранения.
31. Компрессионное прессование пластмасс при изготовлении съемных протезов. Способы гипсовки восковых композиций протезов в кюветы. Их сравнительная характеристика.
32. Клинический этап припасовки и наложения частичного съемного протеза в полости рта. Коррекция выявленных недостатков.
33. Непосредственное протезирование при частичном отсутствии зубов. Показания. Способы изготовления имediat-протезов.
34. Проблема концевое седла. Типы альвеолярных отростков по Эльбрехту. Особенности протезирования пациентов с односторонними и двухсторонними дефектами зубных рядов.
35. Особенности ортопедического лечения при одиночно сохранившихся зубах на верхней и нижней челюстях.
36. Биогельные протезы, их составные части (назначение, требования). Показания и противопоказания к применению биогельных протезов.
37. Способы фиксации биогельных протезов. Виды опорно-удерживающих кламмеров, их характеристика, показания к применению.
38. Параллелометр. Цель, задачи и сущность методов параллелометрии при изготовлении биогельных протезов.
39. Клинико-лабораторные этапы изготовления биогельных протезов.
40. Характеристика метода литья каркасов биогельных протезов на огнеупорных моделях. Материалы для изготовления дублирующей формы. Преимущества метода перед методом безмодельного литья.
41. Клиника полного отсутствия зубов. Характеристика тканей протезного ложа беззубых челюстей. Классификации беззубых челюстей (Шредера, Келлера, Оксмана).
42. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа (классификация слизистой по Суппле).
43. Методы фиксации полных съемных пластиночных протезов. Понятие «клапанная зона».
44. Индивидуальные ложки: методы изготовления. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
45. Функциональные оттиски. Способы получения функциональных оттисков, выбор оттисковых материалов.
46. Методика припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть. Техника получения функционального оттиска с формированием краев по Гербсту и Боянову.
47. Определение центрального соотношения беззубых челюстей. Использование жестких базисов при определении центрального соотношения.
48. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей у пациентов с полным отсутствием зубов. Причины, методы устранения.
49. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Постановка искусственных зубов в полных съемных протезах. Антропометрические ориентиры и клинические методы определения положения, формы и величины искусственных зубов.
50. Особенности постановки искусственных зубов в полных съемных пластиночных протезах при прогнатическом и прогеническом соотношении беззубых челюстей.
51. Проверка конструкции полных съемных пластиночных протезов: возможные ошибки, их причины, методы исправления. Объемное моделирование.
52. Сравнительная характеристика компрессионного и литьевого прессования пластмасс при изготовлении полных съемных протезов.
53. Припасовка и наложение полных съемных протезов. Рекомендации. Возможные осложнения при пользовании протезами и методы их устранения. Физиологические механизмы привыкания к съемным протезам. Коррекция протезов.
54. Частичное отсутствие зубов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову.
55. Влияние пластиночных протезов на ткани протезного ложа (побочное, травматическое, токсическое, аллергическое) Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
56. Причины переломов базисов съемных протезов. Методы починков. Методика проведения этапа уточнения рельефа протезного ложа ускоренным и лабораторным способами.
57. Дезинфекция оттисков из различных материалов и протезов на этапах изготовления: актуальность, методика, режим. Документальное обоснование.
58. Классификация ортопедических аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой ортопедии.
59. Ортопедическое лечение переломов челюстей.
60. Ортопедическое лечение переломов альвеолярного отростка. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.
61. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
62. Протезирование при ложных суставах нижней челюсти.
63. Протезирование и лечение пациентов при неправильно сросшихся переломах челюстей.
64. Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при полностью сохранившихся зубных рядах.
65. Лечение пациентов с неправильно сросшимися переломами челюстей при частичной потере зубов.
66. Контрактура нижней челюсти. Профилактика и лечение.
67. Протезирование после резекции альвеолярного отростка верхней челюсти.
68. Протезирование после резекции альвеолярного отростка нижней челюсти и полного удаления нижней челюсти.
69. Протезирование приобретенных дефектов твердого и мягкого неба.
70. Протезирование врожденных дефектов твердого и мягкого неба.
71. Экзопротезы. Протезирование при дефектах лица.
72. Ортопедическое лечение при зияющих дефектах глотки и шейного отдела пищевода.

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 пользовании 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.

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 I степени, обильные зубные отложения. При осмотрезубного 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 разражение 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 всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, 4.2, 4.4 – следы пломбировочного 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, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный 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 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 съемным 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 съемным 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 методы 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, съемный 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 съемный 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 съемного 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 съемный 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. Открытие рта свободное. Слизистая оболочка полости рта и преддверия увлажнена, бледно-розового цвета. Прикус: частичная вторичная потеря зубов. На верхней челюсти частичный съемный 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 разрежение 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 объем 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 0,5x0,3 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 ретрозионный наклон, переднечечные 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 Re-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, ретрозия 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.

Задача № 16

Больная 2-х месячного возраста поступила в хирургическое отделение детской краевой больницы с левосторонней врожденной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба.

1. Этиология и патогенез.
2. Клиническая картина.
3. Анатомические и функциональные нарушения в организме ребенка.
4. Классификация.
5. Программа реабилитации.

Задача № 17.

Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина? 3. Фазы адаптации к съемным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.
5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.
6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия? Перечислите последовательность этапов данного метода.

Задача № 18

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.

5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.

Задача № 19

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области угла рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ваш план ортопедического лечения.

Задача № 20

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. 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 ошибка 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 работа 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.

5.4. 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 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».