

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

Кафедра: **ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ОРТОДОНТИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Вопросы для текущего контроля

1. Этиология, клиника полного разрушения коронки зуба.

2. Стандартные штифтовые зубы. Виды, показания к применению.
3. Принципы формирования корневых каналов под штифтовые конструкции.
4. Подготовка культи зуба и корневых каналов к протезированию искусственной культи со штифтом.
5. Клинико-лабораторные этапы протезирования искусственной культей со штифтом.
6. Прямой и непрямой метод изготовления искусственной культи со штифтом.
7. Этиология, патогенез, клиника частичной потери зубов.
8. Классификации частичной потери зубов по Кеннеди, Гаврилов, Жулеву.
9. Клиническая картина частичной потери зубов при заболеваниях пародонта, при повышенной стираемости зубов.
10. Виды мостовидных протезов, показания к применению, основные элементы.
11. Основные принципы конструирования мостовидных протезов.
12. Биомеханика мостовидных протезов.
13. Протезирования штампованно-паяными мостовидными протезами.
14. Виды, преимущества цельнолитых протезов.
15. Протезирование цельнолитыми мостовидными протезами.
16. Клинико-лабораторные этапы протезирования паяными комбинированными протезами.
17. Клинико-лабораторные этапы протезирования цельнолитыми комбинированными протезами с облицовкой из пластмассы.
18. Отрицательные моменты протезирования штампованно-паяными мостовидными протезами.
19. Клинико-лабораторные этапы протезирования металлокерамическими мостовидными протезами.
20. Клинико-лабораторные этапы протезирования цельно керамическими мостовидными протезами.
21. Особенности изготовления временных конструкций из пластмассы, композита.
22. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами и их предупреждение на клинических этапах лечения.
23. Ошибки и осложнения при проведении ретракционной процедуры и их предупреждение.
24. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами и их предупреждение на лабораторных этапах лечения.

Вопросы для текущего контроля студентов 4 курса

в 7 (осеннем) семестре.

1. Обследование пациента с полной потерей зубов в клинике ортопедической стоматологии
2. Классификация ППЗ по Оксману
3. Механизм образования старческой прогении

4. Определение межальвеолярной высоты, у пациентов с полной потерей зубов
5. Классификация полной потери зубов по Шредеру
6. Постановка зубов по Гизи
7. Определение Ц.С. челюстей при нефиксированной высоте
8. Виды искусственных зубов
9. Особенности постановки зубов при прогнатическом соотношении челюстей
10. Припасовка индивидуальной ложки у пациентов с полной потерей зубов
11. Технология изготовления прикусного шаблона
12. Особенности постановки зубов при прогеническом соотношении челюстей
13. Методика получения функционального оттиска при полной потере зубов
14. Постановка искусственных зубов по стеклу
15. Специальная подготовка полости рта перед протезированием
16. Проверка восковой конструкции съемного протеза в полости рта
17. Газовая пористость
18. Психологическая подготовка пациентов с выраженным рвотным рефлексом перед протезированием полными съемными протезами
19. Наложение съемного протеза в полости рта
20. Рекомендации пациентам
21. Теория буферных зон

**Вопросы для текущего контроля студентов 5 курса
в 9 (осеннем) семестре.**

1. Рентгенологические методы обследования в клинике ортопедической стоматологии.
2. Методы определения жевательной эффективности.
3. Изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторе.
4. Современные материалы для изготовления вкладок.
5. Современные методы препарирования зубов под вкладки.
6. Методика адгезивной фиксации керамических вкладок.
7. Методы снятия двухслойных силиконовых оттисков.
8. Методы снятия оттисков с имплантатов.
9. Компрессионные и разгружающие оттиски. Показания, методика выполнения.
10. Современные методы препарирования зубов под керамические коронки.
11. Классификация материалов для изготовления безметалловых коронок.
12. Методика адгезивной фиксации керамических коронок.

13. Показания к применению и методика фиксации стекловолоконных штифтов.
14. Методика подготовки корневых каналов зубов под штифтовые конструкции.
15. Методы изготовления искусственной культи со штифтом.
16. Современные методы изготовления керамических коронок.
17. Современные CAD\CAM – системы.
18. Интраоральные камеры для снятия оптических оттисков.
19. Методика расчета резервных сил пародонта при определении показаний к протезированию мостовидными протезами.
20. Биомеханика мостовидных протезов.
21. Виды промежуточных частей мостовидных протезов.
22. Показания к применению съёмных протезов с металлическим базисом.
23. Различные виды металлических базисов.
24. Определение границ съёмного пластиночного протеза.
25. Антипрокидывающие элементы съёмного протеза.
26. Виды фиксирующих элементов при протезировании дугowymi протезами.
27. Проблема концевое седла.
28. Топография расположения дуги съёмного протеза на верхней и нижней челюсти в различных клинических ситуациях.
29. Методы оформления краев индивидуальной ложки при получении функционального оттиска.
30. Материалы, применяемые для оформления краев индивидуальной ложки при получении функционального оттиска.
31. Припасовка индивидуальных ложек, функциональные пробы на верхней и нижней челюсти.
32. Центральное соотношение челюстей (методы определения).
33. Антропометрические ориентиры при определении центрального соотношения челюстей.
34. Анатомо-функциональный метод определения центрального соотношения челюстей.
35. Постановка зубов по индивидуальным окклюзионным поверхностям.

36. Постановка зубов в артикуляторе «Гнатомат».
37. Постановка зубов при аномальном соотношении челюстей.
38. Показания к непосредственному протезированию.
39. Методика изготовления имедиат-протеза И.М. Оксмана.
40. Методика изготовления имедиат-протеза Г. П. Соснина.
41. Виды стабилизации зубных рядов.
42. Показания к применению съёмных шин при заболеваниях пародонта.
43. Методы определения пути введения съёмных шин.
44. Сравнительная оценка съёмных и несъёмных шин.
45. Преимущества и недостатки съёмных и несъёмных шин.
46. Современные виды несъёмных шин.
47. Ошибки при протезировании несъёмными протезами.
48. Ошибки при планировании съёмных протезов.
49. Виды ошибок при протезировании съёмными и несъёмными протезами.

**Вопросы для текущего контроля студентов 2 курса
в 4 (весеннем) семестре.**

1. Классификации вкладок и материалы для их изготовления.
2. Режущий инструмент для препарирования зубов.
3. Оттисковые материалы и выбор оттисковой ложки.
4. Технология изготовления литой вкладки.
5. Технология изготовления фарфоровой вкладки.
6. 6. Технология изготовления керамической вкладки методом компьютерного формирования (CEREC) .
7. Литье металлического каркаса по снимаемым восковым репродукциям.
8. Литье металлического каркаса на огнеупорных моделях.
9. Виды гипсовок восковых моделей в кювету.
10. Пластмассовое тесто, виды пористости пластмассы.
11. Виды керамики. Способы изготовления керамических коронок.
12. Связь между металлом (сплавом) и фарфором, металлом и пластмассой.
13. Подбор цвета облицовки искусственной коронки с помощью различных цветовых шкал.
14. Починка сколов керамической облицовки искусственной коронки.
15. Использование аппарата T-SCAN для исследования окклюзии.

16. Способы проверки наличия суперконтактов в полости рта пациента.
17. Метод гнатодинамометрии, применяемый для исследования функции мышц челюстно-лицевой области.
18. Метод электромиографии, применяемый для исследования функции мышц челюстно-лицевой области.
19. Метод мионометрии, применяемый для исследования функции мышц челюстно-лицевой области.
20. Рентгенологические методы исследования ВНЧС.
21. Применение аппарата К-7 (Myotronics) в диагностике заболеваний ВНЧС.
22. Устройство лицевой дуги, технология наложения.
23. Классификация заболеваний пародонта.
24. Клинические методы исследования пародонта.
25. Методики определения пародонтальных индексов.

Вопросы для текущего контроля студентов

3 курса в 6 (весеннем) семестре.

1. Клиническая картина при частичной потере зубов верхней и нижней челюстей.
2. Морфологические изменения тканей протезного ложа при пользовании съемными протезами.
3. Особенности получения оттисков при изготовлении съемных протезов при частичной потере зубов.
4. Понятия об адгезии и прилипаемости как о физической основе фиксации съемных протезов.
5. Выбор опорных зубов для кламмерной фиксации. Понятие о кламмерной линии, виды.
6. Классификация кламмеров, требования, предъявляемые к ним.
7. Устройство и назначение параллелометра.
8. Понятие о межевой линии, способы ее определения и варианты расположения.
9. Путь введения и путь выведения протеза. Понятие, виды.
10. Понятия «центральное соотношение» и «центральная окклюзия».
11. Методы определения центральной окклюзии и центрального соотношения при частичной потере зубов.

12. Особенности определения центрального соотношения при частичной потере зубов.
13. Составные элементы дугового протеза.
14. Особенности расположения дуги на верхней и нижней челюстях.
15. Показания и противопоказания к применению дуговых протезов.
16. Показания к протезированию съемными пластиночными протезами. Составные элементы протезов.
17. Съемные протезы из безмономерной пластмассы и термопластов. Виды, конструкционные особенности, показания к применению.
18. Способы починки съемных пластиночных протезов.
19. Показания к применению съемных протезов с металлическим базисом.
20. Виды металлических базисов.
21. Планирование конструкции съемного протеза с металлическим базисом с применением параллелометра.
22. Понятия об ошибках и осложнениях при протезировании съемными протезами.
23. Ошибки при протезировании съемными протезами и способы их устранения.
24. Осложнения при протезировании съемными протезами и способы их устранения.
25. Особенности коррекции съемных протезов.

Вопросы для текущего контроля студентов

4 курса в 8 (весеннем) семестре.

1. Гистологические изменения в тканях пародонта при первичной и вторичной травматических окклюзиях
2. Современные методы исследования тканей пародонта при травматической окклюзии
3. Современные представления о вариантах патогенеза травматической окклюзии
4. Современные классификации заболеваний пародонта
5. Современные представления о иммуно-гисто-химических процессах при болезнях пародонта

6. Роль соматических заболеваний в развитии пародонтита и пародонтозов.
7. Компьютерное моделирование окклюзии T-scan. Методика и показания
8. Анализ окклюзионных взаимоотношений в артикуляторе. Типы артикуляторов , работа с лицевой дугой
9. Обследования состояния окклюзии. Кривая Шпее, кривая Уилсона. Окклюзионная плоскость. Окклюзионное расстояние.
- 10.Современные варианты конструкции несъемных шин. Особенности ортопедического лечения
- 11.Особенности проведения подготовительных этапов перед постоянным шинированием.
- 12.Роль и назначение временного шинирования при заболеваниях пародонта. Современные материалы и методики.
- 13.Особенности препарирования зубов и снятия оттисков при хроническом генерализованном пародонтите легкой и средней степени тяжести
- 14.Варианты и особенности изготовления временных ортопедических конструкций при заболеваниях пародонта
- 15.Составление плана лечения при заболеваниях пародонта. Варианты и клиническое обоснование.
- 16.Клиническое и биомеханическое обоснование применения телескопической системы фиксации съемных протезов при хронических заболеваниях пародонта осложненных частичной потерей зубов
- 17.2. Современные технологии изготовления каркасов дуговых шинирующих протезов пр заболеваниях пародонта
- 18.Устройство и работа параллелометра. Методы параллелометрии
- 19.Современные методики непосредственного протезирования
- 20.Непосредственное протезирование при имплантации. Особенности и показания
- 21.Изготовление временных коронок прямым методом при заболеваниях пародонта. Методики и показания.
- 22.Электромиография. Особенности проведения методики при парафункциях жевательных мышц
- 23.Современные методы диагностики парафункций жевательных мышц.
- 24.Современные методы лечения парафункций жевательных мышц
- 25.МРТ и КТ-исследование в диагностике заболеваний ВНЧС
- 26.Окклюзионные шины. Виды. Показания к применению.
- 27.Болевой синдром при мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Клиническая картина, патогенез, подходы к лечению.
- 28.Патогенетические варианты развития мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
- 29.Ортодонтическое лечение мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
- 30.Патогенетическая роль деформации зубных рядов в развитии заболеваний ВНЧС.

Вопросы для текущего контроля студентов

5 курса в 10 (весеннем) семестре.

1. Классификация переломов челюстей.
2. Механизм смещения отломков при переломах верхней и нижней челюсти.
3. Осложнения переломов челюстей.
4. Классификация ортопедических аппаратов.
5. Аппараты, применяемые при переломах верхней челюсти.
6. Аппараты, применяемые при переломах нижней челюсти.
7. Общие мероприятия, проводимые при оказании первой помощи при переломах челюстей.
8. Этапность оказания медицинской помощи при лечении переломов челюстей. Первая помощь пациентам с переломами челюстей в военное время.
9. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.
10. Диспансерное наблюдение больных с переломами верхней челюсти. Комплексная реабилитация больных при лечении перелома верхней челюсти, осложненного черепно-мозговой травмой.
11. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
12. Диспансерное наблюдение больных с переломами нижней челюсти.
13. Комплексная реабилитация больных при лечении перелома нижней челюсти.
14. Ортопедическое лечение ложных суставов нижней челюсти.
15. Способы лечения ложных суставов в области ветви нижней челюсти.
16. Ортопедическое лечение неправильно сросшихся переломов челюстей.
17. Ортопедические методы лечения микростомии.
18. Комплексная реабилитация пациентов с микростомией.
 3. Комплексная помощь пациентам с микростомией, возникшей в результате ожога челюстно-лицевой области.
19. Ортопедическое лечение после резекции верхней челюсти.
20. Технология изготовления полой замещающей части съемного протеза при резекции верхней челюсти.
 3. Комплексная реабилитация пациентов после резекции верхней челюсти.
21. Ортопедическое лечение после резекции нижней челюсти.
22. Комплексная реабилитация пациентов после резекции нижней челюсти.
 3. Возможные изменения слизистой оболочки полости рта у пациентов, проходящих курс химиотерапии.
23. Способы кормления новорожденных с дефектами твердого и мягкого неба.
24. Ортопедическое лечение дефектов твердого и мягкого неба.
25. Комплексная реабилитация пациентов с дефектами твердого и мягкого неба.
26. Современные технологии изготовления экзопротезов, позволяющие восстановить функцию утраченного органа.

27. Возможности реконструктивной хирургии при лечении дефектов лица.
Комплексная реабилитация пациентов с дефектами лица.
28. Комбинированные протезы лица.
29. Комбинированные протезы челюстей.
30. Методика получения разборной модели лица.
31. Анатомо-функциональные особенности ВНЧС.
32. Функциональная анатомия жевательных мышц.
33. Вертикальные движения нижней челюсти.
34. Сагиттальные движения нижней челюсти.
35. Трансверзальные движения нижней челюсти.
Понятия окклюзия, артикуляция, прикус.
36. Виды прикуса.
37. Признаки ортогнатического прикуса.
38. Клиническое обследование ВНЧС.
39. Современные методы записи движений нижней челюсти.
40. Возможности магнитно-резонансной томографии при диагностике заболеваний ВНЧС.
41. Компьютерная томография ВНЧС как метод диагностики.
42. Этиология, патогенез, клиника привычных вывихов и подвывихов ВНЧС.
43. Классификация вывихов суставной головки, суставного диска.
44. Ортопедическое лечение привычных вывихов и подвывихов ВНЧС.
45. Этиология, патогенез развития мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
46. Клиника центральных и эксцентрических вывихов суставного диска.
47. Использование графических методов регистрации движений нижней челюсти при диагностике мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
48. Методы ортопедического лечения мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
49. Применение методики TENS для лечения мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.
50. Окклюзионные шины. Виды. Показания к применению.
51. Методики определения суперконтактов зубных рядов.
52. Особенности пришлифовывания суперконтактов в центральных окклюзиях.
53. Особенности пришлифовывания суперконтактов в эксцентрических окклюзиях.
54. Методика избирательного пришлифовывания Дженкельсона.

Перечень вопросов к экзамену:

1. Предмет ортопедической стоматологии. Определение, составные части.

2. Основопологающие теоретические принципы ортопедической стоматологии.
3. Развитие ортопедической стоматологии в России.
4. Строение слизистой оболочки полости рта. Подвижная и неподвижная оболочки. Нейтральная зона. Вертикальная смещаемость (податливость).
5. Взаимосвязь между органами зубочелюстной системы.
6. Строение зубов. Анатомическая и клиническая коронки. Основные группы зубов, их анатомическая характеристика.
7. Строение зубных рядов. Зубные дуги верхней и нижней челюстей.
8. Мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть, их деление по функции. Мимические мышцы, их роль в акте жевания.
9. Постоянный прикус.
10. Жевательная мускулатура. Абсолютная сила жевательных мышц.
11. Зубная, альвеолярная и базальная дуги. Старческая прогения.
12. Значение полноценного жевательного аппарата для нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта.
13. Диагноз в ортопедической стоматологии (морфологический, функциональный).
14. Зубной протез как лечебное и профилактическое средство.
15. Задачи ортопедического лечения при частичной потере зубов.
16. Понятие о протезном ложе.
17. Изучение функции жевательных мышц с помощью электромиографии.
18. Метод определения жевательной эффективности по Рубинову.
19. Виды прикуса и их характеристика.
20. Строение зубных рядов. Факторы, обеспечивающие их устойчивость.
21. Структурные особенности верхней и нижней челюстей.
22. Пути передачи жевательного давления на челюсти и череп.
23. Пародонт: строение и его функции.
24. Анатомия и функция височно-нижнечелюстного сустава.
25. Ортогнатический прикус (морфологическая характеристика).
26. Понятие окклюзии, артикуляции. Характеристика центральной, передней, боковой окклюзии.
27. Графические методы регистрации движений нижней челюсти.
28. Резцовый и суставной пути. Трехпунктный контакт Бонвиля.
29. План ортопедического лечения и элементы, его составляющие.
30. Гнатодинамометрия и выносливость пародонта к нагрузке.
31. Резервные силы пародонта: определение, характеристика резервных сил по данным клинического и рентгенологического исследований.
32. Система кламмеров Нея. Показания к применению каждого вида кламмера.
33. Зоны безопасности в твердых тканях передних зубов верхней и нижней челюстей и их клиническое значение.
34. Окклюзионные кривые. Окклюзионная поверхность, окклюзионная плоскость.
35. Современные методы получения оттисков при протезировании несъемными протезами.
36. Понятие о межальвеолярном расстоянии и центральной окклюзии.

37. Характеристика функционирующей группы при частичной потере зубов.
38. Классификация перемещения зубов.
39. Характеристика нефункционирующей группы зубов.
40. Методы обезболивания при подготовке зубов под несъемные протезы.
41. Ортопедическое лечение повышенной стираемости зубов.
42. Клиника деформаций окклюзионных поверхностей зубных рядов.
43. Предупреждение возможных ошибок при подготовке зубов под несъемные протезы.
44. Возрастные изменения зубов, зубных рядов и челюстей.
45. Первичная и вторичная травматические окклюзии. Дифференциальная диагностика.
46. Изучение моделей челюстей в параллеломере.
47. Понятие о зонах безопасности зубов и их практическое значение.
48. Этиология и клиника дефектов коронок зубов, их классификация и виды протезирования.
49. Показания к применению вкладок и методы их изготовления. Классификация полостей.
50. Принципы формирования полостей под вкладку.
51. Показания к применению искусственных коронок.
52. Виды искусственных коронок.
53. Требования, предъявляемые к полным коронкам.
54. Показания к применению пластмассовых и фарфоровых коронок.
55. Штифтовые зубы, показания и их применение.
56. Подготовка культи и канала корня под пластмассовый штифтовый зуб.
57. Протезирование при полном отсутствии коронки штифтовым зубом по Ричмонду.
58. Протезирование при полном отсутствии коронки зуба коронкой на искусственной культе.
59. Протезирование дефектов зубов штампованными комбинированными коронками.
60. Протезирование при дефектах зуба полной штампованной коронкой.
61. Показания к протезированию частичной потери зубов мостовидными протезами.
62. Конструкция мостовидного протеза в зависимости от величины и топографии дефекта, состояния опорных зубов.
63. Виды мостовидных протезов. Характеристика частей мостовидного протеза.
64. Конструкция мостовидного протеза с точки зрения биомеханики, прочности, гигиены и эстетики.
65. Выбор опорных зубов. Показания к применению мостовидных протезов.
66. Клиника и лабораторные приемы протезирования паяными мостовидными протезами.
67. Ошибки при протезировании мостовидными протезами.
68. Показания к протезированию частичными съемными пластиночными протезами.

69. Виды оттисков при протезировании частичными съёмными протезами. Методика получения оттисков.
70. Элементы частичного съёмного пластиночного протеза. Базис и его назначение.
71. Границы частичного съёмного пластиночного протеза. Пути уменьшения протезного базиса на верхней челюсти.
72. Способы фиксации частичного съёмного пластиночного протеза.
73. Понятие о межевой и экваторной линиях, их расположение.
74. Выбор опорных зубов для кламмерной фиксации съёмных протезов.
75. Побочное действие кламмеров на опорные зубы.
76. Наложение частичного пластиночного протеза. Ошибки и методы устранения.
77. Оттиски. Определение и классификация.
78. Методы обследования ортопедического больного.
79. Оздоровительные мероприятия при подготовке полости рта к протезированию.
80. Методы объективного обследования (пальпация, перкуссия, аускультация, осмотр, инструментальные методы обследования).
81. Методы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии.
82. Понятия о рабочей и балансирующей сторонах, окклюзионные и суставные признаки.
83. Значение качества режущего инструмента и режима препарирования зубов под несъёмные протезы.
84. Двойные оттиски, показания к их применению.
85. Протезирование при односторонних концевых дефектах зубного ряда.
86. Проверка каркаса дугового протеза.
87. Проверка восковой модели частичного съёмного протеза. Способы устранения выявленных ошибок.
88. Протезирование при двусторонних концевых дефектах зубного ряда.
89. Методика непосредственного протезирования съёмными пластиночными протезами.
90. Протезирование включенных дефектов зубного ряда съёмными протезами.
91. Определение центрального соотношения челюстей при нефиксированной межальвеолярной высоте.
92. Наложение съёмного протеза с литым металлическим базисом. Последовательность выполнения клинического приема.
93. Ортопедические методы устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов.
94. Клиника вертикального зубо-альвеолярного перемещения.
95. Полимеризация пластмассы. Виды пористости и способы ее предупреждения.
96. Причины перелома пластмассового базиса протеза. Предупреждение возникновения внутренних напряжений и акриловых пластмассах.
97. Основные базисные материалы (АКР-15, Акрел, Фторакс, Акронил, Бакрил), их характеристика.

98. Эластические пластмассы (Ортосил-М, ПМ-01).
99. Технология литья сплавов из золота и стали.
100. Технология паяного мостовидного протеза.
101. Развитие функциональной перегрузки при частичной потере зубов.
Первичная травматическая окклюзия.
102. Классификация частичной потери зубов (Кеннеди, Гаврилов).
103. Базисные материалы на основе сополимеров. АКР-15 и его характеристика.
104. Методика приготовления пластмассового теста. Значение соотношения компонентов «мономер-полимер».
105. Силиконовые оттискные материалы (Сиэласт-69, -03, -05, Вигален, Стомафлекс и др.).
106. Самоотверждающие пластмассы (Протакрил, Редонт), показания к их применению.
107. Припой для паяния стали и золота. Требования, предъявляемые к ним.
108. Изменение механических свойств нержавеющей стали после холодной деформации.
109. Формовочные массы для отливки протезов из золота и стали.
110. Постановка зубов на искусственной десне и на приточке.
111. Прямая, обратная и комбинированная гипсовки.
112. Технология восковых базисов с окклюзионными валиками.
113. Гипсовка моделей в окклюдаторе (правила и возможные ошибки).
114. Гипс и его физико-химические свойства.
115. Технология пластмассовой коронки.
116. Психологическая подготовка больного перед протезированием.
117. Хромо-никелевые и хромо-кобальтовые сплавы, их состав и свойства.
118. Технология каркаса дугового протеза.
119. Моделировка промежуточной части комбинированного мостовидного протеза.
120. Отбеливание нержавеющей стали и золота. Назначение отбеливания.
121. Золото и его сплавы.
122. Принципы крепления пластмассы в комбинированном мостовидном протезе.
123. Оттискные материалы на основе альгината натрия, их характеристика и применение.
124. Методика изготовления штампованной коронки.
125. Технология комбинированных мостовидных протезов.
126. Термопластические оттискные материалы.
127. Искусственные зубы и их характеристика.
128. Окклюдаторы и артикуляторы, их назначение и применение.
129. Техника лабораторного перебазирования съемных пластиночных протезов.
130. Отделка, шлифовка и полировка пластиночных протезов.
131. Цинкоксиэвгеноловые материалы (Репин, Дентол).
132. Правила моделировки промежуточной части цельнолитого мостовидного протеза.
133. Технологии литого металлического базиса.

134. Санитарно-эпидемиологический режим работы ортопедического кабинета.
135. Технология литья на огнеупорных моделях.
136. Технология двухслойных базисов.
137. Особенности постановки фарфоровых зубов в съемных протезах.
138. Советы больному о правилах пользования съемными протезами.
139. Технология дублирования и получения огнеупорных моделей.
140. Кламмеры, их виды. Требования к кламмерам.
141. Технология починки съемных пластиночных протезов.
142. Технология моделирования восковой модели каркаса дугового протеза.
Правила расположения литников.
143. Клиническая картина при полной потере зубов, границы полных съемных протезов.
144. Методика получения функциональных оттисков.
145. Определение центрального соотношения при протезировании беззубых челюстей.
146. Конструирование искусственных зубных рядов при полной потере зубов.
147. Проверка конструкции полных съемных протезов.
148. Правила наложения полных съемных протезов.
149. Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
150. Клиника системных заболеваний пародонта.

Задания в симуляционном классе:

1. Снять альгинатный оттиск с зубного ряда верхней или нижней челюсти.
2. Провести анализ рентгеновского снимка (прицельный или ОПГ или ТРГ по билету).
3. Получение двойного оттиска (двухэтапная методика). Анализ ошибок.
4. Получение двойного оттиска (одноэтапная методика). Анализ ошибок.
5. Препарирование бором полости зуба под вкладку (по типу МОД) на фантоме. Моделирование вкладки из воска.
6. Препарирование бором зубов под штампованную коронку на фантоме (клык).
7. Препарирование бором под штампованную коронку на фантоме (премоляр).
8. Препарирование бором зубов под штампованную коронку на фантоме (моляр).
9. Препарирование бором зубов под литую коронку на фантоме (клык).
10. Препарирование бором зубов под литую коронку на фантоме (премоляр).
11. Препарирование бором зубов под литую коронку на фантоме (моляр).
12. Препарирование бором зубов под керамическую коронку с уступом на фантоме (резец).
13. Препарирование бором зубов под керамическую коронку с уступом на фантоме (клык).

14. Препарирование бором зубов под металлокерамическую коронку с уступом на фантоме (резец).
15. Препарирование бором зубов под металлокерамическую коронку с уступом на фантоме (клык).
16. Препарирование бором зубов под металлокерамическую коронку с уступом на фантоме (премоляр).
17. Препарирование бором зубов под металлокерамическую коронку с уступом на фантоме (моляр).
18. Моделирование неразборной искусственной культи со штифтом из воска на фантоме.
19. Препарирование бором зубов под металлокерамический мостовидный протез на фантоме.
20. Изготовление временной пластмассовой коронки из самоотвердеющей пластмассы на гипсовой модели с помощью силиконового ключа.
21. Нанесение границ базиса съёмного пластиночного протеза при частичной потере зубов верхней и нижней челюсти на гипсовых моделях.
22. Нанесение границ каркаса дугового протеза верхней и нижней челюсти на гипсовых моделях.
23. Разметка гипсовой модели в параллеломере. Планирование конструкции дугового протеза.
24. Разметка гипсовой модели в параллеломере. Планирование протеза с металлическим базисом.
25. Гипсовка моделей в артикулятор при помощи лицевой дуги.
26. Установка лицевой дуги, получение отпечатка верхнего зубного ряда.
27. Обозначение границ базиса съёмного пластиночного протеза при полной потере зубов верхней и нижней челюстей на гипсовых моделях.
28. Планирование съёмных конструкций шин для верхней челюсти в параллеломере.
29. Планирование съёмной конструкции шины Эльбрехта для нижней челюсти в параллеломере.
30. Определение цвета зуба по шкале 3Д мастер или Вита.
31. Диагностика состояния окклюзии при разных видах движений нижней челюсти.
32. Обследование первичного больного, распознавание болезни, заполнение истории болезни: опрос (жалобы, анамнез), осмотр, пальпация мягких тканей лица и костной основы, определение высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя, определение типа прикуса, пальпация височно-нижнечелюстного сустава, определение степени подвижности зубов, определение состояния пародонта

(зондирование зубодесневого желобка, кармана), заполнение одонтопародонтограммы, определение подвижности, податливости и болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, изучение диагностических моделей, определение степени атрофии альвеолярных отростков, оценка ортопантограммы, панорамных и прицельных рентгенограмм, формулирование диагноза.

- 33.Отливка гипсовой модели.
- 34.Изготовление воскового базиса с окклюзионными валиками.
- 35.Определение центральной окклюзии.
- 36.Изготовление гнutoго удерживающего кламмера.
- 37.Проверка конструкции пластиночных протезов.
- 38.Припасовка и наложение пластиночного протеза.
- 39.Коррекция пластинчатого протеза.
- 40.Починка пластинчатого протеза.
- 41.Нанесение на базис протеза эластичной подкладки холодного отверждения.
- 42.Отливка модели из супергипса.
- 43.Подготовка гипсовых моделей в области удаляемых зубов для изготовления имедиат-протезов.
- 44.Перебазировка пластиночных протезов.
- 45.Проведение параллелометрии на диагностических моделях при изготовлении бюгельных протезов.
46. Припасовка литого каркаса бюгельного протеза.
- 47.Припасовка и наложение бюгельного протеза.
- 48.Коррекция бюгельного протеза.

Темы научной работы студентов

1. «Ортопедическое лечение с использованием виниров и люминиров»
2. «Ортопедическое лечение синдрома болевой дисфункции ВНЧС, обусловленного дистальным сдвигом нижней челюсти»
3. «Протезирование при полной потере зубов несъёмной конструкцией с опорой на 6 имплантатах»
4. «Определение цвета в ортопедической стоматологии»
5. «Неотложные состояния в клинике ортопедической стоматологии»
6. «Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов несъёмными протезами с опорой на имплантаты»
7. «Дентальная фотография. Ведение фотопротокола на стоматологическом

приеме»

8. Протезирование съёмными протезами с опорой на имплантаты.
9. Эстетические особенности протезирования частичной потери зубов с помощью цельнокерамических протезов.
10. Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов.
11. Особенности протезирования переднего отдела зубного ряда с опорой на имплантаты.
12. Современные методы изготовления съёмных конструкций с телескопической системой фиксации.
13. Применение термопластических материалов в ортопедической стоматологии

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**по дисциплине - Стоматология ортопедическая 31.08.75
по специальности - стоматология**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
1. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (-ЯХ) 1) вестибулярной 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной, оральной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных	
2. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ 1) конвергировать под углом 6-8° 2) быть строго параллельны 3) слегка дивергировать 4) конвергировать под углом 15-20	
3. АЛЬГИНАТНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ЗАМЕШИВАЮТСЯ НА ВОДЕ 1) холодной 2) теплой 3) содержащей 3–4% поваренной соли 4) содержащей буру	
4. ОСНОВУ СИЛИКОНОВЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ СОСТАВЛЯЕТ 1) кремнийорганические полимеры 2) натриевая соль альгиновой кислоты 3) эвгенол 4) парафин	

<p>5. ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКОВ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2% раствор глутарового альдегида 2) раствор марганцевокислого калия 3) плазму 4) ультразвук
<p>6. ОБРАТИМЫЕ ГИДРОКОЛЛОИДНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для дублирования моделей 2) функциональных 3) двойных 4) для оформления краев индивидуальных ложек
<p>7. ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вспомогательных 2) конструкционных 3) зуботехнических 4) основных
<p>8. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нельзя 2) на любой срок наблюдения за больным 3) если у больного нет бруксизма 4) не более чем на 5–7 дней
<p>9. ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ И ОБЖИГЕ ТУГОПЛАВКОГО ФАРФОРА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОЛПАЧКА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОЛЬГУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) платиновую 2) золотую 3) палладиевую 4) кадмиевую
<p>10. ОБЖИГ ФАРФОРА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК ПРОИЗВОДЯТ НА КОЛПАЧКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) платиновом 2) палладиевом 3) кадмиевом 4) серебряном
<p>11. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ПРЕПАРИРОВАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (ЯХ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной 3) вестибулярной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных
<p>12. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ РЕЗЦОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оральной поверхности в области вогнутости 2) вестибулярной поверхности 3) контактных поверхностях в области экватора 4) контактных поверхностях в пришеечной области
<p>13. КОРОНКИ, ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАЗБОРНАЯ</p>

<p>КОМБИНИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none">1) фарфоровая и металлокерамическая2) пластмассовая3) штампованная металлическая4) штампованная комбинированная
<p>14. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ МОГУТ БЫТЬ ФИКСИРОВАНЫ В</p> <ol style="list-style-type: none">1) артикулятор или окклюдатор2) гнатодинамометр3) кимограф4) параллеломер
<p>15. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДОК СО ШТИФТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none">1) патологическая стираемость зубов декомпенсированной формы 3 степени2) если зуб депульпирован более года назад3) если канал корня запломбирован до верхушки4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани
<p>16. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none">1) штифтовой конструкцией2) искусственной коронкой3) вкладкой4) мостовидным протезом
<p>17. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none">1) коронки на искусственной культе со штифтом2) металлические штампованные коронки3) литые коронки4) комбинированные коронки
<p>18. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none">1) на любой срок наблюдения за больным2) если у больного нет бруксизма3) не более чем на 5–7 дней4) нельзя
<p>19. ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ, ИЗГОТОВЛЕННУЮ МЕТОДОМ НАНЕСЕНИЯ НА ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ (НА РЕФРАКТОРЕ) КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none">1) прямого уступа под углом 90 градусов2) «символа уступа»3) уступа в форме ската под углом около 135 градусов4) уступа со скошенным краем
<p>20. АНОМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЗУБЫ (ГЕТЧИНСОНА, ФУРНЬЕ, ПФЛЮГЕРА) – ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none">1) системной гипоплазии твердых тканей зубов

<p>2) эндемического флюороза 3) эрозии эмали зубов 4) аномалии развития и прорезывания зубов</p>
<p>21. ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <p>1) литой 2) штампованный 3) паяный 4) из платиновой фольги</p>
<p>22 КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО</p> <p>1) пластичность 2) эластичность 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки</p>
<p>23 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ</p> <p>1) конвергировать под углом 6-8° 2) слегка дивергировать 3) конвергировать под углом 15-20° 4) конвергировать под углом 9°</p>
<p>24.ПРИ ОБЖИГЕ ФАРФОРОВОЙ МАССЫ, КРОМЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) вакуум 2) давление 3) центрифугирование 4) верно все перечисленное</p>
<p>25 ПРИПАСОВКУ КЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВЫЯВЛЕНИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ КОРОНКОЙ И СТЕНКАМИ КУЛЬТИ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>1) корригирующих силиконовых масс 2) альгинатных слепочных масс 3) жидкого гипса 4) копировальной бумаги</p>
<p>26 ТОЛЩИНА ПЛАТИНОВОЙ ФОЛЬГИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ, РАВНА</p> <p>1) 0,025 мм 2) 0,01 мм 3) 0,05 мм 4) 0,075 мм</p>
<p>27.МИНИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ИЗ КОБАЛЬТО-ХРОМОВОГО СПЛАВА</p> <p>1) 0,3 мм 2) 0,2 мм 3) 0,1 мм 4) 0,4 мм 5) 0,5 мм</p>

<p>28 ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литой 2) паяный 3) штампованный 4) из платиновой фольги
<p>29 ПЕРВЫЙ СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫЙ НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) грунтовым (опаковым) слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) дентинным слоем
<p>30.СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ, КОТОРЫЙ ПРИДАЕТ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКЕ ОСНОВНОЙ ЦВЕТОВОЙ ТОН, НАЗЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дентинным слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) грунтовым (опаковым) слоем
<p>31 ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ КОРОНКАМИ ОТТИСК СНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) силиконовыми материалами 2) альгинатными материалами 3) гипсом 4) цинкоксидэвгеноловыми материалами
<p>32 ПЕРЕД ПОЛУЧЕНИЕМ ДВОЙНОГО ОТТИСКА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБОДЕСНЕВЫХ БОРОЗДОК ИСПОЛЬЗУЮТ ХЛОПЧАТОБУМАЖНЫЕ РАСТВОРАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) алюмокалиевых квасцов 2) ортофосфорной кислоты 3) гидрохлорида эфедрина 4) трихлоруксусной кислоты
<p>33 ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеклоиномерные цементы 2) поликарбоксилатный цемент 3) «Темп Бонд» 4) «Акрилоксид»
<p>34 ДЛЯ ПРИПАСОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разборной гипсовой модели 2) гипсовой модели 3) гипсовом столбике 4) металлическом штампе

<p>35 ПРОВЕРКА ОККЛЮЗИОННЫХ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРОВОДИТСЯ В ОККЛЮЗИЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передней, боковых и центральной 2) передней и центральной 3) центральной и боковых 4) боковых и передней
<p>36 ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) толстого их края и отсутствия экватора 2) отсутствия контакта с соседними зубами 3) глубокого погружения края коронок в десневые бороздки 4) неплотного прилегания края коронок к шейкам зубов
<p>37.ПОКАЗАНИЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ИСКУССТВЕННОЙ КУЛЬТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) если коронка зуба разрушена на 1/2 и более 2) если зуб депульпирован более года назад 3) если канал корня запломбирован до верхушки 4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани
<p>38.ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифтовой конструкцией 2) искусственной коронкой 3) вкладкой 4) мостовидным протезом
<p>39.ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коронки на искусственной культе со штифтом 2) металлические штампованные коронки 3) литые коронки 4) комбинированные коронки
<p>40.ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ДЛИНА ШТИФТА ДОЛЖНА БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равна 2/3 длины корня зуба 2) равна 1/2 длины корня зуба 3) равна всей длине корня 4) меньше высоты будущей искусственной коронки
<p>41.КУЛЬТЕВЫМИ ВКЛАДКАМИ МОЖНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) резцы, клыки, премоляры и моляры 2) резцы 3) резцы и клыки 4) резцы, клыки и премоляры

<p>42.ШТИФТОВОЙ ЗУБ С ВКЛАДКОЙ (ПО АВТОРУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ильиной-Маркосян 2) Логана 3) Ричмонда 4) Ахметова
<p>43..ШТИФТ ШТИФТОВОГО ЗУБА ПО РИЧМОНДУ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 750 пробы золота с платиновой лигатурой 2) 950 пробы золота с платиновой лигатурой 3) 365 пробой серебра с золотой лигатурой 4) никель-хромового сплава
<p>44.ШТИФТОВАЯ КУЛЬТЕВАЯ ВКЛАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на зубы любой группы 2) на однокорневые зубы верхней и нижней челюстей 3) на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти 4) на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
<p>45.ДЛЯ ДВОЙНОГО СЛЕПКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕПОЧНЫЕ МАССЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) силиконовые 2) твердокристаллические 3) альгинатные 4) термопластические
<p>46.НА КУЛЬТЕВУЮ ВКЛАДКУ МОЖНО ИЗГОТОВИТЬ КОРОНКУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) любую 2) только штампованную 3) только литую 4) только пластмассовую
<p>47.СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВКЛАДКАМИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двойной 2) анатомический 3) функциональный 4) компрессионный
<p>48.КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластичность 2) простота в обращении 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки
<p>49.СТАНДАРТНЫЕ ЗАГОТОВКИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК СО ШТИФТОМ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ И РАСЦВЕТОВ КОРОНКИ С НАБОРОМ ШТИФТОВ К НИМ ПОЛУЧИЛИ НАЗВАНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коронок Логана 2) коронок Дювеля 3) коронок Копейкина 4) коронок Гаврилова
<p>50. ПРИ ЗДОРОВОМ ПАРОДОНТЕ, КОГДА ДЕСНЕВОЙ КАРМАН ВЫРАЖЕН СЛАБО,</p>

<p>УСТУП СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ НИЖЕ ДЕСНЕВОГО КРАЯ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,2-0,3 мм 2) 0,1-0,2 мм 3) 0,3-0,4 мм 4) 0,4-0,5 мм
<p>51. В ХОДЕ ПОДГОТОВКИ МОДЕЛИ К ДУБЛИРОВАНИЮ ОПОРНЫЕ ЗУБЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО МОДЕЛИРУЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воском 2) гипсом 3) пластмассой 4) цементом
<p>52. ПРИ ГЛУБОКОЙ ЯЩИКООБРАЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ СТЕНКИ ЕЕ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дивергировать под углом 3–5° 2) быть параллельными 3) дивергировать под углом 5–7° 4) конвергировать под углом 3–5°
<p>53. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КОРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров 2) на проксимальных поверхностях передних зубов 3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов
<p>54. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КОРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на проксимальных поверхностях передних зубов 2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов
<p>55. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КОРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 2) на жевательных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях передних зубов 4) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
<p>56 ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КОРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ПЯТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов 2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях передних зубов 4) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
<p>57. ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ</p>

<p>1) лучшего прилегания вкладки и исключения скола эмали</p> <p>2) исключения опрокидывающего момента</p> <p>3) лучшей фиксации вкладки</p> <p>4) предупреждения смещения вкладки</p>
<p>58. ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЮТ ПОД УГЛОМ</p> <p>1) 45°</p> <p>2) 30°</p> <p>3) 90°</p> <p>4) 60°</p>
<p>59 ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ОПАСНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ПОЛОСТИ ЗУБА, ДНО ПОЛОСТИ I КЛАССА ПОД ВКЛАДКУ НА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБАХ ДОЛЖНО ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ</p> <p>1) в форме круговой ступеньки с углублением в центре</p> <p>2) плоским</p> <p>3) выпуклым</p> <p>4) вогнутым</p>
<p>60 ПОДГОТОВКУ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПО БЛЕКУ ПОД ВКЛАДКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА</p> <p>1) сепарация</p> <p>2) формирование дополнительной полости</p> <p>3) формирование основной полости</p> <p>4) создание уступа на контактной поверхности у десны</p>
<p>61 ОПОРНАЯ ПЛОЩАДКА УСТУПА НА ЗУБАХ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ДОЛЖНА ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ ШИРИНОЙ</p> <p>1) 0,2–0,3 мм</p> <p>2) до 1 мм</p> <p>3) 0,5–0,8 мм</p> <p>4) до 1,5 мм</p>
<p>62 У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ЛИТЫМИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ</p> <p>1) ниже стираемость, но выше цветостойкость</p> <p>2) выше стираемость, но ниже цветостойкость</p> <p>3) ниже стираемость и ниже цветостойкость</p> <p>4) выше стираемость и выше цветостойкость</p>
<p>63 ПО КОНСТРУКЦИИ ИСКУССТВЕННЫЕ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <p>1) трёхчетвертными</p> <p>2) ортодонтическими</p> <p>3) комбинированными</p> <p>4) восстановительными</p>
<p>64 ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <p>1) восстановительными</p> <p>2) комбинированными</p> <p>3) металлическими</p> <p>4) полимеризованными</p>
<p>65 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <p>1) литыми</p> <p>2) полными</p>

<p>3) окончатыми 4) экваторными</p>
<p>66 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <p>1) штампованными 2) фарфоровыми 3) пластмассовыми 4) культевыми</p>
<p>67 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ НЕОБХОДИМО1) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани соответственно клинической шейке зуба и укоротить зуб на толщину коронки</p> <p>2) укоротить зуб на 0,5 мм 3) придать коронке зуба конусовидную форму 4) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани на толщину стенки коронки</p>
<p>68 ВИДЫ УСТУПОВ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРЕПАРИРОВАТЬ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КОНТАКТНЫХ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ, ПРОТЕЗИРУЕМЫХ ЛИТЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ КОРОНКАМИ</p> <p>1) прямой уступ, уступ в виде ската 2) закругленный уступ в форме выемки (желобоватый) 3) уступ с вершиной 4) прямой уступ со скошенным краем</p>
<p>69 ПРИДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КОРОНКЕ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЛИТЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ КОРОНКИ ПРИВОДИТ К</p> <p>1) слабой фиксации коронки 2) повреждению маргинального пародонта 3) затруднению наложения коронки 4) появлению внутренних напряжений в металлическом каркасе коронки и отслоению фасетки</p>
<p>70 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ</p> <p>1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных</p>
<p>71 ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <p>1) прямого уступа под углом 90° 2) уступа в форме ската под углом около 135° 3) «символа уступа» 4) уступа со скошенным краем</p>
<p>72 В КАЧЕСТВЕ МАТРИЦЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ФАРФОРОВОГО КОЛПАЧКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАТИНА</p> <p>1) так как имеет высокую температуру плавления 2) так как имеет минимально возможную толщину 3) так как достаточно жесткая и не образует окислов 4) так как по химическим свойствам совместима с фарфором</p>

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Обезболивание в ортопедической стоматологии	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
<p>1. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) неэффективность местных анестетиков и непреодолимый страх перед стоматологическими вмешательствами</p> <p>2) невозможность осуществления препарирования зубов под местной анестезией</p> <p>3) непереносимость местных анестетиков</p> <p>4) заболевания центральной нервной системы и пороки ее развития у больных</p>	

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Методы обследования в ортопедической стоматологии	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
<p>1.. ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АППАРАТЕ T-SCAN ПАЦИЕНТ ПРИКУСЫВАЕТ</p> <p>1) индивидуальную пластинку - сенсор</p> <p>2) прикусные шаблоны с окклюзионными валиками</p> <p>3) восковую пластинку</p> <p>4) артикуляционную бумагу</p>	
<p>4. МАСТИКАЦИОГРАФИЯ – ЭТО</p> <p>1) запись жевательных движений нижней челюсти</p> <p>2) запись сокращений жевательных мышц</p> <p>3) запись движений головок нижней челюсти</p> <p>4) регистрация характера смыкания зубных рядов</p>	
<p>5. ГНАТОДИНАМОМЕТР – ЭТО ПРИБОР ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ</p> <p>1) выносливости пародонта</p> <p>2) абсолютной силы жевательных мышц</p> <p>3) жевательной эффективности</p> <p>4) податливости слизистой оболочки рта</p>	
<p>6. ПО МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ Н.И. АГАПОВЫМ, ЗА ЕДИНИЦУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИНЯТ</p> <p>1) боковой резец верхней челюсти</p> <p>2) первый моляр нижней челюсти</p> <p>3) первый премоляр верхней челюсти</p> <p>4) клык нижней челюсти</p>	
<p>7. ХРИСТИАНСЕН, ГЕЛЬМАН И РУБИНОВ ПРЕДЛОЖИЛИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</p>	

<ul style="list-style-type: none"> 1) жевательной эффективности зубных рядов 2) функциональной выносливости опорного аппарата зубов 3) движений нижней челюсти в процессе жевания 4) величины подвижности зубов
<p>8. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) графически регистрировать биопотенциалы мышц 2) измерять тонус жевательных и мимических мышц 3) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения сосудов в мышцах 4) исследовать напряжение кислорода в мышцах
<p>9. МИОТОНОМЕТРИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) измерять тонус жевательных и мимических мышц 2) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения сосудов в мышцах 3) графически регистрировать биопотенциалы мышц 4) исследовать напряжение кислорода в мышцах
<p>10. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) сбор анамнеза 2) внешний осмотр 3) обследование полости рта 4) осмотр зубных рядов
<p>11. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОСЛОЙНОГО ИЗУЧЕНИЯ ФОРМЫ, СТРУКТУРЫ И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) компьютерной томографией 2) телерентгенографией 3) ортопантомографией 4) панорамной рентгенографией
<p>12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) рентгенологическое обследование 2) перкуссия суставов 3) электромиографическое обследование 4) электроодонтодиагностика
<p>13. ФОНОАРТРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) определить суставной шум при выслушивании височно-нижнечелюстного сустава 2) выявить изменения гемодинамики околоушно-жевательной области 3) определить центральное соотношение челюстей 4) произвести регистрацию движений нижней челюсти
<p>14. ПРИ АРТРОЗЕ ВНЧС ВЫСЛУШИВАЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) шелкающие звуки различной выраженности 2) равномерные и мягкие звуки 3) скользящие звуки 4) звуки отсутствуют
<p>15. АКСИОГРАФИЯ – ЭТО МЕТОД</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) внеротовой регистрации движений нижней челюсти 2) графической регистрации биопотенциалов мышц 3) исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов в мышцах

4) измерения тонуса жевательных и мимических мышц
<p>16. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гемодинамики 2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области 3) движения головок нижней челюсти 4) размеров элементов ВНЧС
<p>17. ЭХОСТЕОМЕТРИЯ – МЕТОД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследования плотности костной ткани 2) измерения гемодинамики сосудов пародонта 3) измерения тонуса жевательных и мимических мышц 4) внеротовой регистрации движений нижней челюсти
<p>18. В НОРМЕ ТЕМПЕРАТУРА ДЕСНЕВЫХ СОСОЧКОВ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 35,5-36,6°C 2) 27-28°C 3) 30,6-32,6°C 4) 37,2-37,5°C
<p>19. ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изготовить диагностические модели 2) препарировать опорные зубы 3) сделать анестезию 4) провести функциональные пробы
<p>20. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эстезиометра 2) гнатодинамометра 3) реографа 4) вакуумного аппарата Кулаженко
<p>21. В РАЗВИТИИ АНГУЛИТА ИГРАЮТ РОЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение высоты нижнего отдела лица (3,0-3,5 мм) 2) эндокринные нарушения 3) токсические поражения слизистой 4) термические поражения слизистой
<p>22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) рентгенологический 3) биометрический 4) краниометрический
<p>23. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анатомо-функциональный

<p>2) антропометрический метод</p> <p>3) с помощью циркуля золотого сечения</p> <p>4) на основании изучения фотографий больного</p>
<p>24. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) углубление носогубной и подбородочной складок</p> <p>2) сглаженность носогубных и подбородочной складок</p> <p>3) удлинение нижнего отдела лица</p> <p>4) потеря жевательных зубов</p>
<p>25. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ</p> <p>1) регистрации гемодинамики в области ВНЧС</p> <p>2) определения сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</p> <p>3) движения головок нижней челюсти</p> <p>4) размеров элементов ВНЧС</p>
<p>26. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) магниторезонансную томографию</p> <p>2) артрографию</p> <p>3) артроскопию</p> <p>4) ультразвуковую диагностику</p>
<p>27. В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) клинический</p> <p>2) рентгенологический</p> <p>3) биометрический</p> <p>4) изучение диагностических моделей</p>
<p>28. ДЕЛЕНИЕ СПОСОБОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ</p> <p>1) неправильное</p> <p>2) правильное</p> <p>3) правильное только в некоторых случаях</p> <p>4) правильное во всех случаях</p>
<p>29. НОРМОЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы</p> <p>2) несущественные морфологические отклонения от оптимума</p> <p>3) несущественные функциональные отклонения от оптимума</p> <p>4) полноценное пережевывание пищи</p>
<p>30. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1.5 м</p> <p>2) 2 м</p> <p>3) 1 м</p> <p>4) 2.5 м</p>
<p>31. ВМЕСТО РЕНТГЕНОВСКОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) селеновые пластины</p> <p>2) графитные пластины</p> <p>3) белая бумага</p> <p>4) сажа</p>

<p>32. МЕТОД ПОЛЯРОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) напряжение кислорода и углекислоты в тканях 2) избыток углекислоты в тканях 3) избыток кислорода в тканях 4) нарушение окислительно-восстановительных процессов в тканях
<p>33. РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метод рентгенологического исследования с применением киносъемки рентгеновского изображения 2) рентгенография на расстоянии 3) рентгенография в положении лежа 4) рентгенография сидя
<p>34. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боль и ограничение открывания рта 2) тризм жевательных мышц 3) околоушный гипергидроз 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадирующая в височно-нижнечелюстной сустав
<p>35. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгенография и компьютерная томография 2) аудиометрия 3) биохимия крови 4) электроодонтодиагностика
<p>36. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ АРТРОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) крепитацию 2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей 3) щелкающие звуки 4) неравномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
<p>37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) травматический передний двусторонний вывих 2) травматический передний односторонний вывих 3) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти 4) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти
<p>38. У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 57-75% из них 2) 70-90% из них 3) 27-67% из них 4) 15% из них
<p>39. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гемодинамики 2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области 3) движения головок нижней челюсти 4) размеров элементов ВНЧС

--

Раздел	Гнатология	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
1. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОГУТ БЫТЬ 1) щечных бугров жевательных зубов и (или) контакт клыков 2) контакт клыков и боковых резцов 3) резцов и щечных бугров премоляров 4) резцов		
2.. ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВИДА ПРИКУСА В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СМЫКАНИЕ 1) первых постоянных моляров 2) вторых постоянных моляров 3) клыков 4) боковых резцов		
3.. ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПРОИЗВОДИТ 1) артикулятор 2) окклюдатор 3) параллелометр 4) лицевая дуга		
4. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ 1) зубным, суставным, мышечным 2) лицевым, глотательным, зубным 3) язычным, мышечным, зубным 4) зубным, глотательным, лицевым		
5. ОККЛЮЗИЯ – ЭТО 1) всевозможные смыкания зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов 2) смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней 4) ортогнатический прикус		
6. РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ 1) 2,0-4,0 мм 2) 0,5-1,0 мм 3) 5,0-7,0 мм 4) 6,0-8,0 мм		
7. ЧТО ТАКОЕ «БРУКСИЗМ» 1) зубной скрежет 2) воспаление десен 3) кровоточивость десен 4) кариозные полости		
8. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ 1) нормализации функциональной окклюзии 2) снижения окклюзионной высоты		

- 3) уменьшения нагрузки на пародонт
- 4) достижения плавности движений нижней челюсти

9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) изменение конфигурации суставной щели
- 2) расширением суставной щели
- 3) нечеткими контурами головок нижней челюсти
- 4) деформацией костных элементов сустава

10. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) щелкающие звуки
- 2) крепитацию
- 3) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- 4) отсутствие суставного шума

11. ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ

- 1) съемные пластмассовые каппы
- 2) устранение деформаций зубных рядов
- 3) протезирование дефектов зубных рядов с восстановлением при необходимости межальвеолярного расстояния
- 4) накусочные пластиночные аппараты

12. ПРИЗНАК ДИСФУНКЦИИ ВНЧС

- 1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти
- 2) боли в височной области
- 3) открывание рта до 4,5—5,0 см
- 4) головная боль

13. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ И ПОДВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта
- 2) нормализация межальвеолярного расстояния при его нарушениях
- 3) протезирование полости рта
- 4) физиотерапевтическое лечение

14. ЭИОЛОГИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС

- 1) отсутствие зубов в боковом отделе
- 2) чрезмерное резцовое перекрытие
- 3) истончение головок нижней челюсти, деформация суставного бугорка
- 4) склерозирование сочлененных поверхностей

15. ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПОТЕРИ БОКОВЫХ ЗУБОВ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) дисфункция ВНЧС
- 2) кариес
- 3) уменьшение межальвеолярной высоты
- 4) функциональная перегрузка оставшихся зубов

16. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки
- 2) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула
- 3) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок
- 4) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск,

капсула, связки, мышцы
<p>17. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРОИСХОДИТ К</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 6-7 годам 2) 7-8 месяцам 3) 3-4 годам 4) 9-10 годам
<p>18. ШИРИНА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в переднем отделе – 2 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 3 мм 2) в переднем отделе – 1 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 1 мм 3) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 2 мм 4) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 3 мм
<p>19. ЗА СЧЕТ ЧЕГО ВЫРАВНИВАЕТСЯ ИНКОНГРУЭНТНОСТЬ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) капсулы и диска 2) связок и мышц 3) суставного бугорка 4) суставной головки
<p>20. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНОГО) ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разобщены на 2,0-4,0 мм 2) сомкнуты 3) разобщены на 0,5-1,0 мм 4) разобщены на 4,0-6,0 мм
<p>21. САГИТТАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Шпее (1890) 2) Бонвилль (1895) 3) Гизи (1912) 4) Астахов (1938)
<p>22. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи
<p>23. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи
<p>24. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В</p>

<p>ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>
<p>25. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>
<p>26. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТСУТСТВУЕТ У</p> <p>1) вторых премоляров 2) первых премоляров 3) первых моляров 4) вторых моляров</p>
<p>27. ЧЕМУ РАВНА ВЕЛИЧИНА ГОТИЧЕСКОГО УГЛА</p> <p>1) 100-110° 2) 50-70° 3) 17° 4) 30-40°</p>
<p>28. ТРАНСВЕРЗАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <p>1) Уилсон 2) Шпее 3) Бенетт 4) Хантер</p>
<p>30. ОСНОВНОЙ ЗУБНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ</p> <p>1) максимальное количество фиссурно-бугорковых контактов зубов-антагонистов 2) резцовые линии совпадают между собой 3) зубные ряды смыкаются по I классу Энгля 4) резцовые линии совпадают с центральной линией лица</p>
<p>31. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ УГЛА САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ</p> <p>1) 30-50° 2) 17-25° 3) 20-40° 4) 40-60°</p>
<p>32. УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ЛИНИИ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ С</p> <p>1) окклюзионной плоскостью 2) камперовской горизонталью 3) франкфуртской горизонталью 4) сагиттальной плоскостью</p>
<p>33. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ В НОРМЕ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>1) контакт клыков и щечных бугров премоляров и моляров 2) контакт резцов 3) контакты клыков и боковых резцов 4) контакт дистальных бугров вторых моляров</p>

<p>34. ДВИЖЕНИЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ ЛАТЕРАЛЬНО И ВВЕРХ ВО ВРЕМЯ БОКОВОГО ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) движение Беннета 2) движение Уилсона 3) движение Шпее 4) движение Крауля
<p>35. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от 2 до 4 мм 2) от 0 до 2 мм 3) от 4 до 6 мм 4) от 6 до 8 мм
<p>36. КАКОЙ МЕЖЗУБНОЙ КОНТАКТ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) линейный 2) точечный 3) прерывистый 4) избирательный
<p>37. НИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ У ОСНОВАНИЯ ЗАДНЕГО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) центральном соотношении челюстей 2) открытом рте 3) ортогнатическом прикусе 4) глубоком прикусе
<p>38. РЕЗЦОВЫЙ ПУТЬ ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при выдвигании ее вперед 2) движение суставной головки при открывании рта 3) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при открывании рта 4) разность расстояний между резцами нижней и верхней челюстей в центральной и передней окклюзиях
<p>39. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) РАВЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 17° 2) 11° 3) 45° 4) 100-110°
<p>40. АРТРОЗ — ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой ткани, костной и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 2) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 3) воспалением тканей сустава, обостряющемся при переохлаждении, ноющими и иррадиирующими болями 4) блокированием движений нижней челюсти, болью, хрустом и щелканием в суставе
<p>41. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АРТРИТА</p>

<p>1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти</p> <p>2) постоянные боли в суставе в покое</p> <p>3) приступообразные боли в суставе</p> <p>4) открывание рта до 4,5—5,0 см</p>
<p>42. ПРИ ПОТЕРЕ ЛЕВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ МОЖЕТ СМЕЩАТЬСЯ ВО ВТОРИЧНУЮ ВЫНУЖДЕННУЮ ОККЛЮЗИЮ</p> <p>1) назад и влево</p> <p>2) влево</p> <p>3) вправо</p> <p>4) вперед и вправо</p>
<p>41. СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС</p> <p>1) 3—6 месяцев</p> <p>2) одна неделя</p> <p>3) две недели</p> <p>4) один месяц</p>
<p>42. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ О СТРУКТУРАХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВНЧС ВОЗМОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОЗ</p> <p>1) мышечно-суставной дисфункции</p> <p>2) остеомы суставного отростка нижней челюсти</p> <p>3) артрита</p> <p>4) артроза</p>
<p>43. ПРИ ПОТЕРЕ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЛЕВАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (РАБОЧАЯ СТОРОНА) СМЕЩАЕТСЯ</p> <p>1) вперед, вниз, внутрь</p> <p>2) назад, вверх и наружу</p> <p>3) назад, вниз и внутрь</p> <p>4) вперед, вверх и наружу</p>
<p>44. ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВАНИИ ЗУБОВ</p> <p>1) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) не сошлифовывают</p> <p>2) сошлифовывают вершины всех бугорков</p> <p>3) сошлифовывают скаты всех бугорков</p> <p>4) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) сошлифовывают</p>
<p>45. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ КОНТАКТЫ</p> <p>1) щечных бугорков жевательных зубов или клыков</p> <p>2) групповые щечных бугорков жевательных зубов</p> <p>3) клыков и боковых резцов</p> <p>4) резцов и щечных бугорков премоляров</p>
<p>46. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ В ЗАДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОЗИЦИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ</p> <p>1) дистально</p> <p>2) в правую боковую окклюзию</p> <p>3) в левую боковую окклюзию</p>

4) в переднюю окклюзию
<p>47. К ГИПЕРБАЛАНСИРУЮЩИМ ОТНОСЯТ ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ</p> <p>1) на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны</p> <p>2) на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне</p> <p>3) на балансирующей стороне на рабочей стороне</p>
<p>48. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ СОШЛИФОВАНИЕ ПРОВОДЯТ В</p> <p>1) 3-4 посещения</p> <p>2) 5-6 посещений</p> <p>3) одно посещение</p> <p>4) два посещения</p>
<p>49. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ КОНТАКТЫ УСТРАНЯЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ</p> <p>1) в центральной окклюзии, центральном соотношении</p> <p>2) в правой боковой окклюзии</p> <p>3) в левой боковой окклюзии</p> <p>4) передней окклюзии</p>

Раздел	Ортопедическое лечение частичной потери зубов	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
<p>1. К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <p>1) включенный, в переднем отделе</p> <p>2) односторонний концевой</p> <p>3) двусторонний концевой</p> <p>4) двусторонний, включенный, в боковом отделе</p>		
<p>2. ПРОЦЕНТ НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА, СТРАДАЮЩЕГО ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <p>1) 75%</p> <p>2) 50%</p> <p>3) 60%</p> <p>4) 85%</p>		
<p>3. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <p>1) двусторонний концевой</p> <p>2) односторонний концевой</p> <p>3) двусторонний, включенный, в боковом отделе</p> <p>4) односторонний, включенный, в боковом отделе</p>		
<p>4. КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <p>1) односторонний концевой</p> <p>2) двусторонний концевой</p>		

<p>3) включенный, в переднем отделе 4) односторонний, включенный, в боковом отделе</p>
<p>5.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) односторонний концевой дефект 2) включенные дефекты в боковом отделе 3) двухсторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе</p>
<p>6. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой дефект 3) включенный дефект в переднем отделе 4) двухсторонний концевой дефект</p>
<p>7.КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) двухсторонний концевой дефект 2) включенный дефект в боковом отделе 3) односторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе</p>
<p>8. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТ(Ы) 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой 3) двухсторонний концевой 4) двухсторонний, включенный, в боковых отделах</p>
<p>9.ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ УДАЛЕНИЯ ЗАНИМАЮТ 1) первые моляры 2) резцы 3) вторые премоляры 4) клыки</p>
<p>10.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ 1) двусторонний концевой 2) односторонний концевой 3) двусторонний, включенный в боковом отделе 4) односторонний, включенный в боковом отделе</p>
<p>11.УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ 1) глубокий 2) открытый 3) перекрестный 4) прямой</p>
<p>12. РАЗБОРНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПОКАЗАНЫ</p>

- 1) выраженном наклоне опорных зубов
- 2) при концевых дефектах зубных рядов
- 3) больших дефектах зубных рядов
- 4) подвижности опорных зубов

13. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) касательно
- 2) седловидная форма
- 3) с промывным пространством (висячая форма)
- 4) произвольно

14. ПРОВЕРКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

- 1) паяного
- 2) любого
- 3) цельнолитого
- 4) металлокерамического

15. МАЛЫЕ СЕДЛОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИМЕЮТ В КАЧЕСТВЕ ОПОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) кламмеры и телескопические коронки
- 2) коронки
- 3) полукоронки
- 4) штифтовые зубы

16. МОДЕЛИРОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ОДНОВРЕМЕННО С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТЬЮ ШТАМПОВАННО-ПАЯНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДЛАГАЛ

- 1) Копейкин
- 2) Вебер
- 3) Пономарев
- 4) Баянов

17. УСТАНОВИТЬ СТЕПЕНЬ НАКЛОНА ОПОРНЫХ ЗУБОВ И В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОТЕЗА НАМЕТИТЬ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ НЕОБХОДИМО СОШЛИФОВАТЬ ДЛЯ СВОБОДНОГО НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА, ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) параллелометр
- 2) гнатодинамометр
- 3) аппарат Петросова
- 4) аппарат Пономарева

18. В СРЕДНЕМ ВЕЛИЧИНА ПРОМЫВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- 1) 1-1,5 мм
- 2) 0,3-0,5 мм
- 3) 0,5-0,8 мм
- 4) 0,8-1 мм

19. СПЕЦИАЛЬНЫЙ ПРИПОЙ ДЛЯ СТАЛИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ПЛАВЛЕНИЯ 800°C БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- 1) А.Г.Цитриным
- 2) В.Н. Копейкиным
- 3) В.А. Пономаревым
- 4) О.Д. Глазовым

20. ФЛЮСЫ ПРИ ПАЯНИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) для предотвращения образования оксидной пленки
- 2) для очищения спаиваемых поверхностей
- 3) для уменьшения температуры плавления припоя
- 4) для увеличения площади спаиваемых поверхностей

21. ДЛЯ ПАЙКИ КОРОНОК ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ СТАЛИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИПОЙ НА ОСНОВЕ

- 1) серебра
- 2) золота
- 3) буры
- 4) олова

22. ОСОБЕННОСТЬЮ КОМБИНИРОВАННЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие комбинированной промежуточной части
- 2) наличие опорных коронок
- 3) наличие промывного пространства
- 4) отсутствие жевательных бугров

23. ФИКСИРОВАТЬ МОСТОВИДНЫЙ КЕРАМИЧЕСКИЙ ПРОТЕЗ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ

МОЖНО

- 1) на любой срок наблюдения за больным
- 2) если у больного нет бруксизма
- 3) не более чем на 5-7 месяцев
- 4) нельзя

24. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ

ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

- 1) не касается
- 2) касается по всей поверхности
- 3) касается в двух точках
- 4) касается в одной точке

25. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

- 1) промывная
- 2) касательная
- 3) седловидная
- 4) может быть любой

25.. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

<p>1) касательная 2) промывная 3) седловидная 4) может быть любой</p>
<p>26.ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА С ОДНОСТОРОННЕЙ ОПОРОЙ ИМЕЮТСЯ НЕДОСТАТКИ</p> <p>1) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов 2) необходимость депульпирования опорных зубов 3) препарирование большого количества опорных зубов 4) неудовлетворительное эстетическое качество</p>
<p>27.«МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ» ВКУС В ПОЛОСТИ РТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ШТАМПОВАННО-ПАЯННЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ИЗ-ЗА</p> <p>1) наличия в припое цинка, меди, кадмия 2) нитрид-титанового покрытия протеза 3) наличия гингивита у пациента 4) заболевания печени</p>
<p>28.СКОЛЫ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ</p> <p>1) у пациентов с парафункциями жевательных мышц 2) зубов с низкими клиническими коронками 3) при большой протяженности мостовидного протеза 4) пациентов молодого возраста</p>
<p>29. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРАМИ НА ДЕПУЛЬПИРОВАННЫЕ ЗУБЫ</p> <p>1) периодонтит 2) отлом культи зуба 3) расцементировка коронки 4) пульпит</p>
<p>30.ТОЛЩИНА ДУГИ В ДУГОВОМ ПРОТЕЗЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНА</p> <p>1) 2,0—2,5мм 2) 0,5—1,0мм 3) 1,0—1,5мм 4) 1,5—2,0мм</p>
<p>31.ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА ДЛЯ КРЕПЛЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) не менее 2/3 от общей длины седловидной части протеза 2) 4,0 мм 3) 5,0 мм 4) не менее 1/3 от общей длины седловидной части протеза</p>
<p>32. ОТНОШЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТВЕРДОГО НЕБА</p>

<p>1) не касается на 0,5–1,0 мм 2) касается 3) не касается на 1,0–1,5 мм 4) не касается на 1,5–2,0 мм</p>
<p>33. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <p>1) 1,5 мм 2) 1,0 мм 3) 0,2 мм 4) 0,5 мм</p>
<p>34. ТИП АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ПО ЭЛЬБРЕХТУ), ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖЕН ДИСТАЛЬНЫЙ СДВИГ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) втором 2) первом 3) третьем 4) четвертом</p>
<p>35. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ ЗУБЫ, НА КОТОРЫХ РАСПОЛАГАЮТСЯ КЛАММЕРЫ</p> <p>1) кламмерная 2) диагональная 3) разделительная (межевая) 4) экваторная</p>
<p>36. ЧАСТЬ ПЛЕЧА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ПРЕПЯТСТВУЮЩАЯ ВЕРТИКАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЯМ ПРОТЕЗА, РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в ретенционной зоне 2) в зоне поднутрения 3) в окклюзионной зоне 4) в кламмерной зоне</p>
<p>37. НА ОДИНОЧНО СТОЯЩИЙ МОЛЯР ПРИМЕНЯЮТ КЛАММЕР</p> <p>1) кольцевидный 2) Аккера 3) Роуча 4) Бонвиля</p>
<p>38. В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ НАКЛОНЕ ПРЕМОЛЯРОВ В ОРАЛЬНУЮ ИЛИ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ СТОРОНУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <p>1) Ней 3 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2</p>

<p>39. КОЛИЧЕСТВО ВИДОВ КЛАММЕРОВ СИСТЕМЫ НЕЯ РАВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пяти 2) семи 3) девяти 4) десяти
<p>40.ОПОРНАЯ ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоне 2) в зоне поднутрения 3) ретенционной зоне 4) кламмерной зоне
<p>41. ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) между экватором коронки зуба и краем десны 2) между экватором и жевательной поверхностью коронки зуба 3) на экваторе зуба 4) на жевательной поверхности зуба
<p>42. ПРИ НАНЕСЕНИИ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифт-грифель 2) штифт-нож 3) штифт-анализатор 4) измеритель глубины поднутрения (ретентоскоп)
<p>43. ПРИБОР ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометр 2) гнатодинамометр 3) осциллограф 4) эстеziометр <p>44. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разделительная (межевая) линия 2) продольная ось зуба 3) линия анатомического экватора 4) линия вертикали
<p>45. ЧАСТЬ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННАЯ МЕЖДУ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоной 2) зоной поднутрения

<p>3) ретенционной зоной 4) кламмерной зоной</p>
<p>46. ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none">1) из базисного воска2) из липкого воска3) моделировочного воска4) из бюгельного воска
<p>47. ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И АНАЛИЗИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none">1) зоной поднутрения2) окклюзионной зоной3) ретенционной зоной4) кламмерной зоной
<p>48. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДУБЛИРОВАНИЯ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none">1) гидроколлоидные2) альгинатные3) силиконовые4) цинкоксидэвгеноловые
<p>49. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none">1) кобальто-хромовый сплав2) нержавеющей сталь3) сплав золота4) серебряно-палладиевый сплав
<p>50. ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ СЪЕМНОГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none">1) параллелометра2) гнатодинамометра3) реографа4) осциллографа
<p>51. ВЫСОКУЮ ТОЧНОСТЬ КАРКАСАМ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none">1) цельная отливка всего каркаса протеза2) спаивание элементов протеза3) смешанный метод их изготовления:4) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмеров
<p>52. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ПЕРЕД ЕЕ ДУБЛИРОВАНИЕМ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none">1) изолировать зоны поднутрений на зубах и альвеолярных отростках2) обрезать цоколь модели3) пропитать водой

4) удалить линии, нанесенные на цоколе модели
<p>53. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бюгелит 2) этилсиликат 3) аурит 4) силамин
<p>54. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ БОЛЬШОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА И ВЫРАЖЕННОМ ТОРУСЕ ТВЕРДОГО НЕБА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окончатая 2) решетчатая 3) подковообразная 4) полная небная пластинка
<p>55. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ГЛУБОКОМ ТРАВМИРУЮЩЕМ ПРИКУСЕ И ВКЛЮЧЕННОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подковообразная 2) решетчатая 3) полная небная пластинка 4) поперечная небная пластинка
<p>56. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПОТЕРИ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поперечная небная пластинка 2) полная небная пластинка 3) подковообразная 4) решетчатая
<p>57. ФУНКЦИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распределение жевательной нагрузки 2) удержание протеза 3) шинирование зубов 4) непрямая фиксация протеза
<p>58. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ КОНЧИКА ФИКСИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШТАТНОГО СТЕРЖНЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измерителя глубины поднутрения (степени ретенции) 2) аналитического 3) графитового 4) указательного
<p>59. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) явка на следующий день после наложения протеза, даже если он не будет вызывать неудобств 2) явка на контрольный осмотр через 2 дня 3) явка на контрольный осмотр через 3 дня 4) если пациенту при пользовании протезом не будет больно, то являться необязательно.
<p>60. ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК</p>

<p>1) верхней челюсти и нижней челюсти вместе с протезом</p> <p>2) обеих челюстей без протеза</p> <p>3) нижней челюсти без протеза</p> <p>4) нижней челюсти вместе с протезом</p>
<p>61. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) выяснение жалоб больного</p> <p>2) проверка фиксации протеза</p> <p>3) проверка центральной окклюзии</p> <p>4) проверка боковых и передней окклюзий</p>
<p>62. ПРОВЕРКУ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p> <p>1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе)</p> <p>2) определения высоты нижнего отдела лица</p> <p>3) введения восковой конструкции в рот</p> <p>4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного</p>
<p>63. ПРИ МАЦЕРАЦИИ КОЖИ УГЛОВ РТА БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ ПРОТЕЗОМ С ЗУБАМИ</p> <p>1) фарфоровыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица</p> <p>2) пластмассовыми</p> <p>3) фарфоровыми</p> <p>4) пластмассовыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица</p>
<p>64. КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ</p> <p>1) на 2/3 длины седла</p> <p>2) на 1/3 длины седла</p> <p>3) на 1/2 длины седла</p> <p>4) на всю длину седла</p>
<p>65. «МРАМОРНОСТЬ» ПЛАСТМАССОВОГО БАЗИСА ПРОТЕЗА ПОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) при несоблюдении технологии замешивания пластмассы</p> <p>2) при истечении срока годности мономера</p> <p>3) при истечении срока годности полимера</p> <p>4) при нарушении температурного режима полимеризации</p>
<p>66. ПРИ НЕИЗБЕЖНОСТИ КОНТАКТА БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОРАЖЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>1) съемный протез с пластмассовым базисом, покрытым серебром</p> <p>2) съемный протез с металлическим базисом</p> <p>3) съемный протез с двухслойным базисом</p> <p>4) дуговой протез</p>
<p>67. ПЛОТНОСТЬ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА КОНТРОЛИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>1) шпателя</p> <p>2) разговорной пробы</p> <p>3) базисного воска</p> <p>4) силиконового ключа</p>
<p>68. ФИКСАЦИЮ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ОДНОСТОРОННЕГО КОНЦЕВОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НИЗКИХ КЛИНИЧЕСКИХ КОРОНКАХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ</p> <p>1) <i>кляммером Бонвиля</i></p>

- 2) телескопические коронки
- 3) кламмером Аккера
- 4) кламмером четвертого типа Нея

69. ИЗМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ДУГИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) выраженным торусом твердого неба
- 2) желанием больного
- 3) формой твердого неба
- 4) топографией дефектов зубного ряда

70. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ШИНИРУЮЩЕГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ

- 1) кламмер Бонвиля
- 2) кламмер Аккера
- 3) кламмер Роуча
- 4) телескопическую коронку

71. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ БАЛОЧНУЮ СИСТЕМУ КРЕПЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ШИНИРУЮЩИХ ПРОТЕЗОВ

- 1) включенные дефекты зубной дуги
- 2) молодой возраст пациентов
- 3) заболевания пародонта
- 4) высокие клинические коронки

72. АТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ

- 1) в виде петли, обращенной к десневому краю или жевательной поверхности
- 2) срединное
- 3) диагональное
- 4) в виде прямой линии

73. ТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1) в виде прямой линии
- 2) в виде петли, обращенной к контактной поверхности
- 3) низкое
- 4) волнообразная

74. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

75. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ПРИ ПОДГОТОВКЕ ГИПСОВОЙ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ГИПС СНИМАЮТ

- 1) по краям лунок, слегка их закругляя
- 2) с вестибулярной стороны альвеолярных частей
- 3) оральной стороны альвеолярных частей
- 4) вестибулярной и оральной сторон альвеолярных частей

76. КОНСТРУКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ЛИТЬЯ СЛОЖНЫХ КОНСТРУКЦИЙ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

- 1) материал для огнеупорных моделей

<ul style="list-style-type: none"> 2) медицинского гипса 3) супергипса 4) фосфатцемента
<p>77. ПРИ НИЗКИХ КОНВЕРГИРОВАННЫХ МОЛЯРАХ В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Ней 5 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2
<p>78. ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОТТИСКОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ВАЖНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба 2) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов 3) точность отображения переходной складки 4) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
<p>79. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ДОПУСТИМО ПРИ ПОТЕРЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) от одного до четырех резцов 2) клыка 3) премоляров 4) двух премоляров и одного моляра
<p>80. ПРИ ОТСУТСТВИИ ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мостовидным протезом с опорой на премоляр и моляр, искусственной коронкой с опорой на имплантат 2) съемным пластиночным протезом 3) несъемным протезом с односторонней опорой на моляре 4) несъемным протезом с односторонней опорой на премоляре
<p>81. ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ НЕСЪЕМНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) безэвгенольные цементы для временной фиксации 2) цинкоксидэвгеноловую пасту (типа «Репин») 3) водный дентин 4) цемент «Унифас»
<p>82. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) каркас дугового протеза 2) седло с искусственными зубами 3) опорно-удерживающий кламмер 4) многозвеньевой кламмер
<p>83. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) около 1,5 мм 2) 0 мм

<p>3) 0,2 мм 4) 0,5 мм</p>
<p>84. УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</p> <p>1) глубокий 2) открытый 3) глубокое резцовое перекрытие 4) перекрестный</p>
<p>85. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) касательно 2) в виде седла 3) с промывным пространством (висячая форма) 4) произвольно</p>
<p>86. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) паяного 2) любого 3) цельнолитого 4) металлокерамического</p>
<p>87. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров и на зубном бугорке клыка 2) в области шейки зуба 3) на режущем крае зуба 4) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров</p>
<p>88. ПРИ ОДНОСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>1) кламмер Бонвиля или телескопическую коронку 2) кламмер Нея №1 3) кламмер Нея №2 4) кламмер кольцевидный</p>
<p>89. ВИДЫ НЕПРЯМОЙ ФИКСАЦИИ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) отросток с накладкой на оральную поверхность передних зубов 2) кольцевой кламмер и плечо Бонихарда 3) многозвеньевые кламмеры (накладки) 4) когтевидные (амбразурные) отростки</p>
<p>90. ОБЩАЯ ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ПО КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ, НАЗЫВАЕТСЯ ЛИНИЕЙ</p>

1) разделительной (межевой) 2) поднутрения 3) обзора 4) анатомического экватора зуба
91. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК ПРЕДЛОЖЕН 1) Шротом 2) Бонвилем 3) Фошаром 4) Гизи

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Ортопедическое лечение полной потери зубов	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
1. УГОЛ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ	
1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется 4) деформируется	
2. ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА	
1) язычной поверхности альвеолярной части 2) на вестибулярной поверхности 3) гребня альвеолярной части 4) язычной поверхности альвеолярного отростка	
3. ПЕРВЫЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
1) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 3) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 4) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах	
4. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
1) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 2) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 3) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах 4) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское твердое небо, широкий торус	
5. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
1) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти,	

<p>резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское твердое небо, широкий торус</p> <p>2) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие</p> <p>3) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус</p> <p>4) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня</p>
<p>6. ВТОРОЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) слизистая оболочка атрофирована, слизистая оболочка покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>2) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>
<p>7. ТРЕТИЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>2) слизистая оболочка атрофирована, покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>
<p>8. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ НАГРУЗКУ НА ОТДЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) дифференцированным функциональным</p> <p>2) анатомическим</p> <p>3) разгружающим</p> <p>4) функциональным</p>
<p>9. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) 1,5—2,0 мм</p> <p>2) примерно 1,0 мм</p> <p>3) 1,0-1,5 мм</p> <p>4) 2,0-3,0 мм</p>
<p>10. РАЗГРУЖАЮЩИЙ ОТТИСК С БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ</p> <p>1) «болтающемся» мягком гребне альвеолярного отростка</p> <p>2) при снижении высоты нижнего отдела лица</p> <p>3) при резкой атрофии альвеолярных частей</p> <p>4) при повышенной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа</p>
<p>11. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРАНИЦУ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ САВВИДИ</p> <p>1) проходит за буграми верхней челюсти</p> <p>2) проходит до бугров верхней челюсти</p> <p>3) перекрывает слепые отверстия на 3-5 мм</p> <p>4) не доходит до небных ямок</p>
<p>12. ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ГЕРБСТ</p>

<p>РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четыре 2) пять 3) три 4) две
<p>13. ПАССИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врача-стоматолога ортопеда 2) самого пациента 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры
<p>14. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКА В СТОРОНУ ЩЕКИ ПРИ ПОЛУЗАКРЫТОМ РТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подъязычный край ложки на 1 см от средней линии 2) зона челюстно-подъязычной линии 3) зона между клыками 4) область нижнечелюстных бугорков
<p>15. АКТИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самого пациента 2) врача-стоматолога ортопеда 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры
<p>16. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКОМ ПО КРАСНОЙ КАЙМЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зона челюстно-подъязычной линии 2) по средней линии с язычной стороны 3) область клыков по вестибулярному краю 4) подъязычный край ложки в зоне 1 см от средней линии
<p>17. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ СМЕЩЕНИИ ЛОЖКИ ВО ВРЕМЯ ГЛОТАНИЯ И ШИРОКОГО ОТКРЫВАНИЯ РТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) область клыков; от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии с язычного края и до второго моляра с вестибулярной стороны 2) подъязычная область по средней линии 3) от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии 4) от нижнечелюстного бугорка до второго моляра с вестибулярной поверхности и до челюстно-подъязычной линии с язычной стороны
<p>18. ПРИ КАКИХ ТИПАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОМПРЕССИОННЫЙ ВИД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при первом типе атрофии челюсти по Оксману слизистая оболочка протезного ложа соответствует I классу по Суппле 2) слизистая оболочка протезного ложа верхней челюсти соответствует I классу по Суппле, по средней линии неба расположен сильно выраженный торус 3) слизистая оболочка протезного ложа соответствует II классу Суппле 4) при хорошо выраженной костной основе альвеолярной части в боковых отделах в передней
<p>19. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением

<p>2) прикусывание слизистой щек 3) углубление естественных складок лица 4) заедание щек</p>
<p>20. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи, быстрая утомляемость жевательных мышц 2) укорочение верхней губы 3) опущение углов рта 4) углубление носогубных складок</p>
<p>21. ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДИКИ ВНУТРИРОТОВОГО ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВАЛИКОВ ПО МЕТОДУ КАТЦА-ГЕЛЬФАНДА</p> <p>1) индивидуальное оформление окклюзионных валиков 2) точная запись сагиттального суставного пути 3) точная запись резцового сагиттального пути 4) возможность точного определения центрального положения нижней челюсти</p>
<p>22. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p> <p>1) Васильев 2) Рубинов 3) Гельман 4) Гизи</p>
<p>23. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм</p>
<p>24. ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СФЕРИЧЕСКОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) выраженное прогеническое соотношение челюстей 2) глубокий прикус 3) перекрестный прикус 4) значительное обнажение альвеолярного отростка при улыбке</p>
<p>25. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) резцовый сосочек 2) большая небная складка 3) срединная линия 4) линия, проходящая через крыло носа</p>
<p>26. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) наружный край большой небной складки 2) внутренний край большой небной складки 3) резцовый сосочек 4) линия, проходящая через углы рта</p>
<p>27. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОВЕРКИ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) проверка постановки зубов в артикуляторе или окклюдаторе</p>

<p>2) проверка гипсовых моделей челюстей</p> <p>3) проверка воскового шаблона с зубами в полости рта</p> <p>4) визуальный осмотр восковой конструкции протеза</p>
<p>28. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ СОСТОИТ ИЗ</p> <p>1) пяти этапов</p> <p>2) двух этапов</p> <p>3) трех этапов</p> <p>4) четырех этапов</p>
<p>29. ПЕРЕКРЕСТНАЯ ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ</p> <p>1) мезиальном прикусе</p> <p>2) прямом соотношении беззубых челюстей</p> <p>3) перекрестном соотношении беззубых челюстей</p> <p>4) глубоком прикусе</p>
<p>30. РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ, СТАЧИВАНИЕ ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ МИНИМАЛЬНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ВЕРХНИМИ И РАСШИРЕНИЕ БОРОЗДОК МЕЖДУ ЩЕЧНЫМИ БУГРАМИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ</p> <p>1) прямом соотношении беззубых челюстей</p> <p>2) перекрестном соотношении беззубых челюстей</p> <p>3) мезиальном соотношении беззубых челюстей</p> <p>4) дистальном соотношении беззубых челюстей</p>
<p>31. ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ ПОСТАНОВКУ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) верхнюю зубную дугу укорачивают на один второй премоляр</p> <p>2) ставят только по одному премоляру на нижней челюсти вместо двух</p> <p>3) ставят зубы в разной окклюзии</p> <p>4) создают минимальное перекрытие верхними зубами нижних</p>
<p>32. ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРАВИЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ КОНТРОЛИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>1) разговорной пробы</p> <p>2) шпателя</p> <p>3) микрометра</p> <p>4) субъективных ощущений пациента</p>
<p>33. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВЫХ МОДЕЛЕЙ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОБНАРУЖЕНЫ ЩЕЛЬ МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ И БЕСПОРЯДОЧНЫЙ КОНТАКТ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ, ТО СЛЕДУЕТ КОНСТАТИРОВАТЬ, ЧТО БЫЛА ЗАФИКСИРОВАНА</p> <p>1) передняя окклюзия</p> <p>2) боковая окклюзия</p> <p>3) прикусной шаблон опрокинулся при смыкании</p> <p>4) произошла деформация воскового шаблона при определении центрального соотношения челюстей</p>
<p>34. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРОТЕЗА ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ПРОИЗОШЛА ОШИБКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ТО ПОСТУПАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) удаляют зубы с нижнего воскового базиса и заново определяет центральное соотношение</p> <p>3) удаляют зубы с верхнего воскового базиса</p> <p>4) удаляют зубы как с верхнего, так и с нижнего восковых базисов,</p> <p>5) никаких изменений в этом случае не проводят</p>

<p>35. ПРИПАСОВКУ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химического карандаша, копировальной бумаги 2) химического карандаша 3) гипса 4) копировальной бумаги
<p>36. ЭТАП ПРИПАСОВКИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с оценки качества изготовления пластмассового базиса с искусственными зубами 2) с определения высоты нижнего отдела лица 3) с оценки качества изготовленной гипсовой модели в окклюдаторе 4) с оценки границ протеза в полости рта
<p>37. ПРОВЕРКУ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе) 2) определения высоты нижнего отдела лица 3) введения восковой конструкции в рот 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного
<p>38. НА КАЧЕСТВО ФИКСАЦИИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) челюстно-подъязычная 2) подбородочная 3) опускающие угол рта 4) наружная крыловидная
<p>39. БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА, ПРОТЕЗИРУЕТСЯ ВПЕРВЫЕ. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОБЕ ЧЕЛЮСТИ ИСПЫТЫВАЕТ БОЛИ. БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ ПРИ ОСМОТРЕ И ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖИТЬ НЕ УДАЕТСЯ. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) использовать методику выявления зон повышенного давления базиса на слизистую оболочку и провести коррекцию протеза 2) объяснить больному наличие болевых ощущений явлениями адаптации к протезам и пригласить на повторный прием через несколько дней 3) убедить больного в неизбежности таких явлений, которые со временем исчезают и не требуют коррекции протеза из-за отсутствия видимых изменений слизистой оболочки под протезами 4) провести коррекцию артикуляции зубных рядов копировальной бумагой,
<p>40. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врачом в полости рта 2) зубным техником на модели 3) врачом на модели 4) врачом сначала на модели и затем в полости рта
<p>41. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТМЕЧАЕТСЯ СГЛАЖЕННОСТЬ НОСО-ГУБНЫХ И ПОДБОРОДОЧНОЙ СКАДОК, СТУК ЗУБОВ. ЭТО ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышением высоты прикуса 2) снижением высоты прикуса 3) центральной окклюзией 4) боковой окклюзией
<p>42. ПРИ НАЛОЖЕНИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖЕНИЕ ОШИБОК, ПРОПУЩЕННЫХ ВРАЧОМ ПРИ ПРОВЕРКЕ</p>

<p>ВОСКОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение или увеличение межальвеолярного расстояния, балансирование протеза 2) зафиксированные боковая или передняя окклюзии 3) несоответствие протеза границам протезного ложа 5) восстановление дикции
<p>43. КОГДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на следующие сутки 2) не следует назначать 3) через 3 дня 4) через неделю
<p>44. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭЛАСТИЧНОЙ ПОДКЛАДКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышенной чувствительности тканей протезного ложа к давлению 2) временные лечебные и непосредственные полные съемные протезы 3) при резкой атрофии альвеолярных частей 4) ксеростомии
<p>45. НАЗОВИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПО УХОДУ ЗА ПРОТЕЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) чистить после каждого приема пищи 2) чистить один раз в день 3) хранить в баночке с физиологическим раствором 4) обрабатывать спиртом раз в день
<p>46. СРЕДНИЙ СРОК СЛУЖБЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 – 5 лет 2) 1,5 – 3 года 3) 1 – 1,5 года 4) 5 - 10 лет
<p>47. НЕГАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) декубитальная язва 2) парниковый эффект 3) эффект медицинской кровососной банки 4) аллергические стоматиты
<p>48. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ТОКСИЧЕСКОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химические и бактериальные 2) аллергические 3) травматические 4) парниковый эффект
<p>49. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА. ЖАЛОБЫ ОТСУТСТВУЮТ. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЕНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ И НЕСООТВЕТСТВИЕ БАЗИСА ПРОТЕЗА ТКАНЯМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА. КАКАЯ ВАША ТАКТИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переделать протез 2) отпустить пациента 3) перебазировать протез 4) использовать старый протез в качестве индивидуальной ложки при изготовлении нового
<p>50. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА.</p>

<p>ЖАЛОБЫ НА БАЛАНСИРОВАНИЕ ПРОТЕЗА, ДИСКОМФОРТ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ. ВАША ТАКТИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переделать протез или перебазировать его 2) отпустить пациента 3) использовать старый протез в качестве индивидуально ложки при изготовлении нового 4) предложить использовать средства для улучшения фиксации протеза
<p>51. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРНИКОВОГО ЭФФЕКТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение терморегуляции слизистой оболочки под базисом и малая теплопроводность материала, из которого сделан протез 2) аллергические свойства пластмассы 3) наличие избыточного давления протеза на слизистую оболочку 4) неправильный уход за протезом
<p>52. ПРИЧИНЫ ЗАМЕНЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ускоренные процессы атрофия костной ткани, снижение жевательной эффективности 2) замедленные процессы атрофия костной ткани 3) особенности материала из которого сделан протез 4) часто неправильный уход (или его отсутствие) пациента за протезом
<p>53. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выяснение жалоб больного 2) проверка фиксации протеза 3) проверка центральной окклюзии 4) проверка боковых и передней окклюзий
<p>54. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБУЮ ЧЕЛЮСТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1,5—2,0 мм 2) примерно 1,0 мм 3) 1,0-1,5 мм 4) 2,0-3,0 мм
<p>55. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластмассы холодной полимеризации, светоотверждаемые пластмассы 2) эластичные пластмассы 3) компомеры <p>нейлон</p>
<p>56. К БИОМЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) крепление протезов при помощи внутрикостных имплантатов 2) утяжеление протезов 3) использование магнитов <p>присасывающие камеры</p>
<p>57. К БИОФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) создание краевого замыкающего клапана 2) утяжеление протеза 3) анатомическая ретенция 4) применение поднадкостничных магнитов
<p>58. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p>

<p>1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением</p> <p>2) прикусывание слизистой щек</p> <p>3) углубление естественных складок лица</p> <p>4) заедание щек</p>
<p>59. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ</p> <p>1) анатомо-функциональный</p> <p>2) антропометрический метод</p> <p>3) с помощью циркуля золотого сечения</p> <p>4) на основании изучения фотографий больного</p>
<p>60. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ (ОККЛЮЗИОННОЙ) ПЛОСКОСТИ ВЕРХНЕГО ПРИКУСНОГО ШАБЛОНА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ СЛУЖИТ</p> <p>1) зрачковая линия</p> <p>2) носоушная линия и линия улыбки</p> <p>3) носоушная линия</p> <p>4) поверхность нижнего валика</p>
<p>61. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) сглаженность носогубных и подбородочной складок</p> <p>2) углубление носогубной складки</p> <p>3) удлинение нижнего отдела лица</p> <p>4) потеря жевательных зубов</p>
<p>62. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи и быстрая утомляемость жевательных мышц</p> <p>2) укорочение верхней губы</p> <p>3) опущение углов рта</p> <p>4) углубление носогубных складок</p>
<p>63. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ФОРМОЙ ЛИЦА БЫЛА УСТАНОВЛЕНА</p> <p>1) Вильямсом</p> <p>2) Шпее</p> <p>3) Нельсоном</p> <p>4) Гизи</p>
<p>64. ПО СПОСОБУ КРЕПЛЕНИЯ К БАЗИСУ ПРОТЕЗА ИСКУССТВЕННЫЕ ФАРФОРОВЫЕ ЗУБЫ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>1) диаторические</p> <p>2) на приточке</p> <p>3) на искусственной десне</p> <p>4) трубчатые</p>
<p>65. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p> <p>1) Васильев</p> <p>2) Рубинов</p> <p>3) Гельман</p> <p>4) Гизи</p>

<p>66. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм
<p>67. ЗАГЛАЖИВАНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ В ОБЛАСТИ УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ СО СНЯТИЕМ ГИПСА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в переднем участке верхней челюсти 2) переднем участке нижней челюсти 3) боковых отделах верхней челюсти 4) боковых отделах нижней челюсти
<p>68. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ, КАКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЧИТАЕТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на первые сутки 2) на первые-вторые сутки 3) в первую неделю 4) в первый месяц

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Болезни пародонта	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
<p>1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ ПАРОДОНТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) гноетечение и пародонтальные карманы 6) клиновидные дефекты 7) стираемость зубов 8) повышенная стираемость зубов 	
<p>2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствии атрофии лунки или атрофии лунки на ¼ 2) атрофии лунки на 1/2 3) атрофии лунки на 3/4 4) атрофии лунки более чем на 3/4 	
<p>3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствии атрофии лунки или атрофии лунки на ¼ 2) атрофии лунки на 1/2 3) атрофии лунки на 3/4 4) атрофии лунки более чем на 3/4 <p>определяется в области сохранившихся зубов</p>	
<p>4. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) локализованный 	

- 2) генерализованный
- 3) частичный
- 4) разлитой

5. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ

- 1) генерализованный
- 2) локализованный
- 3) частичный
- 4) разлитой

6. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ЗУБОВ, НЕОБЫЧНАЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ, ВОЗНИКАЕТ

- 1) при деформации окклюзионной поверхности
- 2) при «беспищевом» жевании,
- 3) при откусывании жесткой пищи,
- 4) при спазме жевательной мускулатуры,

7. ПОЯВЛЕНИЕ КАКОГО СИМПТОМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ

- 1) патологическая подвижность зубов
- 2) повышенная стираемость
- 3) неизменная слизистая оболочка
- 4) гипертрофия альвеолярного отростка

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОМПЕНСАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) усиление рисунка кости альвеолярной части
- 2) наличие очагов остеопороза
- 3) симптом чаши
- 4) деформация корня

9. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВРЕМЕННАЯ ШИНА ДОЛЖНА ОБЕСПЕЧИТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ

- 1) по дуге
- 2) переднюю
- 3) сагиттальную
- 4) парасагиттальную

10. МЕТОД ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) в начальной стадии пародонтита
- 2) начальной стадии пародонтоза
- 3) развившейся стадии пародонтита при подвижности зубов II — III степени
- 4) атрофии лунок более чем на 1/2

11. ВРЕМЕННАЯ ПЛАСТМАССОВАЯ ШИНА С ОРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ ДОЛЖНА

- 1) не доходить до десневого края
- 2) доходить до десневого края
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- 4) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм

12. ИНТЕРДЕНТАЛЬНАЯ ШИНА КОПЕЙКИНА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛИЗАЦИЮ

1. по дуге
2. переднюю
3. сагиттальную
4. передне-боковую

13. ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

- 1) терапевтическое
- 2) физиотерапевтическое
- 3) ортопедическое
- 4) хирургическое

14. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

- 1) не требуется
- 2) требуется
- 3) остро необходимо
- 4) возможно после временного шинирования

15. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВЫВАНИИ ЗУБОВ

- 1) гиперестезия и снижение межальвеолярной высоты
- 2) кариес
- 3) периодонтит
- 4) ортодонтический эффект перемещения зубов

16. МЕТОД ИЗБИРАТЕЛЬНОГО СОШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СОШЛИФОВЫВАНИЕ

- 1) защитных бугров и углубление фиссур
- 2) вершин опорных бугров
- 3) скатов бугров
- 4) все перечисленные ответы верны

17. ВРЕМЕННОЕ ШИНИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) симптоматическим лечением пародонтита
- 2) этиологическим лечением пародонтита
- 3) патогенетическим лечением пародонтита
- 4) комплексным лечением пародонтоза

18. ВРЕМЕННАЯ ПЛАСТМАССОВАЯ ШИНА С ОРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ ДОЛЖНА

- 1) не доходить до десневого края
- 2) доходить до десневого края
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- 4) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм

19. НТЕРДЕНТАЛЬНАЯ ШИНА КОПЕЙКИНА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛИЗАЦИЮ

- 1) по дуге
- 2) переднюю
- 3) сагиттальную
- 4) передне-боковую

20. МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ОДНОЙ СТОРОНЕ ЗУБНОГО РЯДА

- 1) сагиттальная стабилизация и передне-боковая стабилизация
- 2) передняя стабилизация
- 3) парасагиттальная стабилизация
- 4) стабилизация по дуге

21. МЕТОД СТАБИЛИЗАЦИИ ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ОБЕИХ СТОРОНАХ ЗУБНОГО РЯДА

- 1) парасагиттальная стабилизация

- 2) передняя стабилизация
- 3) сагиттальная стабилизация
- 4) передне-боковая стабилизация

22. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ВРЕМЕННОЙ ШИНЫ-КАППЫ ПОВЫШЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ НА 2 ММ

- 1) возможно
- 2) недопустимо
- 3) желательно
- 4) будет обязательно

23. ИЗГОТОВЛЕНИЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ (ОЧАГОВОМ) ПАРОДОНТИТЕ ПОКАЗАНО

- 1) легкой степени тяжести
- 2) при начальной стадии
- 3) средней степени тяжести
- 4) тяжелой степени

24. ИЗГОТОВЛЕНИЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ (ОЧАГОВОМ) ПАРОДОНТИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) тяжелой степени
- 2) при начальной стадии
- 3) легкой степени тяжести
- 4) средней степени тяжести

25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА НЕСЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) атрофии лунки на 1/4
- 2) атрофии лунки на 1/2
- 3) атрофии лунки на 3/4
- 4) атрофии лунки более чем на 3/4.

26. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) атрофии лунки на 1/2 и более
- 2) при отсутствии атрофии лунки
- 3) атрофии лунки на 1/4
- 4) атрофии лунки на 3/4

27. НЕСЪЕМНЫЕ ШИНЫ-ПРОТЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО (ОЧАГОВОГО) ПАРОДОНТИТА

- 1) легкой степени тяжести
- 2) начальной стадии
- 3) средней степени тяжести
- 4) тяжелой степени

28. СЪЕМНЫМИ ШИНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТЕЗЫ

- 1) с металлическим базисом
- 2) мостовидные
- 3) дуговые
- 4) пластиночные

29. ЭЛЕМЕНТЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ШИНИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА

- 1) шинирующие элементы (непрерывный многозвеньевой кламмер, когтевидные отростки)

<p>2) дуга 3) опорно-удерживающие кламмеры 4) базис с искусственными зубами</p>
<p>30. КАКОЙ ВИД СТАБИЛИЗАЦИИ БУДЕТ ПРИСУТСТВОВАТЬ В БУДУЩЕМ ПРОТЕЗЕ ПРИ СОХРАНИВШИХСЯ ТОЛЬКО ПЕРЕДНИХ ЗУБАХ</p> <p>1) фронтально-сагиттальная 2) сагиттальная 3) фронтальная 4) диагональная</p>
<p>31. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) подвижность зубов III степени 2) резкое расширение периодонтальной щели 3) частое абсцедирование 4) ИРОПЗ, по Миликевичу, 0,8 при интактном пародонте</p>
<p>32. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ВРЕМЕННАЯ ШИНА ДОЛЖНА ОБЕСПЕЧИТЬ СТАБИЛИЗАЦИЮ</p> <p>1) переднюю 2) по дуге 3) сагиттальную 4) парасагиттальную</p>
<p>33. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ НЕСЪЕМНЫХ ШИН-ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) воспалительные процессы в периапикальных тканях 2) концевые дефекты 3) отсутствие резервных сил у пародонта опорных зубов 4) дефекты твердых тканей зубов</p>
<p>34. ВРЕМЕННАЯ ПЛАСТМАССОВАЯ ШИНА С ОРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ ДОЛЖНА</p> <p>1) не доходить до десневого края 2) доходить до десневого края 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм 4) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм</p>
<p>35. ВРЕМЕННОЕ ШИНИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) симптоматическим лечением пародонтита 2) этиологическим лечением пародонтита 3) патогенетическим лечением пародонтита 4) патогенетическим лечением пародонтоза</p>
<p>36. ВРЕМЕННАЯ ПЛАСТМАССОВАЯ ШИНА С ОРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ ДОЛЖНА</p> <p>1) не доходить до десневого края 2) доходить до десневого края 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм 4) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм</p>
<p>37. К ВРЕМЕННЫМ ШИНАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) капповая шина из пластмассы 2) шина Мамлока 3) шина Эльбрехта</p>

4) шина Шпренга
38. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ НЕСЪЕМНЫХ ШИН-ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ
1) воспалительные процессы в периапикальных тканях
2) концевые дефекты
3) отсутствие резервных сил у пародонта опорных зубов
4) дефекты твердых тканей зубов

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Патологическая стираемость	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
1. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕЖЕВОЙ ЛИНИИ БУДЕТ НА ЗУБАХ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ	
1) срединное или в виде прямой линии	
2) диагональное	
3) в виде петли, обращенной к десневому краю или жевательной поверхности	
4) волнообразная	

Раздел Челюстно-лицевое протезирование	УК – 1, ОПК – 5, ПК – 6, ПК – 7
1. ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ МИКРОСТОМИИ ВЫБОР МЕТОДА ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКА ЗАВИСИТ ОТ	
1) величины сужения ротовой щели	
2) выбора пациентом оттискной массы	
3) выбора будущей ортопедической конструкции	
4) наличия различных оттискных ложек у врача	
2. НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО МЕТОДИКЕ	
1) И.М. Оксмана	
2) В.Ю. Шейнмана	
3) И.С. Карапетяна	
4) Э.Я. Вареса	
3. ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЮТ	
1) заранее по намеченному совместно с хирургом плану	
2) непосредственно после операции по намеченному совместно с хирургом плану	
3) непосредственно перед операцией по намеченному совместно с хирургом плану	
4) через определенные сроки после операции	
4. ФИКСАЦИЯ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА С ОБТУРАТОРОМ ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБОВ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ДЕФЕКТУ СТОРОНЕ ВЕРХНЕЙ	

<p>ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опорно-удерживающих кламмеров, телескопических коронок 2) удержания obturatora за края дефекта 3) создания клапанной зоны по краю протеза 4) литых коронок, соединенных между собой литыми штангами
<p>5. ПРИ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОДИНОЧНО СТОЯЩЕМ ЗУБЕ НА СОХРАНИВШЕМСЯ УЧАСТКЕ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) телескопическая коронка 2) фиксирующий кламмер 3) магниты 4) использование эластичных масс
<p>6. ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ РЕЗЕКЦИОННЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) непосредственно перед операцией по намеченному совместно с хирургом плану 2) непосредственно после операции по намеченному совместно с хирургом плану 3) заранее по намеченному совместно с хирургом плану 4) через определенные сроки после операции
<p>7. ФИКСИРУЮЩАЯ ПЛАСТИНКА ПРОТЕЗА, ПРИМЕНЯЮЩЕГОСЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, МОЖЕТ БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) съемной 2) заменяемой 3) несъемной 4) разборной
<p>8. ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генетические нарушения 2) не ясна 3) главная роль в этом принадлежит аномальному строению матки 4) непосредственное воздействие на плод
<p>9. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕДНИМИ И БОКОВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДОГО НЕБА ПРИ НАЛИЧИИ ЗУБОВ НА ЧЕЛЮСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) съемными пластиночными протезами 2) дуговыми протезами 3) протезом, имеющим наружный замыкающий клапан 4) протезом, имеющим внутренний замыкающий клапаны
<p>10. ДЛЯ РАЗОБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) малые седловидные протезы с телескопическими коронками 2) дуговые протезы 3) мостовидные протезы 4) искусственные коронки
<p>11. КОМБИНИРОВАННЫЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПРОТЕЗ С ОЧКОВОЙ ОПРАВОЙ, ИСККУСТВЕННЫМ НОСОМ И ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗОБРЕЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Оксман 2) Костюр 3) Мамлок 4) Осман

12. ПРИ СНЯТИЕ ГИПСОВОЙ МАСКИ ВРАЧ ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ДВИЖЕНИЯ

- 1) вниз и на себя
- 2) вниз и от себя
- 3) вверх и на себя
- 4) раскачивание в стороны

13. КОНСТРУКЦИЯ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА ПРИ СРЕДИННОМ ДЕФЕКТЕ КОСТНОГО НЕБА СЛЕДУЮЩАЯ

- 1) на базисе отсутствует obtурирующая часть
- 2) obtуратор высоко входит в полость носа
- 3) на базисе дефекта создан небольшой валик
- 4) obtуратор возвышается над базисом на 2-3мм, закрывает дефект твердого неба

14. СОЕДИНЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЛИЦЕОГО ПРОТЕЗА ПРОИСХОДИТ С ПОМОЩЬЮ МАГНИТА ИЗ

- 1) железо-неодим-борные сплавы
- 2) никелиевого сплава
- 3) сплава железа
- 4) керамической массы

15. ПЕРЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В МЕСТЕ ДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮЩЕЙ СИЛЫ

- 1) прямые
- 2) не прямые
- 3) косые
- 4) поперечные

16. ПЕРЕЛОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВДАЛИ ОТ МЕСТА ПРИЛОЖЕНИЯ СИЛЫ

- 1) не прямые
- 2) прямые
- 3) косые
- 4) поперечные

17. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ ОТЛОМКИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ В ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, И АППАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ НАКЛОННЫЕ ПЛОСКОСТИ

- 1) исправляющие и направляющие
- 2) фиксирующие и направляющие
- 3) замещающие и формирующие
- 4) разобщающие и фиксирующие

18 ВОЕННОСЛУЖАЩЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ НА ОМЕДЬ. КАКУЮ ИЗ УКАЗАННЫХ ТРАНСПОРТНЫХ ШИН СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- 1) подбородочная праща
- 2) гладкая шина-скоба
- 3) шина с распоркой
- 4) ленточная шина

19 БОЛЬНОМУ Д., 40 ЛЕТ, ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ АВТОКАТАСТРОФЫ ПЛАНИРУЮТ ПЛАСТИКУ ЛИЦА. ИЗ КАКИХ ОСНОВНЫХ ЧАСТЕЙ СОСТОЯТ ФОРМИРУЮЩИЕ АППАРАТЫ, КОТОРЫЕ

<p>ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПЛАСТИКЕ ЛИЦА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) замещающей и формирующей 2) фиксирующей и формирующей 3) репонирующей и формирующей 4) направляющей и формирующей
<p>20. КЛАССИФИКАЦИЯ АППАРАТОВ ПО ЛЕЧЕБНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) основные и вспомогательные 2) рабочие 3) фиксирующие 4) формирующие
<p>21. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ В КАЧЕСТВЕ ТРАНСПОРТНОЙ ШИНЫ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полные съемные протезы больных 2) дуговые протезы 3) частичные съемные протезы больных 4) мостовидные протезы
<p>22. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ НА ДОГОСТИПАЛЬНОМ ЭТАПЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) противошоковые мероприятия, временная иммобилизация отломков 2) комплексное обследование 3) наложение назубных проволочных шин 4) проведение костной пластики
<p>23. ПРИ ПРОВЕДИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРОЙНОГО ПРИЕМА САФАРА НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) запрокинуть голову, сделать искусственное дыхание 2) выдвинуть подбородок 3) провести прекардиальный удар 4) приоткрыть рот
<p>24. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пульсирующее струйное истечение крови из раны 2) медленное, но непрерывное истечение крови из раны 3) кровь темно-красного цвета 4) кровь ярко-алого оттенка
<p>25. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТИ ОТЛОМКОВ ВПРАВЛЕНИЕ И ФИКСАЦИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аппарата Збаржа 2) аппарата по Шуру 3) шины Вебера 1 типа 4) капповой шины из пластмассы
<p>26. ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в области передних зубов 2) в области боковых зубов 3) в области ветви челюсти 4) верно все
<p>27. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ОБУСЛОВЛЕННО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мышечной тягой

<p>2) силой тяжести</p> <p>3) наличием ортопедических конструкций в полости рта</p> <p>4) отеком мягких тканей</p>
<p>28. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) нарушение речи</p> <p>2) нарушение окклюзионных соотношений с зубами нижней челюсти</p> <p>3) нарушение формирования пищевого комка</p> <p>4) несмыкание ротовой щели</p>
<p>29. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти</p> <p>2) нарушение речи</p> <p>3) нарушение формирования пищевого комка</p> <p>4) несмыкание ротовой щели</p>
<p>30. АППАРАТ ШУРА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>1) при тугоподвижном смещении отломка нижней челюсти и наличии зубов на неподвижной верхней челюсти</p> <p>2) при смещении отломка нижней челюсти и отсутствии зубов на верхней челюсти</p> <p>3) при смещении отломка нижней челюсти и отсутствии зубов на обеих челюстях</p> <p>4) при смещении отломка нижней челюсти и подвижных зубах на верхней челюсти</p>
<p>31. ПРИ ПРОТЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) съемные протезы с дополнительным рядом искусственных зубов</p> <p>2) каппы</p> <p>3) съемные протезы с двухслойным базисом</p> <p>4) мостовидные протезы</p>
<p>32. ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярной части и двойным рядом зубов</p> <p>2) предварительное ортодонтическое исправление положения отломков</p> <p>3) предварительное ортодонтическое исправление положения зубной дуги</p> <p>4) отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков</p>
<p>33. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) стандартную транспортную шину</p> <p>2) аппарат Збаржа</p> <p>3) аппарат Шура</p> <p>4) съемную шину Ванкевич</p>
<p>34. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ МИКРОСТОМИИ И ДЕФЕКТАХ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>1) складные протезы</p> <p>2) частичные съемные протезы</p> <p>3) мостовидные протезы</p> <p>4) полные съемные протезы</p>

NB! Во всех представленных тестах правильный ответ «а».

Раздел - дисциплина по выбору «Протезирование дефектов зубных рядов»	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Тема 1. Съёмные протезы: виды, показания к применению, конструктивные особенности. Границы съёмных протезов	УК-1, ПК-6, ПК-7
<p>Выберете один или несколько правильных ответов</p> <p>1. Толщина дуги в дуговом протезе нижней челюсти равна:</p> <ul style="list-style-type: none">1) 0,5–1,0 мм;2) 1,0–1,5 мм;3) 1,5–2,0 мм;4) 2,0–2,5 мм;5) 2,5–3,0 мм. <p>2. Показанием к изготовлению съёмного пластиночного протеза может являться дефект зубного ряда протяжённостью (по количеству отсутствующих зубов):</p> <ul style="list-style-type: none">1) от 1 до 16 зубов;2) 3 до 5 зубов;3) 5 до 10 зубов;4) 6 до 14 зубов. <p>3. Съёмные пластиночные протезы при частичной потере зубов восстанавливают жевательную эффективность:</p> <ul style="list-style-type: none">1) до 20%;2) 50%;3) 70%;4) 90%;5) 100%. <p>4. В каркасе дугового протеза кипмайдер — это элемент:</p> <ul style="list-style-type: none">1) шинирующий;2) фиксирующий;3) антипрокидывающий. <p>5. Отношение небной дуги дугового протеза верхней челюсти к слизистой оболочке твёрдого неба:</p> <ul style="list-style-type: none">1) касается2) не касается на 0,5–1,0 мм;3) не касается на 1,0–1,5 мм;4) не касается на 1,5–2,0 мм. <p>6. Съёмные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся:</p> <ul style="list-style-type: none">1) к физиологическим;2) нефизиологическим;	

3) полуфизиологическим.

7. Съёмный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление:

- 1)** на естественные зубы;
- 2)** жевательные мышцы;
- 3)** слизистую оболочку полости рта;
- 4)** слизистую оболочку и естественные зубы.

8. Функциональное назначение дуги дугового протеза:

- 1)** перераспределение жевательного давления;
- 2)** удержание протеза от смещения;
- 3)** шинирование зубов.

9. Величина зазора между каркасом седловидной части дугового протеза и слизистой оболочкой альвеолярной части равна:

- 1)** 0 мм;
- 2)** 1,0 мм;
- 3)** 0,2 мм;
- 4)** 1,5 мм;
- 5)** 0,5 мм.

10. Способ передачи жевательного давления для дугового протеза:

- 1)** физиологический;
- 2)** полуфизиологический;
- 3)** нефизиологический.

11. Опорными элементами малого седловидного протеза являются:

- 1)** вкладки;
- 2)** кламмеры;
- 3)** аттачмены;
- 4)** полукоронки;
- 5)** телескопические коронки.

12. Форма и величина базиса съёмного пластиночного протеза при частичной потере зубов зависит:

- 1)** от количества отсутствующих зубов, состояния пародонта сохранившихся зубов;
- 2)** расположения дефектов в зубном ряду;
- 3)** вида дефекта (концевой или включенный);
- 4)** выраженности свода неба и альвеолярных частей челюстей;
- 5)** только от количества отсутствующих зубов и расположения дефектов в зубном ряду.

13. Язычная металлическая пластинка на оральной поверхности нижних зубов (полоска Кеннеди) в дуговом протезе применяется:

- 1)** при низкой альвеолярной части нижней челюсти;
- 2)** отсутствии достаточного промежутка между дном полости рта и шейками зубов для расположения язычной дуги;
- 3)** высоком прикреплении уздечки языка;
- 4)** экзостозах на оральной поверхности альвеолярной части нижней челюсти;
- 5)** высокой альвеолярной части нижней челюсти;
- 6)** высоком прикреплении уздечки нижней губы.

14. Свойства слизистой оболочки протезного ложа, учитываемые при протезировании съемным пластиночным протезом:

- 1) цвет;
- 2) влажность;
- 3) податливость;
- 4) болевая чувствительность;
- 5) только цвет и податливость.

15. Опорные зубы съемного протеза должны:

- 1) иметь хорошо выраженный экватор;
- 2) быть устойчивыми;
- 3) не иметь дефектов твердых тканей, которые препятствовали бы использованию зуба под опору;
- 4) иметь здоровые периапикальные ткани;
- 5) быть достаточной высоты;
- 6) иметь наклон в сторону отсутствующих зубов.

16. Каркас цельнолитого дугового протеза включает:

- 1) соединительные элементы (дуги, ответвления, поддерживающие и соединительные стержни, ретенционные петли);
- 2) окклюзионные накладки;
- 3) кламмеры;
- 4) не прямые фиксаторы (кипмайдера);
- 5) пластмассовый базис с искусственными зубами.

17. Конструкция цельнолитого дугового протеза включает:

- 1) металлический каркас;
- 2) пластмассовый базис с искусственными зубами;
- 3) металлический базис;
- 4) гнутые кламмер

18. Виды съемных протезов, применяемых при дефектах зубного ряда:

- 1) дуговые;
- 2) пластиночные;
- 3) консольные мостовидные;
- 4) малые седловидные;
- 5) составные.

19. Абсолютным показанием к изготовлению съемного протеза является дефект зубного ряда, относящийся (по Кеннеди):

- 1) к I классу;
- 2) II классу;
- 3) III классу;
- 4) IV классу.

20. Синоним малого седловидного протеза:

- 1) адгезивный протез;
- 2) дуговой протез;
- 3) съемный мостовидный протез;
- 4) протез Нейсбита.

**Тема 2. Учение о фиксации съемных протезов.
Виды фиксирующих элементов. Кламмерная
система Нея**

УК-1, ПК-6, ПК-7

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Линия, соединяющая зубы, на которых располагаются кламмеры:

11.

- 1) диагональная;
- 2) разделительная (межевая);
- 3) экваторная;
- 4) кламмерная.

2. Часть плеча опорно-удерживающего кламмера, препятствующая вертикальным смещениям протеза, располагается:

- 1) на уровне с разделительной (межевой) линией;
- 2) в окклюзионной зоне;
- 3) ретенционной зоне;
- 4) кламмерной зоне.

3. Окклюзионные накладки опорно-удерживающих кламмеров выполняют функцию:

- 1) фиксирующую;
- 2) стабилизирующую;
- 3) опорную.

4. На одиночно стоящий моляр применяют кламмер:

- 1) Аккера;
- 2) Роуча;
- 3) Бонвиля;
- 4) Свенсона;
- 5) кольцевидный.

5. С биомеханической точки зрения наиболее надежным считается кламмерное крепление съемного протеза:

- 1) точечное;
- 2) линейное;
- 3) плоскостное.

6. Плечо удерживающего кламмера располагается:

- 1) между экватором коронки зуба и краем десны;
- 2) между экватором и жевательной поверхностью коронки зуба;
- 3) на экваторе зуба;
- 4) жевательной поверхности зуба.

7. Плечо удерживающего кламмера прилегает к зубу:

- 1) в одной точке;
- 2) на всем своем протяжении.

8. Опорная часть опорно-удерживающего кламмера располагается:

- 1) в зоне поднутрения;
- 2) окклюзионной зоне;
- 3) ретенционной зоне;
- 4) кламмерной зоне;
- 5) на уровне с разделительной (межевой) линией.

9. На верхней челюсти наиболее рациональное расположение кламмерной линии:

- 1) сагиттальное;
- 2) трансверзальное;
- 3) диагональное.

10. Функция ретенционной части плеча кламмера:

- 1) удержание протеза;
- 2) шинирование зуба;
- 3) перераспределение жевательной нагрузки.

11. Количество видов кламмеров системы Нея равно:

- 1) пяти;
- 2) семи;
- 3) девяти;
- 4) десяти.

12. В дуговых протезах при наклоне премоляров в оральную или вестибулярную сторону рекомендуется использовать кламмеры:

- 1)Ней 1;
- 2)Ней 4;
- 3)Ней 2;
- 4)Ней 3.

13. Тело удерживающего кламмера на боковых зубах верхней челюсти располагается:

- 1)на жевательной поверхности зуба;
- 2)апроксимальной поверхности зуба;
- 3)вестибулярной поверхности зуба.

14. Измерители степени ретенции (глубины поднутрения) параллелометра регистрируют глубину:

- 1)1,0 см;
- 2)0,5 см;
- 3)1,0 мм;
- 4)0,75 мм;
- 5)0,5 мм;
- 6)0,25 мм;
- 7)0,1 мм.

15. При протезировании больных с частичной потерей зубов для фиксации съёмных протезов применяются методы:

- 1)механический;
- 2)биофизический;
- 3)физический;
- 4)анатомической ретенции.

16. В систему Нея входят опорно-удерживающие кламмеры:

- 1)Роуча;
- 2)Аккера;
- 3)Кеннеди;
- 4)Джексона;
- 5)кольцевидный.

17. В удерживающем кламмере различают:

- 1)тело;
- 2)плечо;
- 3)отросток;
- 4)окклюзионную накладку;
- 5)ответвление.

18. Фиксация и стабилизация пластиночных протезов зависит:

- 1) от количества опорных зубов;
- 2) расположения кламмеров;
- 3) топографии дефектов зубного ряда;
- 4) глубины свода твердого неба;
- 5) степени атрофии альвеолярных гребней;
- 6) состояния ВНЧС.

19. Опорно-удерживающий кламмер состоит:

- 1) из плеча;
- 2) отростка;
- 3) оккюзионной накладки;
- 4) тела;
- 5) ответвления.

20. Для выгибания проволочных кламмеров используют стальную проволоку диаметром:

- 1) 0,4 мм;
- 2) 0,6 мм;
- 3) 0,8 мм;
- 4) 1,0 мм;
- 5) 1,2 мм;

Тема 3. Планирование конструкции съемных протезов с использованием параллелометра. Параллелометрия, методы, показания. Понятие о пути введения протеза и межевой линии

УК-1, ПК-6,
ПК-7

Выберите один или несколько правильных ответов

1. При методе определения среднего угла наклона зубов, выбранных в качестве опор дугового протеза, продольные оси зубов отмечают:

- 1) на клинических коронках зубов;
- 2) цоколе гипсовой модели;
- 3) при помощи гнатодинамометра.

2. При нанесении разделительной (межевой) линии в параллелометре используют:

- 1) штифт-нож;
- 2) штифт-анализатор;
- 3) штифт-грифель;
- 4) измеритель глубины поднутрения (ретентоскоп).

3. Если при параллелометрии разделительная (межевая) линия с вестибулярной стороны расположена около окклюзионной поверхности зуба, а с оральной стороны находится на уровне шейки зуба, то необходимо:

- 1) покрыть зуб металлической коронкой с выраженным экватором;
- 2) удалить зуб;
- 3) изменить наклон модели в параллелометре.

4. Поверхность коронки зуба, расположенная между разделительной (межевой) линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называется:

- 1) зоной поднутрения;
- 2) опорной зоной;
- 3) кламмерной зоной;
- 4) окклюзионной зоной.

5. При расположении элементов опорно-удерживающего кламмера наиболее важной линией является:

- 1) продольная ось зуба;
- 2) линия анатомического экватора;
- 3) линия вертикали;
- 4) разделительная (межевая) линия;
- 5) линия десневого края.

6. Анатомический экватор при параллелометрии с разделительной (межевой) линией совпадает:

- 1) во всех случаях;
- 2) некоторых случаях.

7. Прибор для определения положения разделительной (межевой) линии называется:

- 1) гнатодинамометр;
- 2) осциллограф;
- 3) эстезиометр;
- 4) параллелометр.

8. На нижней челюсти наиболее рациональное расположение кламмерной линии:

- 1) сагиттальное;
- 2) трансверзальное;
- 3) диагональное.

9. Параллелометрия осуществляется:

- 1) при проверке каркаса дугового протеза в клинике;
- 2) припасовке литого каркаса на модели в лаборатории;
- 3) перед моделированием каркаса дугового протеза.

10. Расстояние между дугой дугового протеза верхней челюсти и слизистой оболочкой твердого неба составляет:

- 1) 0,5–1,0 мм;
- 2) 1,5–2,0 мм;
- 3) 2,0–3,0 мм;
- 4) 2,5–3,0 мм.

11. При изготовлении дугового протеза после определения центрального соотношения челюстей следует клинический этап:

- 1) проверка конструкции дугового протеза с искусственными зубами;
- 2) припасовка и наложение готового дугового протеза;
- 3) припасовка каркаса дугового протеза;
- 4) коррекция дугового протеза.

12. Для расположения разделительной (межевой) линии у передних зубов верхней челюсти на вестибулярной поверхности ближе к десне при параллелометрии не выбирают:

- 1) передний наклон модели;
- 2) задний наклон модели;
- 3) горизонтальное положение модели.

13. Параллелометр при изготовлении каркасов дуговых протезов необходим:

- 1) для определения глубины поднутрения;
- 2) нанесения на опорные зубы межевой линии;
- 3) фрезерования каркаса дугового протеза;
- 4) выравнивания окклюзионной поверхности зубного ряда.

14. При слабо выраженном поднутрении кламмер делается:

- 1) толще;
- 2) короче;
- 3) длиннее;
- 4) тоньше.

15. При резко выраженном поднутрении кламмер делается:

- 1) короче;
- 2) длиннее;
- 3) тоньше;
- 4) толще.

16. Оценка качества каркаса дугового протеза проводится по следующим параметрам:

- 1) плотное расположение окклюзионных накладок на опорных зубах;
- 2) плотное прилегание плеч опорно-удерживающих кламмеров;
- 3) отсутствие суперконтактов на каркасе;
- 4) отсутствие баланса на модели и в полости рта;
- 5) наличие пространства между дугой и слизистой оболочкой;
- 6) хорошая фиксация гипсовой модели на шарнирном столике параллелометра.

17. Возможные пути введения протеза:

- 1) вертикально-передний;
- 2) вертикально-задний;
- 3) вертикальный;
- 4) трансверзальный;
- 5) горизонтальный;
- 6) вертикально-левый;
- 7) вертикально-правый.

18. Конструкцию зуботехнического параллелометра составляют:

- 1) плоское основание;
- 2) закрепленная на основании под прямым углом стойка с горизонтально и вертикально подвижным кронштейном;
- 3) комплект стержней;

- 4)столлик для удобной фиксации модели;
- 5)шпатель для выравнивания деформации окклюзионной поверхности зубного ряда.

19. Положение разделительной (межевой) линии на зубах при проведении параллелометрии зависит:

- 1)от анатомической формы зуба;
- 2)степени наклона зуба;
- 3)формы ската альвеолярной части челюсти;
- 4)высоты цоколя модели;
- 5)степени наклона модели.

20. Сила ретенции плеча кламмера зависит:

- 1)от его упругости;
- 2)его формы;
- 3)глубины размещения в ретенционной зоне зуба;
- 4)степени подвижности опорного зуба;
- 5)вида прикуса.

Тема 4. Особенности получения оттисков при частичной потере зубов. Определение центрального соотношения челюстей. Технология восковых шаблонов

УК-1, ПК-6, ПК-7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Для определения центрального соотношения челюстей в полости рта используют:

- 1) гипсовые модели челюстей;
- 2) артикулятор (окклюдатор);
- 3) восковые (пластмассовые) базисы с окклюзионными валиками.

2. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является:

- 1)анатомический;
- 2)анатомио-физиологический;
- 3)антропометрический.

3. Определение понятия «прикус»:

- 1)взаимоотношение между зубными рядами;
- 2)характеристика смыкания зубов в положении центральной окклюзии;
- 3)взаимоотношение челюстей при смыкании зубов.

4. Значение положения функционального покоя нижней челюсти:

- 1) усиление напряжения жевательных мышц;
- 2) защитный врожденный рефлекс;
- 3) предупреждение смещения зубов в мезиодистальном направлении.

5. Преимущества методики внутриротового формирования окклюзионной поверхности прикусных шаблонов по методу Катца–Гельфанда:

- 1) точная запись сагиттального суставного пути;
- 2) индивидуальное оформление окклюзионных валиков;
- 3) точная запись резцового сагиттального пути.

6. Разница высоты нижней трети лица в состоянии относительного функционального покоя нижней челюсти и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем:

- 1) 0,5–1,0 мм;
- 2) 5,0–7,0 мм;

- 3) 2,0–4,0 мм;
- 4) 6,0–8,0 мм.

7. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

- 1) напряжения;
- 2) относительного функционального покоя;
- 3) полного расслабления;

8. Восковую конструкцию для определения центрального соотношения изготавливают:

- 1) из липкого воска;
- 2) моделировочного воска;
- 3) базисного воска;
- 4) бюгельного воска.

9. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при относительном физиологическом покое:

- 1) равна ей;
- 2) больше;
- 3) меньше.

10. На этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют:

- 1) на нижнем окклюзионном валике;
- 2) верхнем окклюзионном валике;
- 3) нижнем и верхнем окклюзионных валиках.

11. Определение центрального соотношения производят:

- 1) до проверки каркаса дугового протеза;
- 2) во время проверки каркаса дугового протеза;
- 3) после проверки каркаса дугового протеза.

12. Центральная окклюзия определяется признаками:

- 1) лицевым, глотательным, зубным;
- 2) зубным, суставным, мышечным;
- 3) язычным, мышечным, зубным;
- 4) зубным, глотательным, лицевым;
- 5) лицевым, язычным, суставным.

13. Окклюзия — это:

- 1) всевозможные смыкания зубных рядов или отдельных групп зубов— антагонистов;
- 2) смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе;
- 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней;
- 4) ортогнатический прикус.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

14. Край верхнего прикусного валика при определении высоты валика в переднем отделе должен:

- 1) при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 5–6 мм;
- 2) находиться на уровне линии смыкания губ;
- 3) при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 1–2 мм.

15. Артикуляция — это:

- 1) характер смыкания зубов в центральной окклюзии;
- 2) цепь сменяющих друг друга окклюзий;
- 3) всевозможные движения нижней челюсти по отношению к верхней челюсти;
- 4) характер смыкания зубов в передней окклюзии;

5) характер смыкания зубов в боковой окклюзии.

16. Жесткие базисы на этапе определения центрального соотношения челюстей показаны:

- 1) при выраженной атрофии альвеолярных частей;
- 2) резекции челюстей;
- 3) атрофичной, сухой слизистой оболочке, покрывающей протезное ложе;
- 4) внутриротовой пришлифовке прикусных валиков по методу Катца–Гельфанда.

17. Положение функционального покоя нижней челюсти обуславливают:

- 1) миотатический рефлекс;
- 2) тонус жевательных мышц;
- 3) эластичность слизистой оболочки;
- 4) проприоцептивная информация о положении нижней челюсти.

18. Слепочная масса должна обладать следующими свойствами, которые позволят их применять при протезировании съёмными протезами:

- 1) быть безвредной;
- 2) не давать усадку до отливки модели;
- 3) давать точный отпечаток;
- 4) замешиваться на воде;
- 5) легко вводиться и выводиться из полости рта;
- 6) прочно соединяться с материалом модели.

19. Недостатки альгинатных слепочных материалов, которые не позволяют их использовать при протезировании съёмными протезами:

- 1) плохая прилипаемость к слепочной ложке;
- 2) эластичность;
- 3) токсичность;
- 4) высокая усадка.

20. Слепочная ложка при изготовлении съёмного протеза выбрана правильно, если:

- 1) борта ложки отстоят от зубов на 2–5 мм;
- 2) края ложки при наложении на зубы приближаются к переходной складке;
- 3) при концевых дефектах ложка закрывает альвеолярные бугры верхней челюсти;
- 4) край ложки перекрывает слизистый бугорок нижней челюсти;
- 5) размер слепочной ложки для нижней челюсти совпадает с размером ложки для верхней челюсти.

Тема 5. Клинико-лабораторные приемы протезирования съёмными дугowymi протезами

УК-1, ПК-6, ПК-7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Конструкционный материал рабочих моделей для дугowych протезов:

- 1) медицинский гипс;
- 2) супергипс;
- 3) фосфат цемент.

2. Пространство, расположенное между боковой поверхностью зуба, альвеолярным отростком и анализирующим стержнем параллелометра, называется:

- 1) зоной поднутрения;
- 2) окклюзионной зоной;
- 3) ретенционной зоной;
- 4) кламмерной зоной.

3. Наиболее часто лингвальную дугу дугowego протеза на нижней челюсти располагают относительно наибольшей выпуклости альвеолярной части:

- 1) выше;
- 2) на том же уровне;

4. Рекомендации, позволяющие ускорить адаптацию к съёмному протезу после его

наложения:

- 1) не снимать протез в течение недели;
- 2) пользоваться протезом в течение дня и снимать на ночь;
- 3) пользоваться протезом в течение дня и, по возможности, не снимать на ночь в течение первых 2–3 недель.

5. Материалы для дублирования рабочих моделей:

- 1) альгинатные;
- 2) силиконовые;
- 3) гидроколлоидные;
- 4) цинкоксидаэвгеноловые;
- 5) тиоколовые.

6. Для изготовления дуговых протезов из отечественных сплавов металлов наиболее широко применяют:

- 1) нержавеющую сталь;
- 2) сплав золота;
- 3) кобальто-ромовый сплав;
- 4) серебряно-палладиевый сплав.

7. Для изготовления огнеупорной модели используют:

- 1) этилсиликат;
- 2) аурит;
- 3) маршалит;
- 4) силамин;
- 5) бюгелит.

8. После окончания параллелометрии на рабочей модели перед ее дублированием необходимо:

- 1) обрезать цоколь модели;
- 2) изолировать зоны поднутрений на зубах и альвеолярных отростках;
- 3) пропитать водой;
- 4) удалить линии, нанесенные на цоколе модели.

9. Высокую точность каркасам дуговых протезов обеспечивает:

- 1) спаивание элементов протеза;
- 2) цельная отливка всего каркаса протеза;
- 3) смешанный метод их изготовления;
- 4) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмеров.

10. На верхней челюсти дуга дугового протеза преимущественно должна располагаться:

- 1) в передней трети твердого неба;
- 2) средней трети твердого неба;
- 3) задней трети твердого неба.

11. Путь введения съемного дугового протеза определяется при помощи:

- 1) гнатодинамометра;
- 2) реографа;
- 3) параллелометра;
- 4) осциллографа.

12. В настоящее время дуговые протезы изготавливают главным образом методом:

- 1) литья;
- 2)ковки;
- 3) изгибания деталей и их спайки.

13. Зубной техник моделирует каркас цельнолитого дугового протеза на модели:

- 1) рабочей;
- 2) диагностической;
- 3) дублированной огнеупорной.

14. При изготовлении дуговых протезов для получения слепков используются материалы:

- 1) твердокристаллические;
- 2) эластические;

3) термопластические.

15. Дуга дугового протеза на нижней челюсти располагается:

- 1) у шеек зубов;
- 2) на середине расстояния между шейками зубов и переходной складкой слизистой оболочки дна полости рта;
- 3) у переходной складки слизистой оболочки дна полости рта.

16. В дуговых протезах применяются кламмера, изготовленные методом:

- 1) литья;
- 2) штамповки;
- 3)ковки;
- 4) изгибания.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

17. Изменение традиционного расположения дуги на верхней челюсти обусловлено:

- 1) желанием больного;
- 2) выраженным торусом твердого неба;
- 3) топографией дефектов зубного ряда;
- 4) требованиями эстетики;
- 5) повышенным рвотным рефлексом.

18. Каркас седловидной части дугового протеза нижней челюсти располагается:

- 1) на вершине альвеолярной части;
- 2) оральном скате альвеолярной части;
- 3) вестибулярном скате альвеолярной части;
- 4) вестибулярном скате и вершине альвеолярной части.

19. Язычная дуга дугового протеза на нижней челюсти не должна располагаться:

- 1) выше экватора альвеолярной части;
- 2) на уровне экватора альвеолярной части;
- 3) ниже экватора альвеолярной части.

20. В качестве антипрокидывателя (непрямого фиксатора) в дуговых протезах на верхней челюсти наиболее эффективны:

- 1) многозвеньевые кламмеры;
- 2) передние небные дуги;
- 3) пальцевидные отростки;
- 4) седловидные части.

Ответы на тесты:

Тема 1.	Тема 2.	Тема 3.	Тема 4.	Тема 5.
1) 4	1) 4	1) 2	1) 3	1) 2
2) 1	2) 3	2) 3	2) 2	2) 1
3) 4	3) 3	3) 3	3) 2	3) 2
4) 3	4) 5	4) 2	4) 2	4) 3
5) 2	5) 3	5) 4	5) 2	5) 3
6) 2	6) 1	6) 2	6) 3	6) 3
7) 3	7) 2	7) 4	7) 1	7) 5
8) 1	8) 2	8) 2	8) 3	8) 2
9) 4	9) 3	9) 3	9) 3	9) 2
10) 2	10) 1	10) 1	10) 3	10) 2

11) 2, 3, 5 12) 1-4 13) 1-4 14) 1-4 15) 1-5 16) 1-4 17) 1, 2 18) 1, 2, 4 19) 1, 2 20) 3, 4	11) 1 12) 2 13) 2 14) 4-6 15) 1, 3, 4 16) 1, 2, 5 17) 1-3 18) 1-5 19) 1-4 20) 2-5	11) 3 12) 2 13) 1-3 14) 1, 3 15) 1, 3 16) 1-5 17) 1-3, 6, 7 18) 1-4 19) 1, 2, 5 20) 1-3	11) 2 12) 2 13) 1 14) 2, 3 15) 2, 3 16) 1, 2, 4 17) 1, 2, 4 18) 1-3, 5 19) 1, 4 20) 1-4	11) 3 12) 1 13) 3 14) 2 15) 2 16) 1 17) 2, 3, 5 18) 1, 2 19) 1, 3 20) 1-3
---	--	--	--	--

Раздел - дисциплина по выбору « Протезирование при полной потере зубов»	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Тема 1. Наложение съемного протеза при полной потере зубов. Методики коррекции съемных протезов	УК-1,ПК-6,7
<p><u>Выберите один вариант правильного ответа.</u></p> <p>1. Припасовку полного съемного протеза в полости рта проводят с помощью:</p> <p>1) химического карандаша;</p> <p>2) гипса;</p> <p>3) копировальной бумаги;</p> <p>4) порошка цинк-фосфатного цемента;</p> <p>5) химического карандаша, копировальной бумаги, порошка цинк-фосфатного цемента;</p> <p>6) коррегирующей массы силиконового материала.</p>	

2. Этап припасовки полного съемного протеза в полости рта начинают:

- 1) с определения высоты нижнего отдела лица;
- 2) оценки качества изготовленной гипсовой модели в окклюдаторе;
- 3) оценки качества изготовления пластмассового базиса с искусственными зубами;
- 4) оценки границ протеза в полости рта.

3. После наложения полных съемных протезов отмечается сглаженность носогубных и подбородочной складок, стук зубов. это объясняется:

- 1) снижением высоты прикуса;
- 2) повышением высоты прикуса;
- 3) центральной окклюзией;
- 4) боковой окклюзией.

4. Наложение полного съемного протеза производится:

- 1) зубным техником на модели;
- 2) врачом в полости рта;
- 3) врачом на модели;
- 4) врачом сначала на модели и затем в полости рта.

5. Проверку конструкции съемного протеза начинают:

- 1) с определения высоты нижнего отдела лица;
- 2) введения восковой конструкции в рот;
- 3) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе);
- 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного.

6. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

- 1) трещин;
- 2) газовой пористости;
- 3) гранулярной пористости.

7. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

- 1) трещин;
- 2) газовой пористости;
- 3) гранулярной пористости.

8. На качество фиксации полного съемного протеза оказывают влияние жевательные мышцы:

- 1) подбородочная;
- 2) опускающие угол рта;
- 3) наружная крыловидная;
- 4) челюстно-подъязычная.

9. Больной, 64 года, протезируется впервые. После наложения полных съемных протезов на обе челюсти испытывает боли. болевые точки при осмотре и пальпации обнаружить не удается. Тактика врача:

- 1) объяснить больному наличие болевых ощущений явлениями адаптации к протезам и пригласить на повторный прием через несколько дней;
- 2) убедить больного в неизбежности таких явлений, которые со временем исчезают и не требуют коррекции протеза из-за отсутствия видимых изменений слизистой оболочки под протезами;
- 3) провести коррекцию артикуляции зубных рядов копировальной бумагой;
- 4) использовать методику выявления зон повышенного давления базиса на слизистую оболочку и провести коррекцию протеза.

10. У больного имеется полная потеря зубов верхней челюсти (I тип по Оксману). Небный торус выражен значительно. При наложении протез балансирует. Причина балансирования протеза:

- 1) получение разгружающего оттиска;
- 2) отсутствие изоляции торуса в протезе;
- 3) получение компрессионного оттиска.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

11. При несоответствии границ протеза протезному ложу при полной потере зубов необходимо:

- 1) выполнить перебазировку протеза;
- 2) рекомендовать пациенту пользоваться протезом;
- 3) изготовить новый протез;
- 4) отказаться протезировать пациента.

12. Плотность фиссуρο-бугоркового контакта между искусственными зубами съёмных протезов проверяют на этапе:

- 1) припасовки и наложения протезов;
- 2) коррекции протезов;
- 3) определения центрального соотношения челюстей.

13. При выраженном рвотном рефлексе у больного после наложения съёмного протеза верхней челюсти необходимо:

- 1) укоротить дистальный край базиса протеза;
- 2) выверить функциональную окклюзию;
- 3) уменьшить толщину базиса протеза;
- 4) укоротить край базиса протеза с вестибулярной стороны.

14. При наложении съемных протезов при полной потере зубов воз-можно обнаружение ошибок, пропущенных врачом при проверке восковых конструкций протезов:

- 1) уменьшение или увеличение межальвеолярного расстояния;
- 2) зафиксированные боковая или передняя окклюзия;
- 3) несоответствие протеза границам протезного ложа;
- 4) балансирование протеза;
- 5) восстановление дикции.

15. Укорочение краев протеза может вызвать:

- 1) нарушение замыкающего клапана;
- 2) ухудшение условий адаптации к протезу;
- 3) уменьшение межальвеолярного расстояния;
- 4) плохую фиксацию протеза.

16. Балансирование съемного протеза при его наложении является следствием ошибок:

- 1) неточного отображения на оттиске протезного ложа;
- 2) определения центрального соотношения челюстей;
- 3) отсутствия изоляции небного торуса;

4) наличия трещин на модели.

17. После наложения съемных протезов при полной потере зубов пациент должен:

- 1) пользоваться протезами только во время приема пищи;
- 2) пользоваться протезами постоянно;
- 3) прийти на контрольный осмотр в первые сутки после наложения протезов;
- 4) соблюдать правила гигиены при пользовании протезами.

18. Критериями качества съемных протезов при полном отсутствии зубов являются:

- 1) плотное прилегание базиса к тканям протезного ложа;
- 2) высокая степень полировки наружной поверхности базиса протеза;
- 3) высокая степень полировки внутренней поверхности базиса протеза;
- 4) постановка боковых зубов по центру альвеолярного гребня;
- 5) постановка зубов в соответствии с протетической плоскостью.

19. Причиной неудовлетворительного качества пластмассового базиса протеза может быть:

- 1) истечение срока годности мономера;
- 2) истечение срока годности полимера;

- 3) нарушение температурного режима полимеризации;
- 4) несоблюдение технологии приготовления пластмассового «теста»;
- 5) равное соотношение мономера и полимера.

20. Причиной утолщения базиса съемного протеза является:

- 1) неточность снятия слепка;
- 2) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы;
- 3) деформация протеза в момент извлечения его из кюветы;
- 4) недостаточное давление прессы.

Тема 2. Процессы адаптации к съемным протезам и реакция тканей протезного ложа на съемные протезы

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Когда следует назначить явку повторного осмотра пациента после наложения съемного протеза с полной потерей зубов?

- 1) не следует назначать;
- 2) на следующие сутки;
- 3) через 3 дня;
- 4) неделю;

5) месяц.

2. При наличии сильных болей перед коррекцией полного съемного протеза больному рекомендуется:

- 1) не снимать протез до посещения врача;
- 2) снять протез и надеть его за 3–4 часа до посещения врача;
- 3) снять протез и пойти к врачу.

3. Первым этапом клинического приема коррекции съемных протезов является:

- 1) проверка фиксации протеза;
- 2) выяснение жалоб больного;
- 3) проверка центральной окклюзии;
- 4) проверка боковых и передней окклюзий;
- 5) обследование тканей протезного ложа.

4. Вторая фаза адаптации больного к съемному протезу по В.Ю. Курляндскому:

- 1) полное торможение;
- 2) частичное торможение;
- 3) раздражение.

5. Первая фаза адаптации больного к съемному протезу по В.Ю. Курляндскому:

- 1) полное торможение;
- 2) частичное торможение;
- 3) раздражение.

6. Пациент пользовался съемным протезом при полной потере зубов в течение 7 лет. Явился к врачу-стоматологу ортопеду с целью осмотра. жалобы отсутствуют. При осмотре полости рта выявлена значительная атрофия костной ткани и несоответствие базиса протеза тканям протезного ложа. Ваша тактика:

- 1) отпустить пациента;
- 2) переделать протез;
- 3) перебазировать протез;
- 4) использовать старый протез в качестве индивидуальной ложки при изготовлении нового;
- 5) предложить использовать средства для улучшения фиксации протеза.

7. Виды токсического стоматита:

- 1) химические;
- 2) бактериальные;
- 3) аллергические;

4) травматические;

5) парниковый эффект.

8. Средний срок службы съемного пластиночного протеза при полной потере зубов:

1) 1,5–3 года;

2) 3–5 лет;

3) 1–1,5 года;

4) 5–10 лет.

9. При наличии декубитальной язвы после коррекции протеза больному рекомендуется:

1) пользоваться и дальше протезом, явиться на осмотр через 3 дня;

2) не накладывать протез до полного заживления слизистой оболочки;

3) использовать протез, накладывая аппликации геля «Солкосерил», осмотр у врача через 3–4 дня.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

10. Негативное действие съемного протеза при полной потере зубов при непосредственном воздействии на слизистую оболочку:

1) парниковый эффект;

2) эффект медицинской кровососной банки;

- 3) аллергические стоматиты;
- 4) травматические стоматиты;
- 5) декубитальная язва.

11. Какие жалобы может предъявлять пациент на следующий день после наложения правильно изготовленного съемного пластиночного протеза при полной потере зубов?

- 1) на плохую фиксацию;
- 2) баланс протеза;
- 3) боль, жжение в определенных точках под протезом;
- 4) изменение дикции.

12. Аллергическое действие протеза обусловлено:

- 1) токсичностью мономера;
- 2) токсичностью полимера;
- 3) действием красителя;
- 4) эффектом кровососной банки;
- 5) парниковым эффектом;
- 6) избыточным давлением базиса протеза на слизистую оболочку.

13. Меры по уходу за протезом:

- 1) чистить один раз в день;
- 2) чистить после каждого приема пищи;
- 3) хранить во влажной хлопчатобумажной ткани;
- 4) хранить в баночке с физиологическим раствором;
- 5) обрабатывать спиртом раз в день.

14. Пациент пользовался съемным протезом при полной потере зубов в течение 5 лет. Явился к врачу-стоматологу ортопеду с целью осмотра. Жалобы на балансирование протеза, дискомфорт при приеме пищи. Ваша тактика:

- 1) отпустить пациента;
- 2) переделать протез;
- 3) перебазировать протез;
- 4) использовать старый протез в качестве индивидуальной ложки при изготовлении нового;
- 5) предложить использовать средства для улучшения фиксации протеза.

15. Причина возникновения парникового эффекта:

- 1) нарушение терморегуляции слизистой оболочки под базисом;
- 2) малая теплопроводность материала, из которого сделан протез;

- 3) аллергические свойства пластмассы;
- 4) наличие избыточного давления протеза на слизистую оболочку;
- 5) неправильный уход за протезом.

16. Причины замены съемного пластиночного протеза при полной потере зубов:

- 1) замедленные процессы атрофии костной ткани;
- 2) ускоренные процессы атрофии костной ткани;
- 3) особенности материала, из которого сделан протез;
- 4) часто неправильный уход (или его отсутствие) пациента за протезом;
- 5) снижение жевательной эффективности.

17. Показания к использованию эластичной подкладки:

- 1) временные лечебные и непосредственные полные съемные протезы;
- 2) резкая атрофия альвеолярных частей;
- 3) повышенная чувствительность тканей протезного ложа к давлению;
- 4) для облегчения адаптации пожилых и ослабленных больных к протезам;
- 5) ксеростомия.

18. Рекомендации, позволяющие ускорить адаптацию к

съемному протезу после наложения:

- 1) не снимать протез в течение недели;
- 2) пользоваться протезом в течение дня и снимать на ночь;
- 3) пользоваться протезом в течение дня;
- 4) по возможности не снимать на ночь в течение первых 2–3 недель.

19. На длительность периода адаптации больных к съемным пластиночным протезам влияют:

- 1) фирма-изготовитель искусственных зубов;
- 2) величина базиса протеза;
- 3) индивидуальные особенности психики больного;
- 4) толщина базиса протеза.

20. Изготовление двухслойного базиса протеза с мягкой подкладкой показано:

- 1) при резкой неравномерной атрофии альвеолярных отростков с сухой мало податливой слизистой;
- 2) наличии острых костных выступов (экзостозов) на протезном ложе;
- 3) выраженных альвеолярных отростках с равномерно податливой слизистой оболочкой;
- 4) повышенной болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа.

Тема 3. Протезирование больных с полной потерей зубов.

УК-1,ПК-6,7

Получение функционального оттиска

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Функциональный оттиск предложен:

- 1) Бонвилем
- 2) Фошаром
- 3) Гизи
- 4) Шротом

2. Функциональные оттиски рекомендуется получать ложками:

- 1) индивидуальными;
- 2) стандартными.

3. Толщина края индивидуальной ложки на беззубую челюсть: примерно 1,0 мм

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

4. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера:

- 1) три;
- 2) четыре;
- 3) пять;
- 4) шесть;
- 5) семь.

5. Клапанная зона — понятие:

- 1) анатомическое;
- 2) физиологическое;
- 3) функциональное;
- 4) биологическое.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

6. Индивидуальные оттисковые ложки бывают:

- 1) частичные;
- 2) жесткие;
- 3) восковые;
- 4) изготовленные прямым методом;
- 5) изготовленные непрямым методом.

7. Перечислите материалы, используемые для изготовления индивидуальных ложек:

- 1) эластичные пластмассы;
- 2) пластмассы холодной полимеризации;
- 3) компомеры;
- 4) нейлон;
- 5) светоотверждаемые пластмассы.

8. Метод функционального оттиска используется:

- 1) для создания замыкающего клапана;
- 2) лучшей адгезии;
- 3) формирования вестибулярного края протеза с учетом функции мимических мышц;
- 4) получения оптимальной толщины и формы базиса протеза с учетом требований эстетики;
- 5) получения оптимальной толщины и формы базиса протеза с учетом требований фонетики.

9. По способу оформления краев Е.И. Гаврилов разделил функциональные оттиски, оформленные при помощи:

- 1) пассивных движений;
- 2) жевательных и других движений;
- 3) функциональных проб;
- 4) компрессии.

10. В основе биофизического метода фиксации полных съемных протезов лежат:

- 1) явление капиллярности;
- 2) адгезия;
- 3) функциональная присасываемость;
- 4) явление смачиваемости.

11. Выделяются следующие формы ската мягкого неба, имеющие значение для построения замыкающего клапана по дистальному краю верхнего полного протеза:

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1) извилистая; | 4) крутая; |
| 2) средней крутизны | 5) с навесом. |
- пологая;

12. Методика припасовки индивидуальной ложки на верхней беззубой челюсти по Гербсту включает следующие функциональные пробы:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1) глотание; | 4) вытягивание губ; |
| широкое открывание | облизывание верхней |
| 2) рта; | 5) губы. |
- засасывание щек;

13. Изготовление двухслойного базиса (с мягкой подкладкой) у больных с полной потерей зубов показано:

- 1) при значительной неравномерной атрофии альвеолярных частей;
- 2) сухой, малоподатливой слизистой оболочке протезного ложа;
- 3) гипертрофированной слизистой оболочке протезного ложа;
- 4) «болтающемся» мягком альвеолярном гребне;
- 5) экзостозах на поверхности протезного ложа.

14. Способы изготовления индивидуальных ложек:

- 1) из быстротвердеющей пластмассы;
- 2) вакуумное формирование из пластины термопластичной пластмассы;
- 3) из пластины фотополимерного композита;
- 4) 3D-печать;
- 5) из тиоколовых оттискных материалов.

15. Факторами, влияющими на фиксацию полных съемных протезов, являются:

- 1) клиническая анатомия челюстей;
- 2) тип слизистой оболочки протезного ложа;
- 3) методика получения функционального оттиска;
- 4) особенности психики больного.

16. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относятся:

- 1) утяжеление протезов;
- 2) использование магнитов;
- 3) анатомическая ретенция;
- 4) крепление протезов при помощи внутрикостных имплантатов;
- 5) присасывающие камеры.

17. К физическим методам фиксации полных съемных протезов относятся:

- 1) утяжеление протезов;
- 2) использование магнитов, укрепляемых в верхнем и нижнем протезах;
- 3) использование присасывающих камер;
- 4) использование внутрикостных имплантатов.

18. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуальной слепочной ложке на верхнюю челюсть:

- 1) плотное прилегание к тканям протезного ложа;
- 2) отсутствие смещения на челюсти при проведении функциональных проб;
- 3) строгое соответствие линии «А»;
- 4) строгое соответствие краю переходной складки.

19. Требования, предъявляемые к индивидуальной слепочной ложке на нижнюю челюсть:

- 1) не доходить до переходной складки на 2 мм;
- 2) перекрывать щечные тяжи и уздечку языка;
- 3) плотно прилегать к тканям протезного ложа, не балансировать;
- 4) обходить щечные тяжи и уздечку языка;
- 5) перекрывать позадиомолярный бугорок.

20. Методика припасовки индивидуальной ложки на нижней беззубой челюсти по Гербсту включает следующие функциональные пробы:

- 1) глотание;
- 2) широкое открывание рта;
- 3) засасывание щек;
- 4) вытягивание губ;
- 5) касание кончиком языка верхней губы.

Тема 4. Протезирование больных с полной потерей зубов. Определение центрального соотношения челюстей

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Укажите признак завышения межальвеолярной высоты:

- 1) прикусывание слизистой щек;
- 2) углубление естественных складок лица;
- 3) заедание щек;
- 4) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением.

2. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать:

- 1) топографию сагиттальной окклюзионной кривой;
- 2) равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах;
- 3) топографию трансверзальной окклюзионной кривой.

3. Для правильного определения положения нижней челюсти по отношению к верхней челюсти важно:

- 1) подготовка гипсовых моделей челюстей;
- 2) определение высоты нижнего отдела лица;
- 3) определение и формирование окклюзионной плоскости.

4. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект:

- 1) антропометрический;
- 2) с помощью циркуля золотого сечения;
- 3) анатомо-физиологический;
- 4) на основании изучения фотографий больного.

5. Ориентиром для определения протетической (окклюзионной) плоскости верхнего прикусного шаблона с окклюзионными валиками при полной потере зубов служит:

- 1) носоушная линия и линия улыбки;
- 2) вертикальная линия;
- 3) носоушная линия;
- 4) поверхность нижнего валика;
- 5) линия улыбки.

6. На этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют:

- 1) на нижнем окклюзионном валике;
- 2) верхнем окклюзионном валике;
- 3) нижнем и верхнем окклюзионных валиках.

7. Протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии:

- 1) камперовской;

- 2) франкфуртской;
- 3) зрачковой.

8. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:

- 1) используют для постановки искусственных зубов;
- 2) сохраняют до этапа проверки конструкции протеза;
- 3) сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения;
- 4) переплавляют для повторного использования воска.

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

9. Выберите правильные утверждения:

- 1) щечные поверхности прикусных шаблонов с окклюзионными валиками должны лежать в одной плоскости;
- 2) протетическая плоскость должна быть параллельной франкфуртской горизонтали;
- 3) для формирования протетической плоскости в боковых отделах используют 2 линейки: первая накладывается на окклюзионную поверхность прикусного шаблона с окклюзионными валиками, вторая — по носушной линии;
- 4) край верхнего валика должен выступать из-под верхней губы на 1–2 мм.

10. К ориентировочным линиям на прикусном шаблоне с окклюзионными валиками относятся:

- 1) линия резцов;
- 2) линия клыков;
- 3) разделительная линия;
- 4) линия улыбки;
- 5) средняя линия.

11. Выберите факторы, которые влияют на положение функционального покоя нижней челюсти:

- 1) заболевание пародонта;
- 2) эмоциональное состояние человека;
- 3) заболевание нервной системы;
- 4) заболевание ВНЧС;
- 5) произвольный контроль за положением нижней челюсти самого больного.

12. Увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:

- 1) укорочение верхней губы;
- 2) стук зубов во время еды и речи;
- 3) быстрая утомляемость жевательных мышц;
- 4) опущение углов рта;
- углубление носогубных складок.

13. Уменьшение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:

- 1) укорочение верхней губы;
- 2) стук зубов во время еды и речи;
- 3) мацерация кожи в углах рта;
- 4) утомляемость жевательных мышц;
- 5) опущение углов рта.

14. Край верхнего прикусного валика при формировании протетической плоскости должен:

- 1) при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 5–6 мм;
- 2) находиться на уровне линии смыкания губ;
- 3) при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 1–2 мм.

15. Укажите клинические приемы протезирования съёмными протезами:

- 1) формирование протетической плоскости на верхнем прикусном валике;

- 2) проверка восковой конструкции протезов;
- 3) изготовление восковых базисов с прикусными валиками;
- 4) нанесение ориентировочных линий на прикусных валиках.

16. При постановке передних зубов в полных съемных протезах учитывают:

- 1) длину верхней губы и ее положение;
- 2) межальвеолярное расстояние;
- 3) величину межокклюзионного промежутка;
- 4) треугольник Паунда;
- 5) положение резцового сосочка.

17. Форма альвеолярного отростка, наиболее благоприятная для обеспечения устойчивости протеза и адекватного восприятия жевательного давления:

- 1) широкий отросток;
- 2) умеренная высота отростка;
- 3) узкий отросток;
- 4) высокий отросток.

18. Признаки снижения межальвеолярной высоты:

- 1) углубление носогубной складки;
- 2) сглаженность носогубных и подбородочной складок;
- 3) уменьшение высоты нижнего отдела лица;
- 4) удлинение нижнего отдела лица;
- 5) потеря жевательных зубов.

19. К статическим методам определения центрального соотношения челюстей относят:

- 1) метод Юпитца;
- 2) метод Ватсворда;
- 3) метод Гизи;
- 4) метод Рубинова.

20. Методы определения центрального соотношения челюстей:

- 1) анатомо-физиологический;
- 2) функционально-физиологический;
- 3) анатомический;
- 4) определение центрального соотношения челюстей с помощью
- 5) гнатодинамометра;
- 6) определение центрального соотношения челюстей методом электромиографии.

Тема 5. Методы постановки зубов в полных съемных протезах

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ФОРМОЙ ЛИЦА БЫЛА УСТАНОВЛЕНА:

- 1) Вильямсом
- 2) Шпее
- 3) Нельсоном
- 4) Гизи

2. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ ЛИЦА, ФОРМОЙ ЗУБНЫХ ДУГ И ФОРМОЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НОСИТ НАЗВАНИЕ ТРИАДЫ:

- 1) Нельсона
- 2) Вильямса
- 3) Ганау
- 4) Уилсона

3. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ:

- 1) Рубинов
- 2) Васильев
- 3) Гельман
- 4) Гизи

4. ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ КОНСТРУИРОВАНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО ОРТОГНАТИЧЕСКОМУ, ПРОГЕНИЧЕСКОМУ ИЛИ ПРОГНАТИЧЕСКОМУ ТИПУ ОБУСЛОВЛЕНО:

- 1) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности
- 2) просьбой больного
- 3) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)

4) видом соотношения челюстей больного

5) степенью атрофии челюстей

5. ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ УГОЛ МЕНЕЕ 80°, ОБРАЗОВАННЫЙ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫМИ ЛИНИЯМИ И ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ТИПУ:

1) ортогнатическому

2) прогеническому

3) прогнатическому

6. СТЕКЛЯННУЮ ПЛАСТИНКУ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ МОЖНО ПЕРЕНЕСТИ НА НИЖНИЙ ОККЛЮЗИОННЫЙ ВАЛИК СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

1) срезав нижний окклюзионный валик на толщину стекла

2) изготовив новый прикусной шаблон с окклюзионным валиком на нижнюю челюсть

3) с помощью восковых столбиков, нанесенных на внутреннюю поверхность окклюзионного валика

4) стеклянная пластинка приклеивается к нижнему окклюзионному валику с помощью полоски расплавленного воска

7. КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАНЕСЕНЫ НА СТЕКЛО ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ:

1) средняя линия

2) линия улыбки

3) линия клыков

4) периметр верхнего окклюзионного валика

8. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ ПЕРВЫМИ СТАВЯТ:

1) 1.1

2) 2.1

3) 3.1

4) 4.1

5) 1.3

9. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2 СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1) касаются поверхности стекла

2) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм

3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм

4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм

5) наклонены режущими краями к центру

10. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СПОСОБ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЕМНОМ ПРОТЕЗЕ:

1) степень атрофии альвеолярных частей

2) длина губ

3) желание пациента

4) соотношение беззубых челюстей

5) выраженность носогубных и подбородочной складок

11. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ИСКУССТВЕННЫМ ЗУБАМ:

1) не имеют требований

2) материал не должен оказывать токсического и раздражающего действия

3) правильный подбор анатомической формы и цвета зубов

4) устойчивость к действию жевательного давления и стирания

12. ПРАВИЛА ПОСТАНОВКИ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ ПО МЕТОДУ ВАСИЛЬЕВА:

1) щечный бугорок касается стекла

2) небный бугорок отстоит на 1 мм

3) касается стекла обоими бугорками

4) отстоит от поверхности стекла

13. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ФОРМЫ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ:

1) прямоугольная

2) клиновидная

3) овальная

4) круглая

5) коническая

14. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АДАПТАЦИЮ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ:

1) качество выполнения технологии

2) качество хирургической подготовки протезного ложа

- 3) качество психологической подготовки больного к протезированию
- 4) соответствие качества изготовления протеза ожиданию больного

15. ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ФОНЕТИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ

УЧИТЫВАТЬ:

- 1) профессию больного
- 2) характер постановки зубов
- 3) высоту нижнего отдела лица
- 4) форму вестибулярной и оральной поверхностей базиса протеза

16. ПРИ ПОДБОРЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ОРТОПЕД

ДОЛЖЕН УЧИТЫВАТЬ:

- 1) цвет кожи
- 2) форму лица
- 3) пол пациента
- 4) возраст пациента
- 5) тип нервной системы

17. КАКИЕ ИЗ МЕТОДОВ ОТНОСЯТСЯ К МЕТОДАМ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ

ЗУБОВ:

- 1) по Васильеву
- 2) по Гизи
- 3) по Рубинову

18. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ (ПЯТЕРКА ГАНАУ) ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ГАРМОНИЮ МЕЖДУ:

- 1) углом наклона резцов
- 2) углом наклона моляров
- 3) окклюзионной плоскостью
- 4) наклоном суставных бугорков
- 5) степенью выраженности окклюзионных кривых
- 6) высотой бугров и углами скатов бугров боковых зубов
- 7) формой и величиной передних зубов верхней челюсти

19. ПО СПОСОБУ КРЕПЛЕНИЯ К БАЗИСУ ПРОТЕЗА ИСКУССТВЕННЫЕ

ФАРФОРОВЫЕ

ЗУБЫ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) крампонные
- 2) на приточке
- 3) на искусственной десне
- 4) диаторические
- 5) трубчатые
- 6) верно все выше перечисленное

20. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ:

- 1) камперовская горизонталь
- 2) франкфуртская горизонталь
- 3) кривая Шпее
- 4) зрачковая линия

Ответы на тесты:

Тема 1.	Тема 2.	Тема 3.	Тема 4.	Тема 5.
---------	---------	---------	---------	---------

1) 6 2) 3 3) 2 4) 2 5) 3 6) 2 7) 1 8) 4 9) 4 10) 2 11) 1,3 12) 1,2 13) 1,3 14) 1-4 15) 1,4 16) 1,2,3 17) 2,3,4 18) 1,2,4,5 19) 1-4 20) 2,4	1) 2 2) 2 3) 2 4) 2 5) 3 6) 3 7) 1,2 8) 1 9) 3 10) 4,5 11) 1,3 12) 1,3 13) 2,3 14) 2,3 15) 1,2 16) 2,3 17) 3,4 18) 3,4 19) 2-4 20) 1,2,4	1) 4. 2) 1. 3) 3. 4) 1. 5) 3. 6) 2-5. 7) 2, 5. 8) 1, 3. 9) 1-3. 10) 2, 3. 11) 2-4. 12) 2-4. 13) 1, 2, 5. 14) 1-4. 15) 1-3. 16) 3, 4. 17) 1-3. 18) 1, 2. 19) 3-5. 20) 1, 2, 4, 5.	1) 4. 2) 2. 3) 2. 4) 3. 5) 3. 6) 2. 7) 1. 8) 1. 9) 1, 3, 4. 10) 2, 4, 5. 11) 2-5. 12) 2, 3. 13) 3-5. 14) 2, 3. 15) 1, 2, 4, 16) 1-3, 5. 17) 1, 2. 18) 1, 3. 19) 1-3. 20) 1, 3.	1) 1 2) 1 3) 2 4) 4 5) 2 6) 1, 2 7) 1, 3, 4 8) 1, 2 9) 2, 5 10) 1, 2, 4 11) 2, 3, 4 12) 1, 2 13) 1, 2, 3 14) 1, 2, 3 15) 1, 2, 4 16) 1, 2, 3, 4 17) 1, 2 18) 1, 3, 4, 5, 6 19) 1, 4 20) 1, 4
---	---	---	--	---

Раздел - по производственной практике «Врач стоматолог -ортопед»	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Тема 1. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта: задачи, показания, методика планирования ортопедического лечения	УК-1, ПК-6, ПК-7
<p><i>Выберите один вариант правильного ответа.</i></p> <p>1. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию:</p>	

- 1) переднюю;
- 2) по дуге;
- 3) сагиттальную;
- 4) парасагиттальную.

2. Клиническим обоснованием выбора лечебной ортопедической конструкции при заболеваниях пародонта является:

- 1) вид прикуса и состояние сохранившихся зубов;
- 2) цвет кожных покровов;
- 3) состояние слизистой оболочки полости рта.

3. Интердентальная шина Копейкина обеспечивает стабилизацию:

- 1) переднюю;
- 2) сагиттальную;
- 3) передне-боковую;
- 4) парасагиттальную (поперечную);
- 5) по дуге.

4. Временная пластмассовая шина с оральной стороны должна:

- 1) достигать до десневого края;
- 2) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм;
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм;
- 4) не достигать до десневого края.

5. Метод временного шинирования используют:

- 1) в начальной стадии пародонтита;
- 2) начальной стадии пародонтоза;
- 3) развившейся стадии пародонтита при подвижности зубов II–III степени;

- 4) атрофии лунок более чем на 1/2.

6. Ортопедическое лечение локализованного пародонтита направлено:

- 1) на профилактику заболеваний твердых тканей зубов;
- 2) устранение причин, вызвавших заболевание;
- 3) шинирование пораженных зубов;
- 4) предупреждение функциональной перегрузки зубов с пораженным пародонтом.

7. Шина — это приспособление для иммобилизации:

- 1) группы зубов;
- 2) всего зубного ряда;
- 3) одного зуба;
- 4) отдельных зубов.

8. Изготовление металлокерамических мостовидных протезов при локализованном (очаговом) пародонтите противопоказано:

- 1) при начальной стадии;
- 2) легкой степени тяжести;
- 3) средней степени тяжести;
- 4) тяжелой степени.

9. Изготовление несъемных шин протезов показано при резорбции (атрофии) костной ткани альвеолярных частей:

- 1) менее 1/4 длины корня;
- 2) 3/4 длины корня;
- 3) на 1/4 длины корня;
- 4) 1/2 длины корня.

10. Изготовление металлокерамических мостовидных протезов при

локализованном (очаговом) пародонтите показано:

- 1) в начальной стадии;
- 2) при легкой степени тяжести;
- 3) средней степени тяжести;
- 4) тяжелой степени.

11. Непосредственное протезирование позволяет:

- 1) ускорить процесс регенерации после удаления зубов;
- 2) сохранить высоту нижнего отдела лица;
- 3) исправить эстетические дефекты;
- 4) уменьшить степень атрофии пародонта зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов;
- 5) распределить жевательное давление на искусственные и естественные зубы.

12. Цель ортопедического лечения локализованного пародонтита:

- 1) профилактика заболеваний твердых тканей зубов;
- 2) устранение причин, вызвавших заболевание;
- 3) шинирование пораженных зубов;
- 4) предупреждение функциональной перегрузки зубов с пораженным пародонтом.

13. Основные элементы каркаса шинирующего дугового протеза:

- 1) балка;
- 2) дуга;
- 3) опорно-удерживающие кламмеры;
- 4) седловидная часть.

14. Проявлением деформации зубных рядов при пародонтитах является:

- 1) резорбция компактной пластинки лунок зубов;
- 2) веерообразное расхождение передних зубов;
- 3) появление трем;
- 4) наклон зубов в сторону дефектов.

15. Применение имедиат-протезов позволяет:

- 1) полностью избавиться от заболевания пародонта;
- 2) сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих окклюзионную высоту;
- 3) ускорить репаративные процессы альвеолярной части;
- 4) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов.

16. Подготовка моделей при изготовлении имедиат-протезов включает:

- 1) срезание зубов, планируемых на удаление;
- 2) обработку альвеолярного гребня;
- 3) параллелометрию и ликвидацию поднутрений на альвеолярной части.

17. Несъемные шины:

- 1) цельнолитые экваторные коронки;
- 2) интердентальные;
- 3) съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов;
- 4) колпачковые литые шины со штифтами на депульпированных зубах;
- 5) системы, фиксирующиеся на зубах с помощью композитных материалов и клеев;
- 6) дуговые протезы;

7) цельнолитые коронки, облицованные керамикой или композитом.

18. Положительные качества несъемных шин:

- 1) стабилизация зуба в вертикальном, вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлениях;
- 2) иммобилизация зубов с односторонним концевым дефектом зуб-ного ряда;
- 3) быстрая адаптация больных;
- 4) сложная технология изготовления.

19. Выбор конструкции и вида шины при заболеваниях пародонта зависит:

- 1) от резорбции костной ткани пародонта;
- 2) расположения уздечек верхней и нижней губ;
- 3) вида прикуса;
- 4) целостности коронок зубов;
- 5) величины и топографии дефектов зубных рядов.

20. Требованиями к постоянным шинам-протезам являются:

- 1) перераспределение функциональных нагрузок;
- 2) замещение дефектов зубных рядов;
- 3) осуществление профилактики кариеса;
- 4) иммобилизация подвижных зубов.

Тема 2. Пародонтоз и пародонтит

УК-1, ПК-6, ПК-7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. Пародонтит — это:

- 1) воспаление тканей пародонта;
- 2) дистрофическое заболевание тканей пародонта;
- 3) воспаление десны без нарушения целостности зубодесневого соединения;
- 4) воспаление периодонта.

2. Какую форму заболевания пародонта вызывает бруксизм?

- 1) генерализованную;
- 2) локализованную.

3. При пародонтите явления деструкции костной ткани захватывают:

- 1) тело челюсти;
- 2) альвеолярную часть челюсти;
- 3) альвеолярную часть и тело челюсти.

4. Наиболее объективный рентгенологический метод оценки состояния пародонта при генерализованном пародонтите:

- 1) панорамная рентгенография;
- 2) внутриротовая рентгенография;
- 3) 3-Д томография;
- 4) рентгеновский снимок по Шулеру.

5. Для лечения локализованного (очагового) пародонтита несъемные протезы применяются:

- 1) при отсутствии атрофии лунки;
- 2) атрофии лунки на 1/4;
- 3) атрофии лунки на 1/2;
- 4) атрофии лунки на 3/4;
- 5) атрофии лунки более чем на 3/4.

6. Значимым критерием необходимости удаления зубов является:

- 1) степень патологической подвижности;
- 2) величина резорбции костной ткани альвеолярных частей;
- 3) данные одонтопародонтограммы;
- 4) наличие повышенной стираемости зубов;
- 5) вертикальное перемещение зубов.

7. Уточнение глубины пародонтального кармана производят с помощью:

- 1) зонда;
- 2) рентгенограммы;
- 3) одонтопародонтограммы;
- 4) специальных индексов.

8. При пародонтитах проявление деформации зубных рядов — это:

- 1) резорбция компактной пластинки лунок зубов;
- 2) веерообразное расхождение передних зубов;
- 3) наклон зубов в сторону ранее удаленных зубов.

9. Симптомами пародонтоза являются:

- 1) патологическая подвижность зубов;

- 2) над- и поддесневые зубные отложения;
- 3) обнажение корней зубов;
- 4) повышенная стираемость зубов.

10. Что из перечисленного является симптомами пародонтоза?

- 1) пародонтальные карманы;
- 2) клиновидные дефекты;
- 3) гноетечение;
- 4) повышенная стираемость зубов.

11. Что из перечисленного является симптомами пародонтита?

- 1) патологическая подвижность зубов;
- 2) над- и поддесневые зубные отложения;
- 3) стираемость зубов;
- 4) повышенная стираемость зубов.

12. Что из перечисленного является симптомами пародонтита?

- 1) пародонтальные карманы;
- 2) клиновидные дефекты;
- 3) гноетечение
- 4) кариозные полости.

13. При пародонтите встречается гингивит:

- 1) катаральный;
- 2) гипертрофический (пролиферативный);
- 3) Венсана (язвенно-некротический);
- 4) облитерирующий.

14. Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтозе:

- 1) равномерный;
- 2) горизонтальный;
- 3) неравномерный;
- 4) вертикальный.

15. При подвижности зуба II степени отмечается его смещение:

- 1) в вестибуло-оральном направлении;
- 2) вестибулярном направлении;
- 3) мезиодистальном;
- 4) вертикальном направлении;

5) всех направлениях.

16. По распространенности пародонтит может быть:

- 1) генерализованным;
- 2) локализованным;
- 3) смешанным.

17. Локализованный пародонтит необходимо дифференцировать:

- 1) с эозинофильной гранулемой;
- 2) хроническим остеомиелитом;
- 3) десмодонтозом;
- 4) авитаминозом С;
- 5) сахарным диабетом.

18. Локализованный пародонтит дифференцируют с эозинофильной гранулемой по данным:

- 1) анамнеза;
- 2) зондирования пародонтальных карманов;
- 3) анализа крови;
- 4) частых болей определенных групп зубов;
- 5) рентгенограммы костей черепа, фаланг кистей рук и стоп.

19. При заболеваниях пародонта в качестве дополнительных лабора-торных исследований необходимо проводить:

- 1) биохимический анализ крови;
- 2) общий анализ крови;
- 3) анализ крови на сахар (глюкозу).

20. Пародонт состоит:

- 1) из периодонта;
- 2) кости альвеолы;
- 3) десны и надкостницы;
- 4) цемента корня зуба;
- 5) пульпы зуба.

Ответы на тесты:

Тема 1.	Тема 2.
---------	---------

- 1) 2.
- 2) 1.
- 3) 5.
- 4) 4.
- 5) 3.
- 6) 2–4.
- 7) 1, 2.
- 8) 3, 4.
- 9) 1, 3.
- 10) 1, 2.
- 11) 2, 3, 5.
- 12) 2–4.
- 13) 2–4.
- 14) 2–4.
- 15) 2, 4.
- 16) 1, 2.
- 17) 1, 2, 4, 5, 7.
- 18) 1, 3.
- 19) 1, 3, 4. 20) 1, 2, 4.

- 1) 1.
- 2) 1.
- 3) 2.
- 4) 3.
- 5) 2.
- 6) 1, 2.
- 7) 1, 2.
- 8) 2, 3.
- 9) 3, 4.
- 10) 2, 4.
- 11) 1, 2.
- 12) 1, 3.
- 13) 1–3. 14) 1, 2.
- 15) 1, 3.
- 16) 1, 2.
- 17) 1–3.
- 18) 1, 5.
- 19) 2, 3.
- 20) 1–4.

Раздел - дисциплина по выбору «Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС»	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Тема 1. Функциональная анатомия ВНЧС и жевательных мышц.	УК-1,ПК-6,7
<p>Выберите один вариант правильного ответа.</p> <p>1. ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА ДИСКИ И ГОЛОВКИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на вершинах суставных бугорков 2) у основания суставного бугорка 3) на середине между скатом и основанием суставного бугорка <p>2. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула 2) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки 3) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок 4) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки, мышцы 	

3. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ СУСТАВНОГО БУТОРКА ПРОИСХОДИТ

- 1) к 7 - 8 месяцам
- 2) к 6 - 7 годам
- 3) к 3 - 4 годам
- 4) к 9 - 10 годам

4. ТОЛЩИНА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) в переднем отделе – 2 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 3 мм
- 2) в переднем отделе – 1 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 1 мм
- 3) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 2 мм
- 4) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 3 мм

5. ЕСЛИ ЛАТЕРАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА СОКРАЩАЕТСЯ ТОЛЬКО НА ОДНОЙ СТОРОНЕ, ТО НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЕТСЯ ВБОК

- 1) в сторону, противоположную сокращающейся мышце
- 2) в сторону, соответствующую сокращающейся мышце
- 3) и вперед

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

6. КАКИЕ ВЫДЕЛЯЮТ ВИДЫ СУСТАВНОГО БУТОРКА

- 1) плоский
- 2) средневypуклый
- 3) крутой
- 4) отвесный

7. ДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ГРУППАМИ МЫШЦ

- 1) мышцы, поднимающие нижнюю челюсть
- 2) мышцы, опускающие нижнюю челюсть

3) мышцы шеи

4) мимические мышцы

8. ВНЕКАПСУЛЬНЫМИ СВЯЗКАМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЮТСЯ

1) латеральная связка

2) медиальная связка

3) клиновидно-нижнечелюстная связка

4) шилонижнечелюстная связка

5) височно-нижнечелюстная связка

9. МЫШЦЫ, ОПУСКАЮЩИЕ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

1) челюстно-подъязычная

2) подбородочно-подъязычная

3) латеральная крыловидная мышца

4) переднее брюшко двубрюшной мышцы

10. СУСТАВНОЙ ДИСК ДЕЛИТ ПОЛОСТЬ СУСТАВА

1) на верхнюю щель

2) на нижнюю щель

3) на переднюю щель

4) на заднюю щель

11. ЗА СЧЕТ ЧЕГО ВЫРАВНИВАЕТСЯ ИНКОНГРУЭНТНОСТЬ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

1) капсулы

2) диска

3) связок

4) суставного бугорка

5) суставной головки

12. СУСТАВНАЯ КАПСУЛА СОСТОИТ

- 1) из наружного слоя - фиброзного
- 2) из внутреннего слоя – эндотелиального
- 3) из наружного слоя – эндотелиального
- 4) из внутреннего слоя – фиброзного
- 5) из среднего слоя – эндотелиального

13. К МЫШЦАМ, ПОДНИМАЮЩИМ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) височная мышца
- 2) латеральная крыловидная
- 3) двубрюшная мышца
- 4) медиальная крыловидная мышца
- 5) жевательная мышца

14. НИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ (СУСТАВНАЯ) ЯМКА ВИСОЧНОЙ КОСТИ ОТГРАНИЧИВАЕТСЯ СПЕРЕДИ И СЗАДИ

- 1) передним краем каменисто-барабанной щели
- 2) суставной ямкой
- 3) суставным бугорком
- 4) скуловым отростком

15. ПО МЕРЕ УТРАТЫ ЗУБОВ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ

- 1) уменьшается выраженность ее изгиба
- 2) происходит смещение кзади ее полюса
- 3) происходит смещение кпереди ее полюса
- 4) увеличивается выраженность ее изгиба

16. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ О СУСТАВНОМ ДИСКЕ ВЕРНЫ

- 1) имеет двояковогнутую форму
- 2) выравнивает инконгруэнтность внчс

3) вырабатывает синовиальную жидкость

4) имеет форму, близкую к цилиндру

17. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ПО СВОЕМУ СТРОЕНИЮ

1) парный

2) непарный

3) инконгруэнтный

4) конгруэнтный

18. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ АРТЕРИЯМИ

1) поверхностной височной артерией

2) глубокой ушной артерией

3) задней ушной артерией

4) средней артерией твердой мозговой оболочки

5) скулоглазничной артерией

6) поперечной артерией лица

19. МЕДИАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ МЫШЦА

1) начинается от крыловидной ямки одноименного отростка клиновидной кости

2) прикрепляется к крыловидной бугристости на внутренней поверхности угла нижней челюсти

3) начинается от височной поверхности большого крыла клиновидной кости

4) прикрепляется к верушке и медиальной поверхности венечного отростка нижней челюсти

20. ФУНКЦИЯ МЕДИАЛЬНОЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

1) при одностороннем сокращении смещает нижнюю челюсть в противоположную сторону

2) при двустороннем сокращении выдвигает нижнюю челюсть вперед и поднимает ее

3) при одностороннем сокращении смещает нижнюю челюсть в одноименную сторону

4) передние пучки тянут челюсть кверху и кпереди, задние — назад

Выберите один вариант правильного ответа.

1. ФОРМА ЗУБНОЙ ДУГИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) трапеция
- 2) полуэллипс
- 3) овал
- 4) парабола

2. ФОРМА ЗУБНОЙ ДУГИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) трапеция
- 2) полуэллипс
- 3) овал
- 4) парабола

3. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЧИНАЕТСЯ

- 1) от резцов
- 2) от первого премоляра
- 3) от клыков
- 4) от второго премоляра

4. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЧИНАЕТСЯ

- 1) от резцов
- 2) от первого премоляра
- 3) от клыков
- 4) от второго премоляра

5. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНОГО) ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ

- 1) сомкнуты
- 2) разобщены на 0,5 - 1,0 мм
- 3) разобщены на 2,0 - 4,0 мм

4) разобщены на 4,0 - 6,0 мм

6. САГИТТАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ

- 1) Шпее (1890)
- 2) Бонвилль (1895)
- 3) Гизи (1912)
- 4) Астахов (1938)

7. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА

- 1) вверх
- 2) вниз
- 3) вовнутрь
- 4) кнаружи

8. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА

- 1) вверх
- 2) вниз
- 3) вовнутрь
- 4) кнаружи

9. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА

- 1) вниз
- 2) вверх
- 3) вовнутрь
- 4) кнаружи

10. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА

- 1) вниз
- 2) вверх
- 3) вовнутрь

4) кнаружи

11. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТСУТСТВУЕТ

- 1) у первых премоляров
- 2) у вторых премоляров
- 3) у первых моляров
- 4) у вторых моляров
- 5) у латеральных резцов

12. ЧЕМУ РАВНА ВЕЛИЧИНА ГОТИЧЕСКОГО УГЛА

- 1) 100-110°
- 2) 50-70°
- 3) 17°
- 4) 30-40°

13. ТРАНСВЕРЗАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ

- 1) Шпее
- 2) Бенетт
- 3) Уилсон
- 4) Хантер

14. ОСНОВНОЙ ЗУБНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

- 1) резцовые линии совпадают между собой
- 2) зубные ряды смыкаются по I классу Энгля
- 3) резцовые линии совпадают с центральной линией лица
- 4) максимальное количество фиссурно-бугорковых контактов зубов-антагонистов

15. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ УГЛА САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ

- 1) 17-25°
- 2) 30-50°

3) 20-40°

4) 40-60°

16. УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ЛИНИИ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ

1) с окклюзионной плоскостью

2) с камперовской горизонталью

3) с франкфуртской горизонталью

4) с сагиттальной плоскостью

17. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ В НОРМЕ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ

1) контакт резцов

2) контакты клыков и боковых резцов

3) контакт дистальных бугров вторых моляров

4) контакт клыков и щечных бугров премоляров и моляров

берите несколько вариантов правильных ответов.

18. УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ЛИНИИ САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ

1) с окклюзионной плоскостью

2) с камперовской горизонталью

3) с франкфуртской горизонталью

4) с сагиттальной плоскостью

19. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ

1) называют углом Беннета

2) равен 15-17 °

3) называют готическим углом

4) составляет в среднем 100-110 °

20. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) смещения головки нижней челюсти на стороне сократившейся мышцы по скату суставного бугорка вперед, вниз и в сторону
- 2) смещения по отношению к сагиттальному пути
- 3) смещения головки нижней челюсти на стороне сократившейся мышцы по скату суставного бугорка вперед и вверх
- 4) смещения по отношению к трансверзальному пути

Тема 3. Этиология, клиника, патогенез и ортопедическое лечение привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти.

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ

- 1) полное нарушение соприкосновения суставных поверхностей, при котором суставная головка располагается кпереди от суставного бугорка
- 2) челюсти сохраняется частичный контакт суставных поверхностей, хотя суставная головка нижней челюсти также слегка заходит за вершину суставного бугорка или устанавливается у его вершины

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1) травматический передний двусторонний вывих
- 2) травматический передний односторонний вывих
- 3) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти
- 4) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти

3. АППАРАТ ШРЕДЕРА СОСТОИТ ИЗ

- 1) каучуковой небной пластинки с пелотом
- 2) модифицированием наддесневой шины Ванкевич
- 3) небной пластинки со съемным пелотом
- 4) небной пластинки с двусторонними валиками

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

4. КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВНЧС МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ ВЫВИХУ

- 1) слабый связочный аппарат ВНЧС
- 2) небольшая глубина суставной ямки

- 3) гипертонус мимических мышц
- 4) пологая форма суставного бугорка

5. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И НАПРАВЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗЛИЧАЮТ ВЫВИХИ И ПОДВЫВИХИ

- 1) передние
- 2) задние
- 3) односторонние
- 4) двусторонние
- 5) вертикальные

6. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ ВНЧС

- 1) сбор анамнеза
- 2) пальпация
- 3) аускультация
- 4) перкуссия

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫВИХОМ

- 1) компьютерная томография
- 2) рентгенография
- 3) доплеровская флоуметрия
- 4) магнитно-резонансная томография
- 5) артрография

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ДВУСТОРОННЕГО ВЫВИХА ВНЧС

- 1) смещение подбородка в сторону
- 2) открытый незакрывающийся рот
- 3) резкая боль в ВНЧС
- 4) слюнотечение, затруднение речи

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАДНЕГО ВЫВИХА ВНЧС

- 1) рот открыт, невозможно закрыть
- 2) рот закрыт, невозможно открыть
- 3) дистальный прикус
- 4) западение тканей кпереди от козелков уха
- 5) кровотечение из слухового прохода

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОДНОСТОРОННЕГО ВЫВИХА ВНЧС

- 1) рот полуоткрыт
- 2) подбородок смещен в здоровую сторону
- 3) подбородок смещен кзади и вниз
- 4) ограничение движений нижней челюсти

11. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХАМ ФАКТОРЫ

- 1) полиартриты
- 2) заболевание височно-нижнечелюстного сустава
- 3) растяжение суставной капсулы
- 4) клинические судороги
- 5) окклюзионные нарушения

12. ЩЕЛКАНЬЕ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ И ПОДВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при широком открывании рта
- 2) при в момент начала закрывания рта
- 3) при незначительном открывании рта
- 4) сжатии челюстей

13. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ПОДВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) свободное открывание рта, сопровождающееся щелканьем
- 2) невозможность открывание рта
- 3) появление болевых ощущений
- 4) кровотечение из наружного слухового прохода

14. АППАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) Шредера
- 2) Оксмана
- 3) Померанцевой-Урбанской

- 4) Ядровой
- 5) Петросова

15. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХАХ И ПОДВЫВИХАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) в вправлении вывиха
- 2) в расслаблении жевательной мускулатуры
- 3) в создании препятствия для широкого открывания рта
- 4) в разобщении зубных рядов

16. АППАРАТ ПЕТРОСОВА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) блок коронок
- 2) ось с двуплечим шарниром
- 3) ограничительное кольцо
- 4) пелот
- 5) накусочная площадка

17. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ДОЛЖНО СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- 1) протезированием
- 2) устранением зубочелюстных аномалий
- 3) общей терапией основного заболевания
- 4) редрессацией сустава

18. АППАРАТ К.С.ЯДРОВОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА

- 1) является модифицированием наддесневой шины Ванкевич
- 2) в задних отделах шины имеет небольшие двусторонние валики, которые упираются в передний отдел ветви нижней челюсти при широком открывании рта
- 3) является модифицированием шины Петросова
- 4) представляет собой небную пластинку со съемным пилотом, который препятствует широкому открыванию рта

19. АППАРАТ З.Н.ПОМЕРАНЦЕВОЙ-УРБАНСКОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА

- 1) представляет собой небную пластинку со съёмным пелотом, укрепленным к небной ее поверхности
- 2) в своей конструкции имеет съёмный пелот, укрепленный на пружинящей металлической пластине, при широком открывании рта упирающийся в передний отдел ветви нижней челюсти
- 3) представляет собой небную пластинку с несъёмным пелотом, укрепленным к небной ее поверхности
- 4) в своей конструкции имеет небольшие двусторонние валики, которые упираются в передний отдел ветви нижней челюсти при широком открывании рта

20. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИНЫ ВЫВИХИ И ПОДВЫВИХИ БЫВАЮТ

- 1) травматические
- 2) привычные
- 3) физиологические
- 4) патологические

Тема 4. Этиология, клиника и патогенез мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) 70-90% из них
- 2) 57-75% из них
- 3) 27-67% из них
- 4) 15% из них

2. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
- 2) гемодинамики
- 3) движения головок нижней челюсти
- 4) размеров элементов ВНЧС

3. ИЗВЕСТНЫ ОККЛЮЗИОННЫЕ КРИВЫЕ

- 1) сагиттальная
- 2) трансверзальная
- 3) сагиттальная и трансверзальная

4. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) РАВЕН

- 1) 11°
- 2) 17°
- 3) 45°
- 4) $100-110^\circ$

5. ПРИ ПОТЕРЕ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЛЕВАЯ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вперед, вниз и внутрь
- 2) назад, вверх и наружу
- 3) назад, вниз и внутрь
- 4) вперед, вверх и наружу

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

6. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ ОККЛЮЗИИ

- 1) суставной путь
- 2) окклюзионная плоскость
- 3) кривая Шпее
- 4) глотание
- 5) жевание

7. НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ВЛИЯЕТ

- 1) количество сохранившихся зубов

- 2) состояние их пародонта
- 3) положение нижней челюсти
- 4) нарушение окклюзии

8. РЕЗУЛЬТАТОМ ОККЛЮЗИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ

- 1) контактов клыков, групповых контактов клыков и щечных бугров премоляров
- 2) контактов щечных бугров премоляров
- 3) линейных контактов моляров
- 4) контактов щечных бугров моляров, линейных контактов клыков

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

- 1) измерение высоты нижнего отдела лица в центральной окклюзии и положении функционального покоя, а также при максимальном открывании рта
- 2) анализ функциональной окклюзии
- 3) пальпация сустава и жевательных мышц
- 4) электромиографическое обследование
- 5) радионуклидное исследование

10. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) снижения окклюзионной высоты
- 2) уменьшения нагрузки на пародонт
- 3) нормализации функциональной окклюзии
- 4) достижения плавности движений нижней челюсти

11. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ АРТРОЗАХ И ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) крепитацию
- 2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- 3) щелкающие звуки

4) отсутствие суставного шума

12. ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗОВ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ

- 1) устранение деформаций зубных рядов
- 2) протезирование дефектов зубных рядов с восстановлением при необходимости межальвеолярного расстояния
- 3) ограничивающие открывание рта шины и аппараты (Ядровой, Петросова, Померанцевой—Урбанской и др.)
- 4) съемные пластмассовые каппы
- 5) накусочные пластиночные аппараты

13. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АРТРИТА

- 1) постоянные боли в суставе в покое
- 2) приступообразные боли в суставе
- 3) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти
- 4) открывание рта до 4,5 - 5,0 см
- 5) открывание рта до 0,5 - 1,0 см

14. В ПЕРЕДНЕЙ ОККЛЮЗИИ В НОРМЕ ДОПУСТИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

- 1) отсутствие контактов в области жевательных зубов
- 2) наличие контактов в области передних зубов
- 3) наличие контактов в области жевательных зубов

15. КОРРЕКЦИЯ ОККЛЮЗИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) методами избирательного сошлифовывания зубов
- 2) ортопедическими и ортодонтическими методами
- 3) хирургическими методами
- 4) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими методами

16. УСУГУБЛЯЮТ РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И

ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

- 1) крепитация
- 2) дефекты зубов и зубных рядов
- 3) преждевременные окклюзионные контакты
- 4) аномалии и деформации зубочелюстной системы

17. ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) в центральной окклюзии
- 2) в боковой окклюзии
- 3) у лиц с психическими расстройствами
- 4) у лиц, подвергающихся продолжительному эмоциональному напряжению, лиц с парафункцией жевательных мышц
- 5) в передней окклюзии

18. МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СО СНИЖЕНИЕМ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА И ДИСТАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ТОМОГРАММАХ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) нарушением ориентации элементов ВНЧС
- 2) передним смещением суставного диска
- 3) дистальным сдвигом головки нижней челюсти
- 4) расширение переднего и нижнего отделов суставной щели
- 5) передним смещением головки нижней челюсти

19. ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС СПОСОБСТВУЮТ НЕГАТИВНЫЕ

- 1) стоматологические факторы
- 2) неврологические факторы
- 3) психологические факторы
- 4) экономические факторы
- 5) социальные факторы

20. АРТРИТ — ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ

- 1) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой и соединительной тканей сустава с элементами воспаления
- 2) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой ткани, костной и соединительной тканей сустава с элементами воспаления
- 3) воспалением тканей сустава, обостряющемся при переохлаждении, ноющими и иррадиирующими болями
- 4) блокированием движений нижней челюсти, болью, хрустом и щелканием в суставе

Тема 5. Избирательное шлифование зубов при патологии ВНЧС. Показания, методики проведения.

УК-1,ПК-6,7

Выберите один вариант правильного ответа.

1. ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВАНИИ ЗУБОВ

- 1) сошлифовывают вершины всех бугорков
- 2) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) не сошлифовывают
- 3) сошлифовывают скаты всех бугорков
- 4) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) сошлифовывают

2. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ

- 1) групповые контакты щечных бугорков жевательных зубов
- 2) контакты клыков и боковых резцов
- 3) контакты резцов и щечных бугорков премоляров
- 4) контакты резцов
- 5) контакты щечных бугорков жевательных зубов или клыков

3. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ В ЗАДНЕЙТАКТНОЙ ПОЗИЦИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ

- 1) дистально
- 2) в правую боковую окклюзию
- 3) левую боковую окклюзию
- 4) переднюю окклюзию

5) открыванием рта в пределах до 1 - 2 см

4. К ГИПЕРБАЛАНСИРУЮЩИМ ОТНОСЯТ ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ

- 1) на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны
- 2) на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне
- 3) на балансирующей стороне
- 4) на рабочей стороне

5. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ СОШЛИФОВАНИЕ ПРОВОДЯТ

- 1) в 5-6 посещениях
- 2) 3-4 посещения
- 3) в одно посещение
- 4) в два посещения

6. В ПЕРЕДНЕЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ УСТРАНЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ЗА СЧЕТ ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ

- 1) только верхних передних зубов
- 2) только нижних передних зубов
- 3) верхних и нижних передних зубов

7. ДЛЯ СОЗДАНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО КОНТАКТА ЗУБОВ ПРИ БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА СТОРОНЕ СМЕЩЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО СОШЛИФОВАТЬ ТВЕРДЫЕ ТКАНИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ В ОБЛАСТИ

- 1) наружных скатов щечных и внутренних скатов язычных бугорков нижних зубов
- 2) внутренних скатов щечных и наружных скатов небных бугорков верхних зубов
- 3) внутренних скатов щечных бугорков нижних зубов и внутренних скатов небных бугорков верхних зубов
- 4) внутренних скатов щечных бугорков верхних зубов и наружных скатов щечных бугорков нижних зубов

8. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ КОНТАКТЫ УСТРАНЯЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1) в правой боковой окклюзии
- 2) левой боковой окклюзии
- 3) передней окклюзии
- 4) центральной окклюзии, центральном соотношении

9. В НОРМЕ НА ОККЛЮДОГРАММЕ

- 1) просвечивающиеся участки только в области боковой группы зубов
- 2) просвечивающиеся участки только в области передней группы зубов
- 3) равномерные просвечивающиеся участки воска на всем протяжении окклюзионной поверхности зубов

10. ПОЯВЛЕНИЕ СУСТАВНОГО ШУМА И БОЛИ ПРИ ПЕРЕНЕСЕНИИ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ НА ПЕРЕДНИЕ ЗУБЫ СВЯЗАНО

- 1) с вывихом суставного диска кпереди
- 2) с подвывихом суставной головки
- 3) с растяжением связок сустава
- 4) с растяжением капсулы сустава

11. БАЛАНСИРУЮЩИЕ И ГИПЕРБАЛАНСИРУЮЩИЕ СУПЕР КОНТАКТЫ – ЭТО КОНТАКТЫ ЗУБОВ

- 1) эксцентрические на нерабочей стороне
- 2) центрические на рабочей стороне
- 3) центрические на нерабочей стороне
- 4) эксцентрические на рабочей стороне

Выберите несколько вариантов правильных ответов.

12. ОККЛЮЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДАМИ

- 1) ортопедическим
- 2) избирательного сошлифовывания зубов

- 3) хирургическим
- 4) анатомио-физиологическим

13. ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИИ

- 1) заболевания слизистой полости рта
- 2) местные факторы полости рта
- 3) поражения ВНЧС
- 4) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях

14. ХАРАКТЕР ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ПРОВЕРЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) восковых окклюдодограмм
- 2) окклюдозонных спреев
- 3) рентгенограммы
- 4) окклюдозонной бумаги

15. В ПЕРЕДНЕЙ ОККЛЮЗИИ В НОРМЕ ДОПУСТИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

- 1) отсутствие контакта в области жевательных зубов
- 2) наличие контактов в области передних зубов
- 3) наличие контактов в области жевательных зубов
- 4) трехпунктный контакт Бонвиля

16. ЭКСЦЕНТРИЧЕСКИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ КОНТАКТЫ ЗУБОВ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) в передней окклюдозии
- 2) задней контактной позиции
- 3) боковой окклюдозии

17. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) снижения окклюдозонной высоты

- 2) нормализации функциональной окклюзии
- 3) достижения скольжения при движении нижней челюсти

18. ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВАНИИ ЗУБОВ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) завышение окклюзионной высоты
- 2) гиперестезия твердых тканей зубов
- 3) изменение цвета зубов
- 4) снижение окклюзионной высоты

19. ПРИ НАЛИЧИИ СУПЕРКОНТАКТОВ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НА ОРТОПАНТОМОГРАММЕ

- 1) могут быть выявлены участки резорбции в области данных зубов, что подтверждает длительную функциональную перегрузку
- 2) могут быть выявлены участки остеосклероза в области данных зубов, что подтверждает длительную функциональную перегрузку
- 3) могут быть выявлены участки деструкции костной ткани челюстей

20. ПОСЛЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ ЗУБОВ

- 1) пациенты чувствуют себя более комфортно, ощущая более плотный контакт между зубами
- 2) пациенты отмечают более комфортные ощущения при пережевывании пищи
- 3) пациентам целесообразно проводить фторирование зубов
- 4) пациентам рекомендуют санацию полости рта

Ответы на тесты:

Тема 1.	Тема 2.	Тема 3.	Тема 4.	Тема 5.
1) 1	1)2	2) 1	1) 2	1) 2
2) 2	2) 4	3) 1	2) 2	2) 5
3) 2	3) 2	4) 1, 2, 4	3) 3	3) 1
4) 1	4) 2	5) 1, 2, 3, 4	4) 2	4) 1
5) 1	5) 3	6) 1, 2, 3	5) 4	5) 2
6) 1, 2, 3	6) 1	7) 1, 2, 4	6) 1, 2, 3	6) 1

7) 1, 2	7) 2	8) 2, 3, 4	7) 1, 3, 4	7) 4
8) 1, 3, 4	8) 2	9) 2, 3, 5	8) 1, 4	8) 4
9) 1, 2, 4	9) 1	10) 1, 2, 4	9) 1, 2, 3	9) 3
10) 1, 2	10) 1	11) 1, 2, 3, 5	10) 3, 4	10) 4
11) 1, 2	11) 5	12) 1, 2	11) 1, 3	11) 1
12) 1, 2	12) 1	13) 1, 3	12) 1, 2, 4	12) 1, 2
13) 1, 4, 5	13) 3	14) 1, 3, 4, 5	13) 1, 3, 5	13) 3, 4
14) 1, 3	14) 4	15) 1, 3	14) 1, 2	14) 1, 2, 4
15) 1, 2	15) 2	16) 1, 2, 3	15) 1, 2, 3	15) 1, 2
16) 1, 2	16) 1	17) 1, 2	16) 2, 3, 4	16) 2, 3
17) 1, 3	17) 4	18) 1, 2	17) 3, 4	17) 2, 3
18) 1, 2, 3	18) 2, 3	19) 1, 2	18) 1, 2, 3	18) 2, 4
19) 1, 2	19) 1, 2	20) 1, 2, 4	19) 1, 2, 3	19) 1, 2
20) 1, 2	20) 1, 2		20) 1, 2, 3	20) 1, 2, 3

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			недочетами	
Характеристика сформированности компетенций*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)