Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации

Укрупненная группа специальностей:
31.00.00 Клиническая медицина

Специальность:
31.08.75 Стоматология ортопедическая

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач – стоматолог-ортопед

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации:

1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации) укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «27» августа 2014 года № 1118.
2) Общая характеристика образовательной программы.
3) Учебный план образовательной программы.
4) Устав и локальные акты Института.

Перечень вопросов для проведения государственной итоговой аттестации

1. Ортопедическая стоматология, цели, задачи и основные принципы как дисциплины.
2. Разделы ортопедической стоматологии, их характеристика.
3. Связь ортопедической стоматологии с другими дисциплинами.
4. Структура ортопедического отделения, оснащение, оборудование, рабочее место врача- ортопеда, гигиенические требования.
5. Структура ортопедической лаборатории, ее оснащение, характеристика рабочего места зубного техника, гигиенические требования.
6. Инструменты врача ортопеда и зубного техника. Документация ортопедического отделения. Качественные и количественные показатели работы ортопедического отделения.
7. Методы обработки и стерилизации абразивных инструментов, наконечников, инструментов для осмотра полости рта, слепков в клинике ортопедической стоматологии (СПИД, гепатит).
8. Классификация и краткая характеристика материалов, применяемых в ортопедической стоматологии.
9. Медико-биологические требования к материалам, применяемым при изготовлении протезов.
10. Основные и вспомогательные материалы, требования, применение.
11. Сплавы легкоплавких металлов, состав, свойства, применение.
12. Сплавы серебра и палладия, состав, свойства, применение.
13. Хромокобальтовые сплавы, состав, свойства, применение.
14. Хромоникелевые сплавы, состав, свойства, применение.
15. Отбелы для золотых сплавов, стали, серебряно-палладиевых сплавов.
16. Требования, предъявляемые к базисным материалам.
17. Основные базисные пластмассы, состав, свойства, применение.
18. Режим полимеризации пластмасс горячего затвердевания, дефекты

при нарушении режима полимеризации (газовая и гранулярная пористость, водопоглощение, внутреннее напряжение).

19. Самотвердеющие пластмассы, состав, свойства, применение.

20. Состав, свойства, применение эластических пластмасс, режим полимеризации.

21. Силиконовые оттискные массы, состав, свойства, применение, получение оттисков и отливка моделей.

22. Методы плавки и литья металлов.

23. Возрастные особенности строение зубочелюстной системы человека.

24. Анатомические особенности строения верхней и нижней челюстей.

25. Анатомическое строение зубов, их отличительные признаки.

26. Характеристика слизистой оболочки полости рта и ее значение для протезирования.

27. Артикуляция и окклюзия. Виды окклюзии, характеристика передней и боковой окклюзии.

28. Характеристика центральной окклюзии. Прикус, характеристика физиологических видов прикуса.

29. Характеристика ортогнатического прикуса.

30. Методы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Схема истории болезни.

31. Внешний осмотр. Последовательность осмотра полости рта.

32. Рентгенологические методы исследования (обзорная, томография, ортопантомография, телерентгенография – принципы, достоинства и недостатки).

33. Классификация зубных протезов и аппаратов, применяемых в ортопедической стоматологии.

34. Подготовка полости рта к протезированию. Специальные терапевтические и хирургические мероприятия.

35. Ведущие симптомы клиники частичной потери зубов.

36. Классификация дефектов зубных рядов.

37. Характеристика функционирующей и нефункционирующей группы зубов.

38. Функциональная перегрузка, этиология, клиника. Травматическая окклюзия.

39. Механизм перемещения зубов, теория Годона, А.Я. Катца, Шредера, В.Ю. Курляндского и др.

40. Влияние препаровки зубов на пульпу и организм в целом. Механизм возникновения

боли при препаровки зубов.

41. Методы обезболивания твердых тканей зубов при препаровки. Апликационная анестезия, препараты.

42. Инфильтрационная, проводниковая анестезия, препараты. Безъигольная струйная анестезия, методика.

43. Дефекты твердых тканей зубов, классификации.

44. Вкладки, классификация, показания, преимущества перед пломбами.

45. Принципы препаровки полостей зуба под вкладки (1-6 классы по Блэку), абразивные инструменты.

46. Методики получения оттисков под вкладки, оттискные материалы.

47. Технология изготовления вкладок прямым методом.

48. Технология изготовления вкладок обратным методом.

49. Изготовление вкладок из композитных материалов, металлокерамики.

50. Технология изготовления цельнолитых вкладок.

51. Ошибки и осложнения при изготовлении вкладок, способы их устранения.

52. Литые металлические коронки, показания, преимущества перед штампованными коронками.

53. Металлокерамические коронки, показания, технология изготовления, особенности препаровки зубов.

54. Выбор опорных зубов, пути разгрузки и распределения жевательного давления.

55. Положительные и отрицательные стороны протезов с двухсторонней опорой, осложнения и их профилактика.

56. Клинико-лабораторные этапы изготовления паяных мостовидных протезов.

57. Клинико-лабораторные этапы изготовления протезов с двухсторонней опорой с фасетками.

58. Консольные протезы, показания, недостатки, клинико-лабораторные этапы изготовления.

59. Сравнительная характеристика съемных и несъемных протезов.

60. Съемный пластиночный протез, составные элементы, показания к изготовлению.

61. Учение о фиксации пластиночных протезов при дефектах зубных рядов.

62. Границы базисов протезов на верхней и нижней челюстях и факторы их определяющие.

63. Кламмера, классификация, строение удерживающего кламмера, расположение элементов на опорном зубе, кламмерные линии.зуба.

64. Требования к кламмеру и опорному зубу.

65. Требования к восковому базису с окклюзионными валиками, методика изготовления.

66. Методы починки протезов при переломе базиса, кламмера, добавления искусственного

67. Кламмерная система крепления. Строение опорно-удерживающего кламмера, назначение его элементов, крепление с базисом протеза.

68. Понятие о бюгельном протезе, составные элементы, базис и его назначение.

69. Показания и противопоказания к бюгельному протезу,

положительные и отрицательные свойства.

70. Материалы для изготовления бюгельных протезов.

71. Этапы изготовления цельнолитого бюгельного протеза.

72. Задачи планирования бюгельных протезов. Строение параллелометров.

73. Система кламмеров Нея, показания к выбору кламмеров.

74. Методика изготовления каркаса бюгельного протеза на огнеупорных моделях.

75. Морфологические и функциональные нарушения в зубочелюстной системе при полной потере зубов.

76. Понятия о фиксации и стабилизации протезов на беззубых челюстях. Адгезия и функциональная присасываемость.

77. Анатомо-топографическая характеристика челюстей при полном отсутствии зубов. Классификация беззубых челюстей.

78. Анатомо-топографическая и функциональная характеристика слизистой оболочки полости рта.

79. Значение и методика избирательного пришлифования зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта.

80. Проблема адаптации к протезам. Фазы адаптации по В.Ю. Курляндскому.

Примерные ситуационные задачи для проведения государственной итоговой аттестации

Ситуационная задача 1

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент С. 77 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался.

Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.

При осмотре полости рта выявлено:

- Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм.

- Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты.

- Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени.

- Слизистая оболочка щёк, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4

зубов запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 - канал корня запломбирован на 4.2, 4.4 - следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

0 0 0 0 0 П П П П П П 0 0 0
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 0 П П П 0 0 П П П 0 0 0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

Ситуационная задача 2

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Ж. 51 года.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов.

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический.

- Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7.

- На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На 3.4, 4.4 зубах имеются композитные пломбы. Остаточный корень 4.8 зуба.

На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на 1/2 длины корней. Каналы 3.4, 4.4 зубов запломбированы на половину длины корневого канала.

К И И К К К К К К К К И И К
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 0 П П 0 0 0

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

Ситуационная задача 3

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка С. 25 лет.

Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 2.1 зубов.

Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 1.1 и 2.1 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.6 зуб удалили 8 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

При осмотре полости рта выявлено:

- зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ-0.70. 2.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ- 70.

- Десневой сосочек в области 1.1 и 2.1 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка.

- Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 2.1 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует.

- В области отсутствующего 3.6 зуба деформаций не наблюдается. 3.5 и 3.7 зубы интактные.

П П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0

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

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план хирургического лечения.

5. На какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки со штифтом для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

Ситуационная задача 4

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Г. 75 лет.

Жалобы на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть.

Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4; 3.3 зубы.

При осмотре полости рта выявлено:

- 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубы имеют II степень подвижности.
- Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов.
- Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений.
- Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на верхнюю челюсть, связанную с несоответствием протезного ложа протезу.
- Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7 мм от положения физиологического покоя.

По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области

4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов равномерная костная атрофия на 1/2 длины корней.

О О О О О О О О О О О О О О О О
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
О О О О О П П О О О О О

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Предложите один из возможных планов лечения.

4. Составьте план пародонтологического лечения.

5. Перечислите, какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съёмного пластиночного протеза (по автору).

Ситуационная задача 5

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент М. 45 лет.

Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции.

Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7, 1.5, 2.4, 2.6 зубов и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти.

При осмотре полости рта выявлено:

- На нижней челюсти отсутствуют все зубы.
- В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня.
- Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая.
- Слизистая без видимой патологии.
- На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7- 1.5 зубы. 2.4-2.6 зубы соответствуют клиническим требованиям.

К Ф К К Ф К
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
О О О О О О О О О О О О О О

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Каков современный способ фиксации съёмных протезов на беззубой челюсти?
5. Какой метод дополнительного лучевого обследования оптимален при проведении методики имплантации?

Ситуационная задача 6

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка У. 59 лет.

Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль в области 4.7 зуба.

Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на 4.7 зуб и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад.

Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.
- Зубы на верхней челюсти отсутствуют.

- Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе.

- На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7 зубов, отвечающий

ортопедическим требованиям. 4.6 зуб покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.

- 4.7 зуб восстановлен световым композитом, краевое прилегание пломбы хорошее.

- Кариозная полость на 4.5 зубе заполнена размягчённым дентином.

На рентгенограмме: 4.6 - разрежение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечёткими контурами в области верхушки корня размером 2*2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 - каналы корней зубов запломбированы до верхушки.

О О О О О О О О О О О О О О О
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
П К К К Ф К

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

Ситуационная задача 7

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка М. 68 лет.

Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась.

При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны.

При осмотре полости рта выявлено:

- Альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован.

- Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый.

Позадимолярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон.

- Свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское.

- Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.

- Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована,

особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень».

- Позадимолярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

О О О О О О О О О О О О О О О
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
О О О О О О О О О О О О О О О

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы изготовления съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов.
4. Объясните возникновение трещин в углах рта (ангулярного хейлита).
5. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам

Ситуационная задача 8

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент А. 32 года с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба.

При осмотре полости рта выявлено:

- 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%.
- 3.5 зуб - зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

На прицельной рентгенограмме каналы 2.4, 2.5 зубов запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба.

С С О
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план терапевтического лечения.
4. Составьте план ортопедического лечения.
5. Основная причина зубоальвеолярного удлинения.

Ситуационная задача 9

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Ж. 26 лет.

Жалобы на изменение цвета фронтальной группы зубов верхней

челюсти. Анамнез заболевания: 1.1, 2.2 зубы лечены по поводу осложнений кариеса. При осмотре полости рта выявлено:

- 1.2, 2.1 зубы - ранее лечены по поводу кариеса, пломбы занимают значительную часть вестибулярной поверхности. Цвет пломб не соответствует тканям зубов.

- Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. Определяются твёрдые и мягкие отложения в области передних зубов на нижней челюсти.

По рентгенологическим данным - 1.1, 2.2 - каналы корней зубов плотно обтурированы пломбировочным материалом на всём протяжении, без видимых изменений в периапикальных тканях.

П П П П П П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Перечислите способы точного определения артикуляционных (окклюзионных) контактов

Ситуационная задача 10

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Я. 37 лет.

Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти.

Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений.

При осмотре полости рта выявлено:

- 3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7.

- Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями.

- Гигиена полости рта удовлетворительная. В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено.

- 4.5 зуб интактный.

Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует.

17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
О О П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план имплантологического лечения.
5. На какую длину корня зуба, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой штифтовой вкладки, для обеспечения оптимальных условий её фиксации.

Ситуационная задача 11

К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка С. 48 лет.

Жалобы на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти и затруднённое пережёвывание пищи.

Общие заболевания: сахарный диабет в анамнезе.

Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу не обращалась 3 года. Последнее удаление 1.8 и 2.8 зубов было 4 года назад.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка розового цвета. Высота нижнего отдела лица не снижена.
- 3.5 зуб - ИРОПЗ 40 - 50 %, ранее эндодонтически лечен по поводу острого пульпита, выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, откол части пломбы.
- 4.4 зуб - ИРОПЗ - 70 %.
- 4.8 зуб - коронковая часть зуба разрушена, ткани корня размягчены. Корень 4.8 зуба располагается вне зубной дуги.

На прицельной рентгенограмме 3.5, 4.5 зуба, изменений в периапикальных тканях не определяется. У 4.5, 3.5 зубов наблюдается полная обтурация корневых каналов пломбировочным материалом на всем протяжении, 4.4 зуб - неполная обтурация, прослеживаются следы пломбировочного материала.

П П П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
О О П П П О О

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

5. Составьте план хирургической подготовки полости рта к протезированию.

Ситуационная задача 12

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент В. 42 года. Жалобы на эстетический дефект зубных рядов.

Общие заболевания: остеопороз в анамнезе.

Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался примерно два года.

Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное.

При осмотре полости рта выявлено:

- Коронковые части 1.7, 1.5 зубов восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный кариес, анатомическая форма зубов нарушена.
- Прикус ортогнатический.
- Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 1.7, 1.5 - неполная обтурация, следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

П	О	П			П									
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
	П				П									

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

Ситуационная задача 13

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Д. 43 года..

Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе.

Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу- стоматологу не обращался несколько лет.

Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное.

При осмотре полости рта выявлено:

- Коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 - 80%.

- Прикус ортогнатический.

- Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 2.7, 3.5 - определяется плотная равномерная обтурация на всем протяжении корневых каналов зубов; 2.5, 3.7 - следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

П П О П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
П П О П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

Ситуационная задача 14

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент М. 62 года. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка бледно-розового цвета.

- В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные отложения, отмечается атрофия костной ткани на 1/2, в области 3.1, 4.1 зубов. 3.1, 4.1 зубы подвижны.

- Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм.

- Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены.

У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в

диаметре; на R-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

П О О П К О П П R П П О R
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
R O O K П П О О

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Сформулируйте задачи лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
5. Составьте план хирургической подготовки полости рта к протезированию.

Ситуационная задача 15

К врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти.

Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле без шлема, совершил аварию.

Во время аварии, падая с транспортного средства, сильно ударился об асфальт. В результате - перелом правой лучевой кости, сотрясение мозга, отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти.

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Носогубные и подбородочные складки не выражены.

При осмотре полости рта выявлено:

- Слизистая оболочка десен, нёба, щёк и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В области 1.1, 2.1 зубов - гиперемирована, отёчна.
- Прикус ортогнатический.
- На верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов.
- Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей.
- На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы.

На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

П R R
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
П П П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Сформулируйте задачи лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациента о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.

5. Манипуляции, необходимые в качестве подготовительного этапа к протезированию.

Ситуационная задача 16

Пациент С, 53 года, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на нижней челюсти, затруднённое пережёвывание пищи. Ранее съёмными протезами не пользовался. Готов обсудить все возможные варианты протезирования.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка в области отсутствующих зубов без особенностей, умеренно атрофирована, хорошо податливая;
- на язычной поверхности нижних передних зубов имеются над- и под десневые зубные отложения.

```
 П П         П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
 0 0 0      0 0 0 0
```

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 17

Пациент П, 55 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на нижней и верхней челюстях, косметический дефект во фронтальном отделе в.ч.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка разрыхленная, умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- признаков парадонтита и парадонтоза не отмечено;
- зубо-альвеолярное удлинение: 1.5., 2.4.

П 0 П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 П 0 0 П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 18

Пациент Р, 45 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов, в связи с травмой, произошедшей около двух недель назад, косметический дефект.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания пациент отрицает. Вредные привычки: курение

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка хорошо податливая, без видимой патологии, хорошо увлажнена;
- патологическая подвижность 1 степени 2.2., 3.2., слабая болезненность при перкуссии;
- лунки удалённых зубов без видимой патологии, в процессе заживления.

П 0 0 0 П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
К С 0 0 П П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции

Ситуационная задача 19

Пациент П, 70 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на обеих челюстях, скол керамической облицовки на металлокерамической коронке 1.4.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Пациент отмечает аллергию на цветение, пыльцу. В анамнезе жизни: хроническая ИБС по типу стабильной стенокардии напряжения 1 класса. Из вредных привычек: курение, регулярное употребление алкоголя.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- множественные над- и под десневые зубные отложения.

	П	0	К			П	П	П					
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0			0	0	0						

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Перечислите фазы адаптации к съёмному протезу.

5. Правила и особенности препарирования зубов под ортопедические конструкции.

Ситуационная задача 20

Пациент Д, 63 года, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на обеих челюстях, затруднённое пережёвывание пищи, косметический дефект.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная.

Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает. Изготовленным 3 года назад ЧСП протезом на н.ч. пациент не пользуется в связи с неудобствами, вызываемыми его ношением, отмечает низкую эстетику протеза.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка хорошо увлажнена, умеренно податливая;
- патологическая подвижность зубов отсутствует;
- умеренные над- и под десневые зубные отложения в области 1.6., 2.6.,3.5. - 4.5.

К П К Ф К
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 0 0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 21

Пациент К.,56 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, затруднённое пережёвывание пищи, косметический дефект.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус прямой;
- слизистая оболочка тонкая, умерено увлажнена, плохо податливая;
- состояние твёрдых тканей разрушенных зубов (корней) визуально и инструментально оценивается как пригодное для восстановления и последующего протезирования несъёмными ортопедическими конструкциями.

R R 0 R R 0 П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
П П П П П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

5. Виды физиологического и патологического прикуса.

Ситуационная задача 22

Пациент А.,60 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на множественное отсутствие зубов, затруднённое пережёвывание пищи.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания и вредные привычки пациент отрицает.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический;
- слизистая оболочка разрыхленная, умеренно податливая, хорошо увлажнена;
- патологическая подвижность зубов отсутствует;
- незначительные над- и поддесневые зубные отложения.

0 0 0 0
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 0 0 0 R K 0

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 23

Пациент Т, 49 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на отсутствие двух зубов на верхней челюсти, косметический дефект. Зубы удалены 7 месяцев назад по причине хронических рецидивирующих воспалительных процессов в их области, отсутствия результатов консервативного лечения.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Общесоматические заболевания

пациент отрицает. Вредные привычки: курение, регулярное употребление алкоголя.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический; конфигурация лица не изменена;
- на язычной и небной поверхностях зубов имеются над- и поддесневые зубные отложения;
- слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, в области маргинальной десны отдельных зубов – отёчна, гиперемирована.

П П П 0 0 П П
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
R П П К

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.
3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.
4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.
5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 24

Пациент Р., 49 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на косметический дефект фронтальной группы зубов верхней челюсти: неровности зубов, стёртость режущих краёв, убыль твёрдых тканей в пришеечных участках зубов.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Хронические общесоматические заболевания пациент отрицает. Вредные привычки:

курение, злоупотребление алкоголем. При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический, конфигурация лица не изменена;
- слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена;
- генерализованная повышенная (патологическая) стираемость зубов, компенсированная форма, смешанного типа (2-3 степени на в.ч., 1-2 степени на н.ч.), множественные некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты, эрозии эмали).

0 R 0
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
Pt П

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Ситуационная задача 25

Пациент И., 78 лет, обратился к врачу-стоматологу-ортопеду с жалобами на плохую фиксацию частичных съёмных протезов, на верхней и нижней челюстях, их балансирование во время разговора и приёма пищи, болевые ощущения в процессе пользования протезами. Протезы изготовлены два года назад, жалоб до недавнего времени не было.

Открывание рта свободное, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц безболезненная. Аллергологический анамнез не отягощён. Из общесоматических заболеваний пациент отмечает: ИБС, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки.

При осмотре полости рта выявлено:

- прикус ортогнатический; конфигурация лица не изменена;

- слизистая оболочка тонкая, бледно-розового цвета, слабо увлажнена, на слизистой протезного ложа отмечаются участки незначительной гиперемии, травмы поверхностного слоя.

- ЧСП протезы визуально оцениваются как состоятельные, искусственные зубы с признаками незначительной стираемости, дефекты базисов и кламмеров отсутствуют. Естественные зубы и коронки также без видимых дефектов.

0 0 0 К К 0 0 0 К К 0 0 0
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 К

1. Поставьте развёрнутый диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для составления плана лечения.

3. Составьте и обоснуйте основной, на ваш взгляд, и альтернативный планы лечения.

4. Показания и противопоказания к изготовлению новых съёмных протезов.

5. Классификация слизистой оболочки по Суппли.

Примерные тестовые задания для проведения государственной итоговой аттестации

1 Вопросы с одиночным выбором

1 Граница протезного ложа беззубой нижней челюсти в переднем отделе подъязычной области

перекрывает челюстно-подъязычную линию на 1 мм.

доходит до протоков слюнных желёз, не перекрывая их, обходя уздечку языка

проходит по своду переходной складки подъязычной области

перекрывает альвеолярный отросток по переходной складке и в переднем отделе, обходя активные уздечки и тяжи

2 Граница протезного ложа беззубой верхней челюсти в вестибулярной области

проходит на 2 мм. позади небных слепых отверстий

проходит по своду переходной складки, обходя уздечку верхней губы и щечно- десневые тяжи

перекрывает большой бугор верхней челюсти

проходит по переходной складке, ретромолярной ямке, обходя щечные тяжи

3 Граница протезного ложа беззубой верхней челюсти в дистальном отделе

проходит на 2 мм. позади небных слепых отверстий

проходит по своду переходной складки обходя уздечку верхней губы и щечно- десневые тяжи

охватывает верхнечелюстные бугры

не доходит 1мм. до линии "А"

4 При изготовлении полных съемных протезов оценивается следующая анатомо- топографическая особенность протезного ложа

степень открывания рта

степень выраженности альвеолярных отростков

выраженность носогубных и подбородочных складок

сглаженность носогубных складок

5 Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов

покрывает пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактирует с куполом переходной складки

проходит по своду переходной складки

заканчивается на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистых оболочек

перекрывает бугры

6 Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти, при ортогнатическом соотношении челюстей

перекрывает границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм.

проходит строго по границе твердого и мягкого неба
перекрывает границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм.
перекрывает границу твердого и мягкого неба на 4-5 мм.

7 Граница индивидуальной ложки на нижней челюсти проходит
на 1 -2 мм. выше переходной складки обходя щечные и губные слизистые тяжи
на 2-3 мм. выше переходной складки перекрывая щечные и губные слизистые тяжи
по самому глубокому месту переходной складки
погружаясь в мягкие ткани обходя щечные и губные слизистые тяжи
на 2-3 мм. ниже переходной складки

8 Линия улыбки на вестибулярной поверхности окклюзионного валика базиса верхней челюсти, при определении центрального соотношения беззубых челюстей, определяет
ширину передних зубов верхней челюсти
уровень расположения шеек передних зубов верхней челюсти (высоту зубов)
постановку центральных резцов во фронтальной плоскости
высоту зубов нижней челюсти

9 Особенность пациента, необходимая для подбора цвета искусственных зубов при

изготовлении съемных и несъёмных ортопедических конструкций
пол
конституция тела
цвет кожных покровов
возраст

10 Морфологические ориентиры для построения искусственных зубных рядов в полных съемных протезах
альвеолярная часть, альвеолярный отросток челюстей
резцовый сосочек
поперечные складки твердого неба верхней челюсти
нижнечелюстные бугорки
челюстно-подъязычные линии

11 Основные группы ошибок при определении центральных соотношений беззубых челюстей
ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на нижнюю челюсть

ошибки при определении физиологического покоя нижней челюсти и высоты прикуса

ошибки при изготовлении воскового базиса с окклюзионным валиком на верхнюю челюсть

ошибки при припасовке воскового базиса на верхнюю челюсть

12 Ошибки при определении состояния физиологического покоя нижней челюсти приводят к

неправильному определению цвета зубов

нарушению дикции

завышению или занижению прикуса на протезах

опрокидыванию базиса верхнего протеза

13 Признак ошибок при фиксации центрального соотношения беззубых челюстей

отсутствие множественных фиссурно-бугорковых контактов

наличие множественных фиссурно-бугорковых контактов

средняя линия лица совпадает с линией между центральными резцами верхней и нижней челюсти

сохранен "ключ окклюзии"

14 Метод постановки зубов в полных съемных протезах, наиболее распространенный в практике ортопедической стоматологии

по Васильеву

по сферической поверхности

по Тей Сауну

по индивидуальным окклюзионным кривым

15 Модели челюстей при постановке искусственных зубов в полных съемных протезах по Васильеву фиксируют в артикулятор с помощью

постановочного стекла

прибора Васильева

произвольно

постановочной пластинки

16 Устойчивость полных съемных протезов в покое называется

фиксация

стабилизация

адгезия

когезия

17 Индивидуальные жесткие ложки должны

не соответствовать границам протезного ложа

воспроизводить вестибулярный овал

плотно прилегать к тканям протезного ложа, не балансировать

соответствовать границам протезного ложа, но неплотно прилегать с учётом места под слепочную массу

18 Требования, предъявляемые к гипсовым рабочим моделям при изготовлении полных съемных протезов

отсутствие пор, повреждений, уздечка языка оттянута

четкое отображение рельефа протезного ложа, отсутствие пор, повреждений

аккуратно обрезанная, возможны незначительные смазывания рельефа переходной складки

имеются поднутрения и оттяжки, специально для коррекции

19 Морфофункциональные образования, отображенные на протезном ложе рабочих моделей челюстей при изготовлении полных съемных протезов

поднижнечелюстные бугорки, подбугры верхней челюсти

линия "б", объем переходной складки

щечно-десневые тяжи, уздечки языка, верхней и нижней губы

губы, язык

20 Требования, предъявляемые к восковым базисам при изготовлении полных съемных протезов

границы базисов на 2 мм. не доходят до границ протезного ложа

перекрывают щечно-десневые тяжи и уздечку языка, плотно прилегают к модели на всем протяжении

плотно прилегают к модели, не балансирует, имеет закругленные края, доходящие до границ протезного ложа

границы базисов на 3 мм. перекрывают переходную складку, для создания "клапанной зоны"

21 Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к ретромолярному бугорку

перекрывает его

не доходит до бугорка на 1 мм.

не доходит до бугорка на 5 мм.

располагается по середине бугорка

22 Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной линии

не перекрывает её

заканчивается на её уровне

перекрывает её

находится на её уровне

23 При полном отсутствии зубов, построение зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено

необходимостью увеличения окклюзионной поверхности.

пожеланием пациента

видом аппарата для построения зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)

видом соотношения челюстей пациента

степенью атрофии челюстей

24 Сроки проведения первой коррекции съемного протеза

на следующий день после наложения протеза

через неделю после наложения протеза

при появлении боли под протезом

25 Зоны коррекции протеза при жалобах на боли при движении губ щёк

область верхнечелюстных бугров

область уздечки губ и щечно-десневых тяжей

область переднего отдела небной поверхности

область заднего отдела небной поверхности

26 Центральное соотношение беззубых челюстей при постановке зубов в полных съемных протезах по сферической поверхности определяют с помощью

аппарата Ларина

линейки, состоящей из внутриротовой, сферической и внеротовой частей

шпателя

циркуля

27 При постановке искусственных зубов на искусственной десне

пришлифовывают часть искусственного зуба на шлифмоторе так, чтобы она прилегала к альвеолярному отростку

шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб, ориентируясь на сформированный окклюзионный валик

устанавливают искусственный зуб без окклюзионного валика

шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб

28 Зубной техник изготавливает металлокерамические протезы на

диагностической модели

рабочей модели

огнеупорной модели

рабочей разборной модели
дублированной модели

29 Нужно ли при изготовлении временных пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?
да, если постоянная конструкция будет изготовлена с учётом уступа
да, но только на передней поверхности
да, если зуб депульпирован
нет
нет, если у пациента глубокий прикус

30 Окклюзия это
всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей

положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
соотношение беззубых челюстей
вид прикуса

31 Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях
сагиттальных
центральной и сагиттальных
сагиттальных и боковых
боковых, сагиттальных и центральной
центральной

32 Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели
установленные в окклюдатор
установленные в артикулятор
с восковыми базисами и окклюзионными валиками
с восковыми базисами и искусственными зубами
с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

33 Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу, при их двухстороннем сокращении, равняется (кг)
100
195
300
390

34 И.М. Оксман предложил, в дополнение к методу определения жевательной

эффективности по Н.И. Агапову, анализировать
подвижность зубов
изменение цвета зубов
состояние коронок зубов
атрофию костной ткани челюстей
местоположение зуба в зубном ряду

35 Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследования
гнатодинамометрии
анатомических особенностей строения зубов
подвижности зубов
жевательных проб
абсолютной силы жевательных мышц

36 Прибор, воспроизводящий движения нижней челюсти по отношению к верхней
артикулятор
функциограф
гнатодинамометр
параллелометр
эстезиометр

37 Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед
m. digastricus
m. temporalis
m. masseter
m. pterygoideus lateralis

38 При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются

относительно ската суставного бугорка
у основания
в нижней трети
на середине
у вершины
в верхней трети

39 При боковом движении суставная головка нижней челюсти на

стороне сдвига совершает движение

вниз
вперед
вокруг собственной оси
вниз и вперед
вниз, вперед и вокруг собственной оси

40 Жевательная проба И.С. Рубинова показывает

степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
время необходимое для совершения 50 жевательных движений
степень измельчения 5 г. миндаля после жевания в течение 50 сек.
степень измельчения 0,8 г. ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений

41 Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является

анатомический
анатомо-физиологический
антропометрический
физиологический
фотографический

42 Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней называбтся

артикуляцией
окклюзией
прикусом
межальвеолярной высотой
высотой нижнего отдела лица

43 К физиологическим видам прикуса относится

глубокий
открытый
прямой
прогенический
прогнатический

44 Вид соотношения зубов верхней и нижней челюстей в центральной окклюзии называется

артикуляцией
окклюзией

прикусом
межальвеолярной высотой
высотой нижнего отдела лица

45 Причинами расцементировки металлокерамических коронок может быть
чрезмерная конусность культи зуба
чрезмерная толщина литого каркаса
усадка металла при литье
некачественное литье
деформация двухслойного слепка

46 При отломе коронковой части на уровне десны, зуб восстанавливают
полукоронкой
экваторной коронкой
пломбой
съемным протезом
штифтовой культевой вкладкой

47 Для припасовки штампованной коронки в клинике, врач получает коронку на
гипсовой модели
гипсовом штампе
металлическом штампе
без штампа
гипсовом штампе, в разборной модели

48 При штамповке коронки необходимо изготовить штампы
один из гипса и один из легкоплавкого металла
один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
два из гипса и один из легкоплавкого металла
два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
один из гипса, в разборной модели

49 При препарировании зуба под фарфоровую коронку, уступ располагается
по всему периметру шейки зуба
на вестибулярной поверхности
с оральной и апроксимальных сторон
на апроксимальных поверхностях
с оральной стороны

50 Заключительным лабораторным этапом изготовления

металлопластмассовой коронки

является
полировка
глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы

51 Основные параметры функциональной ценности зуба
воспаление десны и цвет зуба
цвет и размер зуба
атрофия кости и подвижность зуба
подвижность зуба и зубные отложения
зубные отложения и воспаление десны

52 Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок (мм)
0,2-0,5
0,5-1,0
1,0-1,5
1,5-2,0
2,0-2,5

53 При изготовлении одиночной коронки, слепок снимают с
челюсти, на которой будет припасована коронка
препарированного зуба и с противоположной челюсти
фрагмента челюсти с препарированным зубом
препарированного зуба
обеих челюстей

54 При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых

поверхностей сошлифовывают ткани
на толщину материала коронки
соответственно периметру шейки зуба
только экватор
контактный пункт
соответственно вершине межзубного десневого сосочка

55 При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется
супрагингивально
на уровне края десны

субгингивально, на вестибулярной поверхности
субгингивально, по всему периметру шейки зуба
не формируется

56 При изготовлении литых коронок, разборную модель изготавливают для
точности литья коронки
удобства моделировки и припасовки коронки
предотвращения усадки металла
дублирования модели из огнеупорного материала
литья коронки на гипсовом штампе

57 Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обусловливает
травму пародонта
возможную расцементировку протеза
затрудненное наложение протеза
эстетический дефект в области шейки зуба
снижение жевательной эффективности

58 Толщина литого каркаса при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (мм)
0,1-0,2
0,3-0,4
0,5-0,6
0,7-0,8
0,9-1,0

59 Штифтовой зуб с вкладкой (по автору)
Логана
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян

60 Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является
подвижность зуба третьей степени
значительное разрушение коронки зуба
подвижность зуба первой степени
наклон зуба
смещение зуба по вертикальной оси

61 При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется

уступ для

улучшения фиксации коронки
создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
уменьшения травмы десны и эстетического эффекта
достижения плотного контакта с зубами-антагонистами
создания контактного пункта с соседними зубами

62 При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают
циркулярный уступ под углом 135°
циркулярный уступ под углом 90°
уступ-скос под углом 135°, только с вестибулярной стороны
уступ-скос под углом 90°, только с вестибулярной стороны
символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

63 Штифтовой зуб по Ричмонду, это конструкция
с вкладкой
фабричного изготовления
с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надкорневой культевой вкладкой

64 При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет
1/4
1/3
1/2
2/3

65 Препарирование зубов под литые коронки производят
металлическими фрезами
алмазными головками
карборундовыми фрезами
карборундовыми дисками
вулканитовыми дисками

66 Для припасовки цельнолитой коронки в клинике, врач получает из лаборатории коронку

на гипсовой модели
на гипсовом штампе
на металлическом штампе
без штампа
на разборной гипсовой модели

67 Для припасовки металлокерамической коронки в клинике, врач получает из лаборатории коронку

на гипсовой модели
на гипсовом штампе
на металлическом штампе
без штампа
на разборной гипсовой модели

68 Для припасовки металлопластмассовой коронки в клинике, врач получает из лаборатории коронку

на гипсовой модели
на гипсовом штампе
на металлическом штампе
без штампа
на разборной гипсовой модели

69 При изготовлении цельнолитой коронки, рабочий оттиск получают с помощью массы

силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой

70 При изготовлении металлокерамической коронки, рабочий оттиск снимают массой

силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой

71 При изготовлении металлопластмассовой коронки, рабочий оттиск снимают массой

силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой

72 Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является

полировка
глазурование

припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы

73 При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом)
меньшем на толщину металла
большем на толщину металла
равном
меньшем на толщину компенсационного лака
большем на толщину компенсационного лака

74 При изготовлении штампованной коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом)
меньшем на толщину металла
большем на толщину металла
равном
меньшем на толщину компенсационного лака
большем на толщину компенсационного лака

75 Проверка окклюзионных контактов на этапе примерки искусственной коронки проводится в окклюзиях
сагиттальной
сагиттальной и центральной
центральной и боковых
боковых и сагиттальной
сагиттальной, боковых и центральной

76 Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (%):
20
40
60
80
100

77 Несъемные мостовидные протезы, по способу передачи жевательного давления, относятся (по классификации Румпеля) к
физиологическим
полуфизиологическим
нефизиологическим
комбинированным

опирающимся

78 При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является

необходимость депульпации опорных зубов
препарирование большого количества зубов
неудовлетворительная эстетика протеза
наличие опрокидывающего момента в области консоли
сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

79 Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть

коронки, полукоронки, вкладки, культевые штифтовые вкладки
вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
опорно-удерживающие кламмеры, штифтовые зубы, телескопические коронки
телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены

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

прилегает к ней по всей поверхности
прилегает только на скатах альвеолярного гребня
касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
не касается

81 Все боковые стенки опорных зубов при изготовлении паяного мостовидного протеза препарируются

с наклоном в сторону дефекта зубного ряда
параллельно между собой
с наклоном в сторону от дефекта зубного ряда
параллельно с рядом стоящим зубом

только параллельно продольной оси зуба

82 Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза

любого
штамповано-паяного
цельнолитого
металлокерамического
пластмассового

83 Моделирование тела паяного мостовидного протеза

производится

перед моделированием опорных коронок
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике

84 Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится

перед моделированием опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок

85 На этап припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на

гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах

восковом базисе
гипсовых штампах в разборной модели

86 Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях

сагиттальной
сагиттальной и центральной
центральной и боковых
боковых и сагиттальной
сагиттальной, боковых и центральной

87 Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу

первому
второму
третьему
четвертому
пятому

88 Несъемный мостовидный протез состоит из

промывной части
опорных элементов и промежуточной части
опорных элементов, промежуточной части и базиса
промывной части, коронок и тела

опорных коронок, тела, промывной части

89 Классификация мостовидных протезов по методу изготовления
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные

комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

90 Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов по отношению к десне
седловидная
промывная
касательная
диаторическая
комбинированная

91 Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима чтобы
получить точный отпечаток поддесневой части зуба
получить точный отпечаток наддесневой части зуба
создать место для цементной фиксации
обезболить десневой край
высушить поверхность культи зуба

92 Форма промежуточной части мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне
касательная
промывная
седловидная
может быть любой
зависит от протяженности дефекта зубного ряда

93 Односторонний, дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, (по классификации Кеннеди) относится к классу
первому

второму
третьему
четвертому
пятому

94 Промежуточная часть мостовидного протеза при отсутствии зубов 22 и 23 имеет форму

седловидную
промывную
касательную
ступенчатую
диаторическую

95 На этап примерки литого мостовидного протеза, врач получает протез из зуботехнической лаборатории на
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
разборной гипсовой модели

96 На этап примерки металлокерамического мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
разборной гипсовой модели

97 Показания к изготовлению составного мостовидного протеза

подвижность опорных зубов
концевой дефект зубного ряда
большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект
большая протяженность дефекта зубного ряда
низкие клинические коронки опорных зубов

98 Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

99 Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена
виниром
фасеткой
вкладкой
коронкой
штифтовым зубом

100 Штифтовой зуб – это ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект

вестибулярной стенки зуба
зубного ряда, включенный, во фронтальном отделе
зубного ряда, включенный, в боковом отделе
зубного ряда, концевой
коронковой части зуба

101 По функции различают искусственные коронки

восстановительные, комбинированные
временные, с облицовкой
восстановительные, фиксирующие
опорные(фиксирующие), пластмассовые
шинирующие, штампованные

102 Показанием к изготовлению штифтового зуба является
скол угла режущего края зуба
разрушение корня зуба на 1/2
кариозная полость 1 класса по Блэку
разрушение коронки зуба на уровне десны
подвижность зуба второй степени

103 Показанием к изготовлению мостовидного протеза является
дефект коронковой части зуба
подвижность зуба 1-й степени
пародонтит тяжелой степени
включенный дефект зубного ряда
концевой односторонний дефект зубного ряда

104 Окклюзионная кривая – это линия проведенная
по контактным поверхностям зубов
по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров
по проекции верхушек корней зубов
от козелка уха до угла крыла носа
по режущим краям фронтальных зубов и небным буграм премоляров

105 Двухслойный оттиск получают при помощи слепочных масс

альгинатных
твердокристаллических
силиконовых

термопластических
гидроколлоидных

106 Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее (мин)
5
15
40
60
90

107 Альгниатную слепочную массу замешивают на
прохладной воде или воде комнатной температуры
3% растворе поваренной соли
прилагаемом к материалу катализаторе
горячей воде
1% растворе питьевой соды

108 Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы золота пробы
375
583
585
750
900

109 При препарировании зуба под коронку, выделяют следующее количество

обрабатываемых поверхностей
2
3
4
5
6

110 Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает
осмотр
пальпацию
опрос
рентгенографическое исследование
изучение диагностических моделей

111 Анатомическая шейка зуба соответствует

переходу эмали в цемент корня
границе над- и под десневой частей зуба
экватору зуба
дну зубодесневого желобка
дну патологического зубодесневого кармана

112 Вторая степень подвижности зубов по Д.А. Энтину характеризуется движениями зуба в направлении
вестибуло-оральном
медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное
во всех направлениях, включая ротацию

113 За степень атрофии лунки зуба принимается размер, полученный при зондировании патологического зубодесневого кармана в области
медиальной стороны
дистальной стороны
вестибулярной поверхности
оральной поверхности
наибольшей атрофии

114 Объективное исследование пациента начинают с
опроса
осмотра слизистой оболочки
заполнения зубной формулы
изучения диагностических моделей
внешнего осмотра

115 Набор инструментов для первичного осмотра пациента в клинике ортопедической стоматологии включает
зонд, зеркало
зонд, зеркало, пинцет
зонд, зеркало, пинцет, экскаватор
зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку
зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку, шпатель

116 В жевательных пробах С.Е. Гельмана и С.И. Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром (мм)
0,5
1,2
2,4
3,6

4,2

117 Частичный съёмный пластиночный протез состоит из
базиса, искусственных зубов
искусственных зубов
удерживающих элементов
штанги
фасетки
базиса, искусственных зубов, удерживающих элементов

118 Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом акрилового пластиночного протеза
механически
химически
при помощи клея

119 Прикус, это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии
центральной
боковой левой
боковой правой
передней
дистальной

120 При изготовлении штампованной коронки, моделировка воском производится на
гипсовом штампе
гипсовой модели
разборной модели
огнеупорной модели
металлическом штампе

121 Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы отлитые из
нержавеющей стали
хром-кобальтового сплава
серебряно-палладиевого сплава
латуни
легкоплавкого сплава

122 Коррекция штампованной коронки из золотого сплава по длине осуществляется с применением
алмазных головок
карборундовых головок
ножниц по металлу

металлических фрез
крампонных щипцов

123 Для постоянной фиксации штампованно-паяных протезов применяют

Репин
Фосфат-цемент
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы

124 При изготовлении комбинированной штампованной коронки соединение пластмассы с металлом осуществляется за счет

химического соединения
образования окисной пленки
взаимной диффузии материалов
вырезания участка вестибулярной поверхности коронки

формирования ретенционных пунктов с использованием "перлов" (шариков)

125 При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме (по отношению к величине естественного зуба)

равном
меньшем на 10-15%
меньшем на 20-30%
большем на 5-10%
большем на 15-20%

126 При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят на

штампованный каркас
литой каркас
пластмассовое основание
штамп из огнеупорного материала
огнеупорную модель

127 Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо провести

обезжиривание каркаса
пескоструйную обработку
пескоструйную обработку и обезжиривание каркаса
обезжиривание каркаса и создание окисной пленки
пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса и создание

окисной пленки

128 Металлокерамическая коронка относится к
комбинированным
металлическим
неметаллическим

сочетанным
полимеризованным

129 При препарировании зуба под фарфоровую коронку, оптимальным является уступ
прямой
скошенный
скошенный с вершиной
прямой со скошенным краем
форма уступа значения не имеет

130 Припасовку фарфоровой коронки в лаборатории осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и штампом с помощью
разогретого воска
альгинатных слепочных масс
корригирующих силиконовых слепочных масс
жидкого гипса
копировальной жидкости (спрея)

131 На культевую вкладку можно изготовить коронку
штампованную
фарфоровую
пластмассовую
металлопластмассовую
всё вышеперечисленное

132 Нарушение температурного режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки вызывает
увеличение размера коронки
уменьшение размера коронки

образование газовой пористости
нарушение целостности
образование гранулярной пористости

133 При изготовлении цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы

375
583
750
900
950

134 Для облицовки металлопластмассовых коронок используются
Синма М
Акрилоксид
Этакрил
Протакрил
Карбодент

135 При изготовлении металлопластмассовой коронки соединение пластмассы с литым каркасом осуществляется за счет
химического соединения
образования окисной пленки
взаимной диффузии материалов
вырезания "окна" на вестибулярной поверхности коронки
формирования ретенционных пунктов с помощью "перлов" (шариков)

136 Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является
полировка

глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы

137 Физиологические виды прикуса
глубокий, прямой
прямой, ортогнатический
ортогнатический, перекрестный
перекрестный, прогнатический
прогнатический, глубокий

138 Величина жевательного коэффициента по Н.И. Агапову зависит от
подвижности зуба
наличия пломб на окклюзионной поверхности
степени атрофии
наличия патологических изменений в периапикальных тканях
величины коронковой части зуба

139 По Н.И. Агапову величина жевательного коэффициента зависит от

подвижности и местоположения зуба
наличия пломб на окклюзионной поверхности
количества корней и величины коронковой части зуба
наличия патологических изменений в периапикальных тканях
подвижности и наличия патологических изменений в окружающих тканях

140 Культевые штифтовые вкладки используются для

восстановления культи зуба, в целях последующего протезирования

шинирования зубов
восполнения дефекта зубного ряда
опоры бюгельных протезов
предупреждения функциональной перегрузки зубов

141 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба равный 0,9 является показанием к изготовлению

реставрационной вкладки
полукоронки
штифтового зуба
экваторной коронки
телескопической коронки

142 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба равный 0,45 является показанием к изготовлению

реставрационной вкладки
полукоронки
штифтового зуба
экваторной коронки
телескопической коронки

143 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба равный 0,7 является показанием к изготовлению

реставрационной вкладки
полукоронки
штифтового зуба
коронки
культевой штифтовой вкладки

144 Противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является

патологическая стираемость твердых тканей
подвижность зуба третьей степени
наличие гиперестезии
снижение высоты нижнего отдела лица
необходимость укорочения зуба при феномене Попова-Годона

145 Телескопическая коронка используется для
фиксации консольного мостовидного протеза
шинирования зубов
профилактики патологической стираемости
фиксации съемного покрывного протеза
повышения высоты нижнего отдела лица

146 Экваторные коронки используются для
фиксации консольного мостовидного протеза
шинирования зубов
фиксации бюгельного протеза
фиксации съемного покрывного протеза
восстановления оральной поверхности зуба

147 Основная причина нечеткого отображения пришеечной области препарированного зуба в двухслойном слепке
недостаточная увлажненность культи зуба
высокая текучесть корригирующего слоя
плохо проведенная ретракция десны
избыточное количество базового слоя
избыточное количество корригирующего слоя

148 Причина появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного

слепка
недостаточное высушивание культи зуба
высокая текучесть корригирующего слоя
высокая твердость основного (базового) слоя
излишняя компрессия при снятии слепка
избыточное количество корригирующей массы

149 Эффект "узкой" литой коронки возникает при
нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
моделировке каркаса с помощью адапты
уточнении пришеечной области воском при моделировке каркаса
препарировании зуба без создания уступа
отсутствии достаточного слоя компенсационного лака

150 Эффект "широкой" литой коронки возникает при
снятии слепка без проведения ретракции десны
нанесении избыточного количества компенсационного лака
уточнении пришеечной области воском при моделировке каркаса
препарировании зуба без создания уступа
усадке слепочного материала

151 Дефекты зубных рядов, как правило, возникают вследствие
заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
осложнений кариеса
патологической стираемости твердых тканей зубов
снижения высоты нижнего отдела лица
заболеваний слизистой оболочки полости рта

152 Требования к корням зубов, используемым для штифтовых конструкций
подвижность 2-3 степени
канал распломбирован на 1/3
расширение периодоитальнои щели
канал не запломбирован до верхушки на 1/3
Толщина стенок корня не менее 1,5 мм.

153 При моделировке искусственных коронок в окклюдаторе жевательные бугры должны иметь анатомическую форму
не выраженную
резко выраженную
умеренно выраженную
одноименного зуба на противоположной стороне челюсти
одноименного зуба антагониста

154 Готовая штампованная коронка должна
иметь толщину 0,5-0,8 мм.
плотно прилегать к уступу
соответствовать цвету естественного зуба
восстанавливать контакт с рядом стоящими зубами
погружаться в зубодесневую бороздку на 1.0 -1,5 мм.

155 Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении
штампованной коронки
бюгельного протеза
полного съёмного протеза
цельнолитой коронки
частичного пластиночного съёмного протеза

156 Зафиксированную штампованную коронку можно снять с зуба разрезав при помощи

карборундовой головки
металлической фрезы
сепарационного диска
колесовидного бора
ножниц по металлу

157 При изготовлении металлокерамической коронки каждый последующий обжиг производится с

повышением температуры
понижением температуры
одинаковой температурой
учетом толщины керамики
учетом толщины литого каркаса

158 Показания для изготовления штампованной металлической коронки

изменение цвета зуба
повышение высоты нижнего отдела лица
использование зуба для опоры мостовидного протеза
кариес корня зуба

159 При изготовлении металлокерамической коронки сошлифовывается значительное количество твердых тканей в целях

улучшения эстетики, создания места для каркаса и облицовки
улучшения фиксации коронки
достижения плотного контакта с зубами антагонистами
достижения плотного контакта с рядом стоящими зубами
создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба

160 Метод моделировки литого каркаса металлокерамической коронки

нанесение базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов
изготовление трех колпачков из полимерной пленки различной толщины
погружение гипсового штампа в разогретый воск с последующей моделировкой
изготовление платинового колпачка и нанесение на него воска
изготовление платинового колпачка, а затем колпачка из полимерной пленки

161 При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают
абсолютную силу жевательных мышц, величину дефекта зубного ряда
величину дефекта зубного ряда, состояние пародонта опорных зубов
состояние пародонта опорных зубов, жевательную эффективность
жевательную эффективность, топографию дефекта зубного ряда
топографию дефекта зубного ряда, абсолютную силу жевательных мышц

162 Противопоказания к изготовлению консольного несъемного протеза
интактные зубы, ограничивающие дефект
прогенический прикус
глубокое резцовое перекрытие
большая протяженность дефекта зубного ряда
4-й класс дефектов зубного ряда по Кеннеди

163 Собственно жевательная мышца по функции относится к группе мышц
опускающих нижнюю челюсть
поднимающих нижнюю челюсть
смещающих нижнюю челюсть вперед
смещающих нижнюю челюсть кзади
смещающих нижнюю челюсть влево и вправо

164 В понятие «пародонт зуба» входит комплекс тканей
альвеола, периодонт
десна, альвеола, периодонт
периодонт, цемент корня, пульпа зуба
десна, альвеола, периодонт, цемент корня
десна, альвеола, периодонт, цемент корня, пульпа зуба

165 Зубная формула 2.4. соответствует
первому премоляру на верхней челюсти слева
первому премоляру на нижней челюсти справа
второму премоляру на верхней челюсти справа
второму премоляру на нижней челюсти справа
первому премоляру на верхней челюсти справа

166 Функциональные жевательные пробы предложены
И.М. Оксманом и Н.И. Агаповым

Н.И. Агаповым и В.Ю. Курляндским
В.Ю. Курляндским и С.И. Рубиновым
С.И. Рубиновым и С.Е. Гельманом
С.Е. Гельманом и И.М. Оксманом

167 При атрофии лунки 1/4 (по В.Ю. Курляндскому), величина атрофии составляет (по высоте анатомической коронки зуба)
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5

168 При атрофии лунки 3/4 (по В.Ю. Курляндскому), величина атрофии составляет (по высоте анатомической коронки зуба)
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5

169 При атрофии лунки 1/2 (по В.Ю. Курляндскому), величина атрофии составляет (по высоте анатомической коронки зуба)
2,5
2,0
1,5
1,0
0,5

170 Метод регистрации пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта
миотонометрия
мастикациография
одонтопародонтограмма
реопародонтография
электромиография

171 Метод исследования биопотенциалов мышц
миотонометрия
мастикациография
одонтопародонтограмма
реопародонтография
электромиография

172 Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти

миотонометрия
мастикациография
одонтопародонтограмма
реопародонтография
электромиография

173 Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба

фасетка
культевая штифтовая вкладка
штифтовой зуб
реставрационная вкладка
коронка

174 Отбеливание несъемного мостовидного протеза из нержавеющей стали после пайки производится в

концентрированных щелочах
смесях кислот с добавлением воды
концентрированных кислотах
смесях щелочей с добавлением воды

175 При пайке частей несъемного мостовидного протеза сначала разогреваются

опорные коронки
места спаек
промежуточная часть протеза
гипсовая модель
припой

176 Флюсы при пайке используются для

очищения спаиваемых поверхностей
уменьшения температуры плавления припоя
увеличения площади спаиваемых поверхностей
предотвращения образования пленки окислов в местах пайки
предварительного соединения спаиваемых деталей

177 Для пайки коронок из нержавеющей стали применяют припой на основе

золота
серебра
платины
титана

кадмия

178 Расплавление золотого сплава при литье производится
газовой горелкой
бензиновой горелкой
вольтовой дугой
плазменным аппаратом
высокочастотным полем электрического тока

179 В ходе припасовки литых мостовидных протезов точность прилегания коронок к культям опорных зубов может оцениваться с применением
базисного воска
гипса
корригирующего слоя силиконового слепочного материала
копировальной бумаги
моделировочного воска

180 Конструкционные материалы, применяемые в ортопедической стоматологии
гипс, керамические массы, базисный воск
базисный воск, слепочные материалы, пластмассы
пластмассы, моделировочный воск, слепочные массы
слепочные массы, сплавы металлов, керамические массы
керамические массы, пластмассы, сплавы металлов

181 При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом)
меньшем на толщину 1 мм.
большем на толщину 1 мм.
равном
меньшем на толщину компенсационного лака
большем на толщину компенсационного лака

182 Зафиксированную литую коронку можно снять с зуба разрезав при помощи
карборундовой головки
металлической фрезы
сепарационного диска
твердосплавного бора
коронкоснимателя

183 Перед фиксацией фарфоровой коронки платиновая фольга

всегда не извлекается
всегда извлекается
извлекается при изготовлении коронки на премоляр
извлекается при изготовлении коронки на резцы
не извлекается при изготовлении коронки на премоляр

184 После лабораторного этапа «изготовление литого каркаса металлокерамической коронки», следующий клинический этап
определение центральной окклюзии
примерка каркаса металлокерамической коронки, определение цвета
определение центрального соотношения челюстей
повторное снятие двухслойного слепка
фиксация коронки на временный материал

185 После клинического этапа «примерка каркаса металлокерамической коронки, определение цвета», следующий лабораторный этап
фиксация гипсовых моделей в артикулятор
фиксация гипсовых моделей в окклюдатор
определение цвета керамической облицовки.
нанесение керамической облицовки
глазурование

186 После клинического этапа «примерка металлокерамической коронки в полости рта», следующий лабораторный этап
определение цвета керамической облицовки
глазурование
полировка
повторный обжиг керамической облицовки
формирование оксидной пленки

187 Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки
определение цвета керамической облицовки
определение центральной окклюзии
изготовление временной пластмассовой коронки
препарирование зуба

снятие вспомогательного слепка

188 Временная пластмассовая коронка, как правило, не применяется при изготовлении постоянной коронки
штампованной

цельнолитой
металлокерамической
металлопластмассовой
фарфоровой

189 При наличии трех пар зубов-антагонистов в каждой функционально ориентированной группе (при отсутствии снижения высоты нижнего отдела лица) определяют
центральную окклюзию
центральное соотношение челюстей
межальвеолярное расстояние
высоту нижнего отдела лица
высоту нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя

190 После клинического этапа «примерка металлопластмассовой коронки», следует лабораторный этап
определение цвета пластмассовой облицовки
глазурование
полировка
повторная полимеризация пластмассовой облицовки
припасовка коронки на модели

191 Первый клинический этап при изготовлении металлопластмассовой коронки
определение цвета облицовки
определение центральной окклюзии
изготовление временной пластмассовой коронки

препарирование зуба
снятие вспомогательного слепка

192 После этапа «полировка штампованной коронки», следующий клинический этап
проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
полировка окклюзионной поверхности коронки
коррекция контактных пунктов
фиксация

193 Последний клинический этан при изготовлении цельнолитой коронки
проверка плотности прилегания внутренней поверхности

коронки к культе зуба

коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами

определение центральной окклюзии

коррекция контактных пунктов

фиксация

194 Последний клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки

проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба

коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами

полировка «гирлянды»

коррекция контактных пунктов

фиксация

195 Изготовление промежуточной части паяного мостовидного протеза осуществляется методом

наружной штамповки

внутренней штамповки

обжига

литья

пайки

196 Соединение опорных штампованных коронок и промежуточной части мостовидного протеза осуществляется методом

наружной штамповки

внутренней штамповки

обжига

литья

пайки

197 При изготовлении паяного мостовидного протеза на клиническом этапе «примерка опорных штампованных коронок в полости рта» необходимо

зафиксировать коронки на временный материал

снять рабочий слепок с коронками

снять вспомогательный слепок

изготовить временную пластмассовую каппу

провести проверку соотношения тела протеза с беззубым альвеолярным гребнем

198 Для припасовки фарфоровой коронки в клинике врач получает из

лаборатории коронку на
гипсовой модели
гипсовом штампе
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели

199 Штифтовой зуб по Логану это конструкция
с вкладкой
фабричного изготовления

с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надкорневой культевой вкладкой

200 Штифтовой зуб с наружным кольцом (по автору)
Логана
Ричмонда
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян

201 При изготовлении штифтовой конструкции минимальная длина штифта относительно длины корня составляет
1/3
1/2
2/3
всю длину корня
длина штифта не имеет значения

202 Противопоказанием к изготовлению цельнолитой коронки является
подвижность зуба третьей степени
значительное разрушение коронки зуба
подвижность зуба первой степени
наклон зуба
ротация зуба

203 Противопоказанием к изготовлению металлокерамической коронки является
подвижность зуба третьей степени
значительное разрушение коронки зуба

подвижность зуба первой степени
наклон зуба

смещение зуба по вертикальной оси

204 Противопоказанием к изготовлению металлопластмассовой коронки является

аллергия на акриловую пластмассу
значительное разрушение коронки зуба
подвижность зуба первой степени
наклон зуба
смещение зуба по вертикальной оси

205 При изготовлении консольного несъемного протеза соотношение длины и площади подвесной части к опорной должно быть минимум

1/1
1/2
1/3
1/4
1/5

206 Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов

два
три
четыре
пять
шесть

207 Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов

два
три

четыре
пять
семь

208 Для временной фиксации несъемных протезов могут быть применены

эластичные пластмассы
Репин
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы

209 Необходимое количество обжигов для получения окисной пленки на литом каркасе металлокерамической коронки

один
два
три
четыре
обжиг не требуется

210 Оптимальное количество обжигов при нанесении керамической массы, при изготовлении металлокерамической коронки
1-2
3-4
5-6
7-8
9 и более

211 Показания для изготовления культевой вкладки с керамической облицовкой
подвижность зуба третьей степени

восстановление дефекта зубного ряда
ИРОПЗ = 04
ИРОПЗ = 06
малое межокклюзионное расстояние

212 Показания для изготовления литой цельнометаллической коронки
изменение цвета зуба
подвижность зуба третьей степени
ИРОПЗ = 04
использование зуба для опоры паяного мостовидного протеза
значительное разрушение коронковой части зуба

213 Показания для изготовления металлокерамической коронки
изменение цвета зуба
подвижность зуба третьей степени
ИРОПЗ = 04
глубокий патологический прикус
наличие пломбы

214 Показания для изготовления металлопластмассовой коронки
изменение цвета зуба
подвижность зуба третьей степени
ИРОПЗ = 04
глубокий патологический прикус
значительное разрушение коронковой части зуба

215 Микропротез восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный только в фиссурах окклюзионной поверхности (без перекрытия бугров)

pinlay

iпlay

oпlay

overlay

216 Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный на окклюзионной поверхности с перекрытием одного бугра

pinlay

iпlay

oпlay

overlay

217 Перед проверкой постановки искусственных зубов в полости рта, седловидную часть бюгельного протеза

приливают кипящим воском

приливают расплавленным воском

пропаковывают разогретым базисным воском

приклеивают

218 В процессе пользования бюгельным протезом был удалён опорный зуб, необходимо

замещение дефекта путем приварки искусственного зуба

удаление старого кламмера

изготовление нового протеза

перебазировка протеза

219 В процессе пользования бюгельным протезом произошёл отлом кламмера в области плеча,чаще всего рекомендовано

припаивание кламмера

изготовление гнутого кламмера

изготовление нового бюгельного протеза

перебазировка протеза

220 В процессе использования бюгельного протеза оголился металл каркаса в области седловидной части. Перебазировка базиса протеза

не допустима

допустима

допустима с использованием мягкой прокладки

по усмотрению пациента

221 Подвергается ли коррекции (сошлифовыванию) окклюзионные накладки во время периода адаптации к бюгельному протезу?

да
нет
по усмотрению пациента
по усмотрению зубного техника

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

да
нет
по усмотрению пациента
по усмотрению зубного техника

223 Среднестатистическая продолжительность адаптационного периода при использовании бюгельного протеза составляет

5-7 дней
7-10 дней
10-14 дней
20 дней

224 В процессе пользования бюгельным протезом был удалён зуб, не являющийся опорным, требуется

замещение дефекта путем приварки искусственного зуба

удаление старого кламмера
изготовление нового протеза
перебазировка протеза

225 Качество окклюзионного контакта искусственных зубов в полости рта проверяется

визуально
с помощью плотной копировальной бумаги
с помощью тонкой копировальной бумаги
с помощью базисного воска

226 При примерке бюгельного протеза обнаружено незначительное несоответствие цвета искусственных зубов и естественных. Решение

оставить как есть
произвести постановку другого гарнитура зубов
на усмотрение пациента
на усмотрение врача

227 При постановке искусственных зубов на искусственной десне

пришлифовывают часть искусственного зуба на шлифмоторе так,

чтобы она прилегала к альвеолярному отростку

шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб, ориентируясь на сформированный окклюзионный валик

устанавливают искусственный зуб без окклюзионного валика

шпателем размягчают воск базиса, устанавливают на него искусственный зуб

228 Классический бюгельный протез состоит из

дуги и искусственных зубов

дуги, искусственных зубов и кламмеров

дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидной части

дуги

базиса с искусственными зубами

229 Плечо кламмера прилегает к поверхности зуба

в одной точке

в двух точках

в трех точках

по всей своей длине

в четырех точках

230 При изготовлении бюгельных протезов для получения слепка используются материалы

твердокристаллические

эластические

термопластические

231 Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти располагается

у шеек зубов

на середине расстояния между шейками зубов и переходной складкой слизистой оболочки дна полости рта

у переходной складки слизистой оболочки дна полости рта

на шейках зубов

на коронках зубов

232 Параллелометрия осуществляется при

примерке и проверке каркаса бюгельного протеза в клинике

припасовке литого каркаса на модели в лаборатории

моделировании каркаса бюгельного протеза

примерке бюгельной коронки

фиксации бюгельного протеза

233 Изучение рабочей модели в параллелометре необходимо для

определения центральной окклюзии
выбора пути введения бюгельного протеза
определения методики дублирования модели
выбора модели

234 Наиболее эффективно использовать в качестве антиопрокидывателя в бюгельном протезе
отростки базиса протеза
пальцевые отростки
многозвеньевые кламмеры
непрерывные кламмеры
передние небные дуги

235 Если необходимо увеличить жёсткость нёбной дуги, то увеличивают размер
в толщину
в ширину
в толщину и ширину
больше в ширину
больше в толщину

236 Если плечо кламмера отстоит от опорного зуба, является ли это непоправимой ошибкой
да
нет
индивидуально в каждом случае
по усмотрению врача

237 Расположение отростка кламмера аккера на опорном зубе
выше межевой линии

по межевой линии
ниже межевой линии
по усмотрению зубного техника

238 Конструктивный элемент кламмера, передающий жевательное давление на опорные зубы
тело кламмера
окклюзионная накладка
отросток кламмера
плечо кламмера

239 Очистку отлитого каркаса бюгельного протеза от вкраплений окалины и огнеупорной массы производят с помощью
ударного механизма

специального отбойного молотка
пресса
пескоструйного аппарата

240 При изготовлении бюгельного протеза, после определения центральной окклюзии и параллелометрии, следует клинический этап
проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами
примерка и наложение готового бюгельного протеза
примерка каркаса бюгельного протеза
коррекция бюгельного протеза

241 На первую коррекцию после наложения бюгельного протеза больного следует пригласить
на следующий день
на второй день
на третий день
в случае возникновения болей

242 Обязательным этапом примерки бюгельного протеза является проверка смыкания зубных рядов
в центральной окклюзии
в центральной окклюзии и при боковых движениях нижней челюсти
в центральной окклюзии при боковых и передних движениях нижней челюсти

243 При выраженном рвотном рефлексе дугу бюгельного протеза располагают
в передней трети твердого неба
в средней трети твердого неба
в задней трети твердого неба
в месте перехода средней трети твердого неба в заднюю треть

244 Требования, предъявляемые к изготовлению бюгельных протезов, допускают возможность изготовления паяных бюгельных протезов
да
нет
по строгим показаниям
по усмотрению техника

245 Бюгельный протез это
съемный лечебный аппарат для замещения дефекта зубного ряда и восстановления функции жевания опирающийся на естественные зубы,

альвеолярные отростки, тело челюсти, небо и передающий нагрузку смешанным путем

съемный лечебный аппарат для замещения дефекта зубного ряда и восстановления функции жевания передающий падающую на него нагрузку опорным зубам физиологическим путем

съемный лечебный аппарат для замещения дефекта зубного ряда и восстановления функции жевания передающий падающую на него нагрузку опорным зубам не физиологическим путем

съемный лечебный аппарат для восстановления функции жевания опирающийся на естественные зубы и небо посредством периодонто-гингивомускулярных рефлексов

246 В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры

ней №1
ней №2
ней №3
ней №4
ней №5

247 Наиболее эффективно использовать в качестве антиопрокидывателя в бюгельном протезе

отростки базиса протеза
пальцевые отростки
многозвеньевые кламмеры
непрерывные кламмеры
кламмеры обратного действия

248 Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов 1 класса по Кеннеди

переднее
среднее
заднее
передне-среднее
средне-заднее

249 Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

касательное
не касается на 0.5-1 мм.
не касается на 1-1.5 мм.
не касается на 1.5-2 мм.
не касается на 2-2.5 мм.

250 Ножка кламмера должна быть
покрыта материалом базиса
покрыта материалом базиса не полностью
свободна от базиса протеза
не имеет значения

251 Расположение отростков кламмеров на зубах нижней челюсти
ниже линии экватора
по линии экватора
над линией экватора
перпендикулярно линии экватора

252 При фиксированном прикусе коррекция зубов в протезе производится
до ощущения комфортности пациентом
до наличия контакта между собственными антагонирующими зубами
до выравнивания ориентиров соотношения третей лица
до наличия контакта между искусственными зубами

253 Коррекция гнутого кламмера производится
алмазными борами
фрезами
крампонными щипцами
твердосплавными борами

254 Крепления для сёдел бюгельных протезов выглядят как
сетка
петля
кольцо

прямоугольник

255 Может ли цельнолитой металлический каркас бюгельного протеза изготовлен из драгоценных сплавов
да
нет
иногда
по строгим показаниям

256 Зона расположения ретенционной части плеча кламмера
анатомический экватор
окклюзионная зона
гингивальная зона
ретенционная зона

257 Шинирование зубов 13,12,11,21,22,23 называется стабилизацией
по дуге
односторонней
фронтальной
сагиттальной
парасагиттальной

258 При изготовлении цельнолитых шин, параллелометрия применяется
всегда
только при шинировании фронтальной группы зубов
только при парасагиттальной стабилизации
в редких случаях

259 Съемные временные назубные шины изготавливаются

из металла
из пластмассы

260 Шинирование зубов 44,45,46,47 называется стабилизацией
по дуге
фронто-сагиттальной
сагиттальной
парасагиттальной
фронтальной

261 В основе парасагиттальной стабилизации лежит шинирование группы
фронтальных зубов
боковых зубов с одной стороны челюсти
фронтальной и боковой с одной стороны челюсти
боковых зубов с двух сторон челюсти
фронтальной и боковой с двух сторон челюсти

262 При изготовлении цельнолитых съемных шинирующих аппаратов параллелометрию проводить
необходимо
желательно
не нужно
нежелательно

263 При генерализованном пародонтите, осложненном дефектами зубного ряда I класса по Кеннеди, применяются шины-протезы
несъемные

съемные
частичные съемные

полусъемные

264 При локализованном пародонтите фронтальной группы зубов нижней челюсти применяются шины
частичные несъёмные
несъемные
съемные
частичные съемные
полусъемные

265 В одонтопародонтограмме В.Ю.Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается
в процентах (%)
в килограммах (кг)
в коэффициентах
в граммах на квадратный миллиметр (г/мм2)

266 После проведения метода избирательной пришлифовки при пародонтите должен быть достигнут линейный окклюзионный контакт в группе
фронтальных зубов
жевательных зубов
центральных зубов
фронтальных и жевательных зубов

267 Временное шинирование зубов при пародонтите является
патогенетическим лечением пародонтита
патогенетическим лечением пародонтоза
этиологическим лечением пародонтита
симптоматическим лечением пародонтита

268 При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию
фронтальную
сагиттальную
по дуге
парасагиттальную

269 При изготовлении временной шины в виде каппы, увеличение высоты центральной окклюзии на 2 мм
недопустимо

возможно
желательно
нежелательно

270 К временным шинам для лечения пародонтита относится
шина Мамлока
капповая шина из пластмассы
шина Эльбрехта
шина Порта

271 Для изготовления временной шины препарирование опорных зубов
возможно
желательно
обязательно
не требуется

272 Проведение гингивотомии и гингивэктомии при развившейся стадии пародонтита без предварительного изготовления временной шины
возможно
недопустимо

допустимо
желательно

273 Функциональное назначение дуги шинирующего протеза
перераспределение жевательного давления
удержание протеза
шинирование зубов
пришлифовывание

274 Припасовка штампованной коронки по длине осуществляется
алмазными головками
карборундовыми головками
ножницами по металлу
сепарационными дисками

275 Штампованные коронки из золотого сплава спаивают
серебряным припоем
оловом
золотым припоем
бронзовым припоем

276 При препарировании зуба под жакетную коронку (коронка Джекета), уступ формируется

по всему периметру шейки зуба
с вестибулярной поверхности
с оральной поверхности
с вестибулярной поверхности, с плавным переходом в символ уступа с апроксимальных сторон

277 Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне

да
да, но только на передней поверхности
да, если зуб депульпирован
нет
нет, если у пациента глубокий прикус

278 Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться
не доходить до десны на 0,5 мм.
не доходить до десны на 1,0 мм.
на уровне десны
под десной на 0,5 мм.
под десной на 1,0 мм.

279 Возможно ли изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки
нет
нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией
да
возможно, только для центральных резцов

280 Возможно ли изготовление пластмассовых коронок при пародонтите
нет
нет, так как усугубляется течение парадонтита
да
да, если процесс в стадии ремиссии
да, если край коронки не заходит под десну

281 Положительные свойства пластмассовых коронок
простая технология изготовления

износостойкость
малая стоимость
относительная эстетичность
простая технология изготовления, малая стоимость,

относительная эстетичность

282 Особенности препарирования зуба под пластмассовую коронку
создание уступа
отсутствие уступа
препарирование зуба в виде цилиндра
препарирование на толщину 0,3 мм.
создание уступа, препарирование зуба в виде конуса

283 Величина уступа под пластмассовые и фарфоровые коронки колеблется в пределах
0.3-0.4 мм
0.5-1.0 мм
1.0-1.5 мм
0.1-0.2 мм

284 Наиболее оптимальная форма уступа при препарировании зубов под пластмассовые коронки
скошенный
с выемкой
прямой

285 Основной морфологический ориентир для построения искусственных зубных рядов в полных съемных протезах
альвеолярные отростки
резцовый сосочек
поперечные складки твердого неба верхней челюсти

нижнечелюстные бугорки
челюстно - подъязычные линии

286 По способу передачи жевательного давления съемные пластиночные протезы относятся
к физиологическим
к полуфизиологическим
к нефизиологическим

287 Линия улыбки, нанесенная на прикусной шаблон верхней беззубой челюсти, определяет
ширину передних зубов верхней челюсти
уровень расположения шеек передних зубов верхней челюсти
постановку центральных резцов во фронтальной плоскости
высоту зубов нижней челюсти

288 Примерка съемного пластиночного протеза проводится

зубным техником на модели
врачом в полости рта
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

289 При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза, больному рекомендуется
не снимать протез до посещения врача
снять протез и надеть его за 3-4 часа до посещения врача
снять протез накануне и пойти к врачу
прийти без протеза

290 Граница протезного ложа нижней челюсти в переднем отделе подъязычной области
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 2 мм.
доходит до протоков слюнных желез, не перекрывая их

проходит по переходной складке
перекрывает альвеолярный отросток, на 1мм. не доходя до переходной складки, в переднем отделе обходя активные уздечки

291 Граница протезного ложа верхней беззубой челюсти в вестибулярной области
на 2 мм. позади небных слепых отверстий
по переходной складке, обходя уздечку верхней губы и щечно-десневые тяжи
по переходной складке, по ретромолярной ямке, обходя щечные тяжи

292 Граница протезного ложа верхней беззубой челюсти в дистальном отделе
по переходной складке, обходя уздечку верхней губы и щечно-десневые тяжи
охватывает альвеолярный отросток
не доходит 1мм. до линии "А"

293 При изготовлении полных съемных протезов, в первую очередь оцениваются анатомо- топографические особенности протезного ложа
степень открывания рта
степень выраженности альвеолярных отростков
выраженность носогубных и подбородочных складок
цвет кожных покровов

294 Какой из оттисков является функциональным
разгружающий
анатомический

корректирующий
диагностический

295 Индивидуальные жесткие ложки
имеют укороченные края
воспроизводят рельеф слизистой

плотно прилегают к тканям протезного ложа, не балансируют
соответствуют границам протезного ложа, неплотно прилегают
имеют место под жидкотекучий силикон (корригирующую массу)

296 Требования, предъявляемые к гипсовым рабочим моделям при изготовлении полных съемных протезов
отсутствие пор и повреждений
четкое отображение рельефа протезного ложа, отсутствие пор повреждений
допустимы незначительные смазывания рельефа переходной складки

297 Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом нейлонового частичного съёмного пластиночного протеза
механически, при помощи диаторических отверстий в зубах
химически
при помощи клея
при помощи специальной пластмассы

298 Этиологические факторы полной адентии
сердечно - сосудистые заболевания
хронические заболевания ЖКТ
заболевания пародонта
гайморит

299 Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов
увеличение амплитуды и характера движений нижней челюсти
атрофия тела верхней челюсти
атрофия слизистой оболочки
смещение нижней челюсти назад
старческая прогения

300 Функциональные изменения челюстей после полной утраты зубов
атрофия тела верхней челюсти

увеличение амплитуды и характера движений нижней челюсти
атрофия альвеолярных отростков челюстей (проявления старческой прогении)

301 Морфологические изменения ВНЧС после полной утраты зубов
увеличение амплитуды и характера движения нижней челюсти
истончение хрящей ВНЧС
атрофия альвеолярных отростков челюстей
выдвижение нижней челюсти вперед (старческая прогения)

302 Функциональные изменения ВНЧС при полной адентии
атрофия суставного бугорка
появление шума в ушах, боли, щелканья в суставе
атрофия альвеолярных отростков
ограничение открывания рта

303 Этап получения оттиска при починке съемного пластиночного протеза не делается
при трещине базиса
при отломе плеча кламмера
при необходимости доварки одного зуба

304 При починке съемного протеза на нижнюю челюсть в связи с потерей естественного зуба, необходимо снять оттиск
с нижней челюсти без протеза
с нижней челюсти с протезом
с двух челюстей без протеза
с нижней челюсти с протезом и оттиск с верхней челюсти

305 Для починки съемного пластиночного протеза необходимо сделать вспомогательную

модель
при переломе базиса
при трещине в базисе
при отломе кламмера
при постановке дополнительного искусственного зуба

306 Биомеханические методы фиксации полных съемных протезов
адгезия
когезия
анатомическая ретенция
применение магнитов

307 Физические методы фиксации полных съемных протезов

анатомическая ретенция
утяжеление протеза нижней челюсти
адгезия к слизистой протезного ложа
правильная окантовка протеза по границам

308 Сколько типов экваторных (межевых) линий вы знаете?
3
4
5
6

309 Модели челюстей при постановке искусственных зубов в полных съемных протезах по Васильеву фиксируют в артикулятор с помощью
постановочного стекла
произвольно
постановочной пластинки

310 Устойчивость полных съемных протезов в покое называется
фиксация
стабилизация
адгезия
когезия

311 Центральное соотношение беззубых челюстей при постановке зубов в полных съемных протезах по сферической поверхности определяют с помощью
аппарата Ларина
линейки, состоящей из внутри ротовой сферической и вне ротовой частей
шпателя
циркуля

312 Постановочная пластинка при постановке зубов в полных съемных протезах имеет вид
сферической поверхности
постановочного стекла
верхняя поверхность- плоскость, нижняя - сфера
вид параболы

313 Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление
на естественные зубы
на жевательные мышцы
на слизистую оболочку протезного ложа

на слизистую оболочку и естественные зубы

314 Определение центральной окклюзии производят
до примерки каркаса бюгельного протеза
во время примерки каркаса бюгельного протеза

после примерки каркаса бюгельного протеза
во время примерки готового бюгельного протеза

315 Ретенционное поле, препятствующее смещению протеза в медиальном направлении
дистальное
медиальное
оральное
мезио-дистальное

316 При подборе искусственных зубов следует учитывать
форму лица
размер и форму естественных зубов
цвет кожных покровов пациента
возраст и пол пациента
все вышеперечисленное

317 Соответствие рельефа базиса полного съемного протеза и рельефа слизистой оболочки протезного ложа обеспечивается
применение жесткой индивидуальной ложки
проведением функциональных проб Гербста
дифференцированным подходом к выбору метода функционального слепка в конкретных анатомо-физиологических условиях протезного ложа
оформлением границ протеза

318 Функциональный слепок должен отвечать следующим требованиям
определять центральное соотношение челюстей
отображать границы и рельеф функциональной периферии для создания кругового замкнутого клапана
соответствовать высоте физиологического покоя
соответствовать правильному оформлению границы протеза

319 Уровень функциональной периферии, получаемый во время снятия функционального слепка, соответствует
состоянию широкого открытого рта
сомкнутых беззубых челюстей

спокойному отведению нижней челюсти вправо
разомкнутому состоянию нижней челюсти на 2 мм.

320 Граница протезного ложа беззубой нижней челюсти в вестибулярной области
включает нижнечелюстной бугорок
по своду переходной складки, обходя уздечку нижней губы и щечно- десневые тяжи
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 1 мм.
перекрывает нижнечелюстной бугорок на 1 мм.

321 Граница протезного ложа беззубой нижней челюсти в ретромолярной области
включает нижнечелюстной бугорок
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 1мм.
по своду переходной складки, обходя уздечку нижней губы и щечно- десневые тяжи
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 2 мм.

322 Граница протезного ложа беззубой нижней челюсти в боковом отделе подъязычной области
включает нижнечелюстной бугорок
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 1мм.
по своду переходной складки, в подъязычной области
перекрывает челюстно-подъязычную линию на 3 мм.

323 К патологическим видам прикуса относятся
бипрогнатический
глубокий

ортогнатический
прямой
все вышеперечисленное

324 Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц
латеральных крыловидных
медиальных крыловидных
передним отделом двубрюшной мышцы
челюстно-подъязычной
собственно жевательной

325 Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета), в среднем, равен (в градусах)
10

17
26
33

326 Суставной признак центральной окклюзии - суставная головка, находится по отношению к суставному бугорку
на середине ската
у основания ската
на вершине
на любом участке ската
в дистальном участке суставной ямки

327 Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (мм)
0,5-1,0
2,0-4,0

5,0-6,0
7,0-8,0
9,0-10,0

328 Обоснованная величина препарирования жевательной поверхности моляров под металлокерамическую коронку (мм)
0,8
1,2
2,0-2,5
3,0-4,0
5,0

329 Возможная величина дефекта зубного ряда, замещаемого металлокерамическим протезом
l-3 зуба
3-4 зуба
4-6 зубов
двусторонние концевые дефекты
7 зубов

330 Показанием к изготовлению металлокерамической коронки является
кариес
мезиоденс
микродентия
значительное разрушение коронковой части зуба
пародонтит тяжелой степени

331 Односторонний концевой дефект зубного ряда относится по классификации Кеннеди

к 1 классу
к 3 классу

к 4 классу
к 5 классу

332 Предпочтительный вид уступа для фарфоровой коронки

вестибулярный, 45 градусов
вестибулооральный
циркулярный, 90 градусов
скошенный
с выемкой

333 Предпочтительный вид уступа для металлокерамической коронки

вестибулярный
вестибулооральный, 90 градусов
циркулярный, 125 градусов
скошенный
с выемкой

334 Первым слоем облицовки при изготовлении металлокерамической коронки является

эмалевый
опаковый (грунтовый, бондинговый)
оксидная пленка
дентинный и прозрачный
глазурь

335 Слизистый бугорок, это место расположения зубов

18, 28
38, 48
11, 21

31, 41
16, 26

336 Наиболее удобной для протезирования ЧСП протезами является форма альвеолярного отростка

коническая
грибовидная
уплощенная

шиповидная
овальная

337 Для изготовления частично-съемного протеза необходимо получить слепок
вспомогательный
двойной
частичный
функциональный
анатомический

338 Наиболее благоприятная нагрузка для пародонта опорных зубов
горизонтальная
вертикальная
боковая
комбинированная
косая

339 Противопоказанием для изготовления ЧСП протеза является
отсутствие 4х зубов
отсутствие зубов – антагонистов
полное отсутствие зубов

подвижность зубов I, II степени
отсутствие 1 зуба

340 При дефектах зубных рядов большой протяженности применяется протез
мостовидный
консольный
полный съемный
ЧСП или бюгельный
несъемный

341 Торус на верхней челюсти
является пунктом анатомической ретенции
является методом фиксации протеза
ухудшает стабилизацию протеза
не учитывается при изготовлении протеза
улучшает стабилизацию протеза

342 При атрофии альвеолярных отростков и бугров верхней челюсти фиксация ЧСП протеза
ухудшается
не изменяется

увеличивается адгезия
улучшается
зависимость прямо пропорциональная

343 Тело удерживающего кламмера располагается
на окклюзионной поверхности
выше экватора
ниже экватора

на экваторе зуба
в пришеечной части зуба

344 Дистальная граница базиса ЧСП протеза в области бугров верхней челюсти
не доходит до бугров
перекрывает бугры на 1/3
перекрывает бугры на 2/3
полностью перекрывает бугры
бугры изолируются

345 Граница базиса ЧСП протеза в области жевательных зубов с небной поверхности проходит на уровне
шеек зубов
на 1/3 высоты зубов
на 2/3 высоты зубов
до жевательной поверхности
не доходит до шеек зубов

346 Жевательное давление ЧСП протезом передается на
зубы
слизистую, альвеолярный отросток, альвеолярную часть челюстей
контрфорсы
слизистую губ и щёк
торус

347 Плечо удерживающего кламмера охватывает вестибулярную поверхность опорного зуба
на 1/3
на 2/3
на всю поверхность

переходит на апроксимальную поверхность
касается в одной точке

348 Для постановки зубов при изготовлении ЧСП протеза с фиксированным прикусом необходимо иметь

прикусные валики
ориентировочные линии
модель зубов антагонистов
окклюдатор
шпатель зуботехнический

349 При наличии 3-х антагонирующих пар зубов, окклюзионные валики необходимы для

нанесения ориентировачных линий
создания окклзионной плоскости
определения высоты прикуса
фиксации челюстей в центральном соотношении
постановки зубов

350 Высоту нижней трети лица определяют методом

функциональным
инструментальным
математическим
анатомо-физиологическим
прикусными валиками

351 Постановку искусственных зубов начинают с

боковых зубов нижней челюсти
нижних премоляров
боковых зубов верхней челюсти

фронтальных зубов верхней челюсти
фронтальных зубов нижней челюсти

352 При сохранившихся зубах, высота прикусного валика

0,5 см
1 см
1,5 см
2 см
на 1-2 мм выше сохранившихся зубов

353 Ширина прикусного валика во фронтальном отделе составляет (см)

0,3
0,5
0,8
1,0
1,5

354 При не фиксированном прикусе вначале проводится
припасовка окклюзионных валиков
построение окклюзионной плоскости
определение высоты физиологического покоя
определение линии смыкания зубов
определение высоты нижнего отдела лица

355 Метод фиксации нижней челюсти в центральном соотношении не может быть
произвольным
функциональным
анатомическим

анатомо-физиологическим
антропометрическим

356 Основной конструктивный материал для изготовления базиса ЧСП протезов
базисный воск
искуственные зубы
акриловая пластмасса
кламмера
гипс

357 Требования к опорному зубу, несущему кламмер ЧСП протеза
расположен вне дуги
имеет низкую клиническую коронку
изменён в цвете
имеет подвижность 1 степени
интактный, без патологической подвижности

358 Базис ЧСП протеза изготавливают из пластмассы
Акрилоксид
Синма – 74
Протакрил
Фторакс
АКР - 7

359 При загипсовке моделей в окклюдатор необходимо
погрузить их в воду
приготовить быстротврдеющую пластмассу
зафиксировать нижнюю раму

зафиксировать модели в центральном соотношении

изогнуть кламмера

360 Остаточного мономера в базисной пластмассе после полимеризации не должно быть более

0,5 – 1 %
1 – 2 %
3 %
4 – 5 %
до 10 %

361 Стандартное объемное отношение порошка и жидкости при приготовлении пластмассы

2:3
4:1
3:1
2:1
1:1

362 При движениях языка смещение съемного протеза происходит из-за

отсутствия изолирования уздечек губ
нарушения режима полимеризации
отсутствия изолирования уздечки языка
нарушения паковки пластмассы
некачественного слепка

363 При наличии множества пор в базисе пластиночного протеза необходимо

произвести повторную полимеризацию
оставить без изменения
переделать протез

устранить дефекты самотвердеющей пластмассой
тщательно полировать

364 Кювета для загипсовки моделей протезов состоит из

2 частей
3 частей
4 частей
5 частей
монолитная

365 Газовая пористость возникает в базисе протеза при

резком нагревании
резком охлаждении

избытке мономера
малом давлении
неправильной паковке

366 Атрофическим процессам на верхней челюсти при полной потере зубов в большей степени подвержена
вестибулярная поверхность альвеолярного отростка
гребень альвеолярного отростка
небная поверхность альвеолярного отростка
торус

367 Средняя толщина слизистой оболочки в области небного шва (мм)
1,1
1,55
2,24
3,34

4,53

368 Качественная фиксация протеза, в первую очередь зависит от
внутритканевой жидкости
качественного слепка, качественного изготовления протеза
сосудов
жировой клетчатки переходных складок
соединения тканевых прослоек переходных складок

369 Для ретракции десны применяют
лигатурную проволоку
кетгут
ретракционную нить
слабый раствор формалина
теплую воду

370 Скол керамической облицовки чаще всего происходит
аномалиях расположения зубов
микродентии
макродентии
пародонтите

371 Наиболее частое осложнение при препарировании витальных зубов под анестезией, под металлокерамическую конструкцию
травматический пульпит (термический ожог пульпы)
острый верхушечный периодонтит
хронический простой пульпит

гингивит тяжелой степени тяжести
пародонтоз локализованный

372 При препарировании зуба под металлокерамику, уступ располагается
над десной
под десной, в пределах зубодесневой борозды
на уровне десны
не формируют
на контактной поверхности

373 Непосредственное протезирование не показано при
абсцедирующих процессах
удалении фронтальной группы зубов
удалении последних зубов с потерей последней пары антагонистов
субтотальной резекции челюсти

374 Сроки получения оттисков при непосредственном протезировании
через 1 день после удаления
в день удаления
до удаления зубов
через 1-5 дней после удаления зубов
через 4 и более недель после удаления зубов

375 Иммедиат-протезы это
временные съемные и несъемные протезы
временные съемные протезы
постоянные съемные протезы
постоянные несъемные протезы
постоянные съемные и несъемные протезы

376 Отрицательное свойство иммедиат-протеза

исключение атрофии костной ткани за счет напряжения под базисом иммедиат-протеза
предохраняет от перегрузки оставшиеся зубы
предупреждает деформацию зубного ряда
изолирует операционную рану
затрудняет отток раневой жидкости

377 Иммедиат-протезы используют при
заболевании ВНЧС

локализованной патологической стираемости
множественном удалении зубов
генерализованной патологической стираемости
полном отсутствии зубов

378 Иммедиат-протезы относятся к
замещающим аппаратам
фиксирующим аппаратам
формирующим аппаратам
направляющим аппаратам
репонирующим аппаратам

379 Впервые непосредственный пострезекционный протез изготовил
Родригес в 1863 г
Курляндский в 1962 г
Гаврилов в 1897 г
Кац в 1931 г
Шварц в 1915 г

380 Максимальный, обоснованный срок пользования иммедиат-протезом

2 недели
1 месяц
4-6 месяцев
9 месяцев
1 год и более

381 Системы фиксации бюгельного протеза
балочная, магнитная
балочная, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная, телескопические коронки
телескопические коронки, замковая, опорно-удерживающие кламмера, магнитная фиксация
опорно-удерживающие кламмера, замковая, магнитная фиксация
балочная, замковая

382 Каркас дугового протеза состоит из
дуга, седла с искусственными зубами
фиксирующий элемент, дуга
дуга, седла с искусственными зубами
дуга, захваты для седел, дробители нагрузки, стабилизирующие элементы
дуга

383 Бюгель в переводе с латинского
замок
дуга
седло

384 По способу фиксации между патрицей и матрицей замковые крепления могут быть
не жесткие

полулабильные
лабильные
жесткие
силовые

385 Магнитные фиксаторы в отличие от других видов фиксации не обладают функцией
опорной
ретенционной
стабилизирующей
удерживающей
фиксирующей

386 При изготовлении комбинированных протезов с жесткой системой крепления всегда применяется
фрезерование оральной поверхности опорных коронок
кламмер Роуча
пелоты
удаление одного из опорных зубов
кламмер Бонвиля

387 В систему Нея входят опорно-удерживающие кламмеры
Джейсона
Аккера
Кеннеди
Бонвиля
Келлера

388 Расстояние между дугой бюгельного протеза верхней челюсти и слизистой оболочки твердого неба составляет (мм)

до 1,0
1,5-2,0
2,0-3,0
2,5-3,0
2,0-2,5

389 При расположении элементов опорно-удерживающего кламмера наиболее важной линией является

продольная ось зуба
линия анатомического экватора
линия вертикали
разделительная (межевая) линия
линия диагонали

390 Активное плечо кламмера находится

на клиническом экваторе зуба
ниже клинического экватора
над клиническом экватором
нет такого образования
на окклюзионной поверхности опорного зуба

391 Толщина окклюзионной накладки у основания равна (мм)

0,5
0,8-1,0
1,0-1,2
1,2-1,5
2,0-2,5

392 Главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

устойчивость зуба
выраженность анатомического экватора
малая высота клинической коронки
поражение твердых тканей зубов
отсутствие антагониста

393 К элементам опорно-удерживающего кламмера не относится

отросток
тело
антиопрокидыватель
плечо
окклюзионная накладка

394 Оптимальное расположение дистальной окклюзионной накладки опорно-удерживающего кламмера на зубе

горизонтальное
под углом20-25° к горизонтали
под углом 15-20° к горизонтали
под углом 10-15° к горизонтали

под углом 5-10° к горизонтали

395 Пластмассовые зубы соединяются с акриловым базисом
под давлением
крампонами
химически
механически
физически

396 Самотвердеющие пластмассы для починки протезов используются в стадии

набухания
тянущихся нитей
тестообразной
песочной
резиноподобной

397 Пластмассы, применяемые в ортопедической стоматологии, основаны на реакции
поликонденсации
сополимеризации
пластификации
полимеризации
слипания

398 Характерная отдалённая реакция слизистой на съемный протез
травма
атрофия
папилломатоз
воспаление
десквамация эпителия

399 Остаточный мономер в пластмассовом протезе можно определить
на вкус
визуально
р - ром $KMnO_4$
р - ром соляной кислоты
спиртом

400 Двухслойные базисы в съемных протезах рекомендуются при

гипертрофии альвеолярных отростков
гипертрофии слизистой

атрофии слизистой, экзостозах
болтающемся гребне слизистой
наличии торуса

401 Перед постановкой пластмассового теста прессформу покрывают
клеем
изоколом
бензином
полимером
мономером

402 Внутреннюю поверхность пластиночного протеза после полимеризации необходимо
обработать фрезой
покрыть изоколом
освободить от гипса, промыть, сгладить острые выступы фрезой
оставить без изменения
тщательно отполировать

403 Изоляция экзостозов при изготовлении съемного протеза проводится
после вываривания воска
при проверке восковой конструкции
при отливке модели
при моделировке базиса
после полировки

404 Гранулярная пористость в пластмассовом протезе возникает при

резком нагревании
резком охлаждении
неправильной штамповке
недостатке мономера
избытке мономера

405 При полимеризации пластмассы в сухой среде отмечается
свойства не изменяются
увеличение усадки
уменьшение усадки
снижение пористости
увеличение пористости

406 Пористость сжатия в базисе пластиночного протеза возникает при
недостатке пластмассы

недостатке мономера
усадке пластмассы
малом давлении
повышенном давлении

407 Углы рта находятся на уровне окклюзионной поверхности
14,24 зубов
15,25 зубов
34,44 зубов
33,43 зубов

408 Сроки адаптации к съемному протезу зависят от
величины дефекта зубного ряда

материала изготовления протеза
типа ЦНС
возраста пациента
всё вышеперечисленное

409 Задний край протеза на верхней челюсти при полной потере зубов
должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
не должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
не должен доходить до линии «А» на 5 мм
должен перекрывать линию «А» на 5 мм

410 При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифо-вывания является
нормализация прикуса
устранение преждевременных окклюзионных контактов, приво-дящих к травматической окклюзии
восстановление анатомической формы зубов
устранение воспалительного процесса
эстетические показания

411 Прилипаемость относится к методу фиксации
механическому
физическому
биомеханическому
анатомическому
биофизическому

412 Внутрикоронковые вкладки применяются для опоры мостовидных протезов при протезировании дефектов
не более одного-двух зубов

двух и более зубов
двух – трех зубов
не более трех зубов
не более трех-четырех зубов

413 Overlay– обозначает микропротез
расположенный внутри, вкладка
укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

414 Реставрационные вкладки могут изготавливаться из золота
583 пробы
750 пробы
950 пробы
800 пробы
585 пробы

415 Inlay обозначает микропротез
расположенный внутри, вкладка
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб

416 Pinlay обозначает микропротез
укрепленный в зубе с помощью штифтов
укрепленный за рядом стоящий зуб
расположенный внутри, вкладка

охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба

417 Протезирование реставрационными вкладками показано при разрушении твердых тканей зуба
на 1/3 коронки
1/2 коронки
2/3 коронки
до уровня десны
под десневое разрушение

418 Край полости под вкладку должен быть скошен на
всю толщину эмали
перекрывать эмалево-дентинную границу
на 1/2 толщины эмали
на 1/2 высоты полости

на высоту всей полости

419 Onlay - обозначает микропротез
расположенный внутри, вкладка
укрепленный в зубе с помощью штифтов
протез, затрагивающий поверхностные скаты методом наложения накладок на бугорки
охватывающий четыре из пяти свободных стенок зуба
укрепленный за рядом стоящий зуб

420 Для изготовления металлокерамических протезов применяются
термомасса
двуслойные оттиски силиконовыми массами
оттиски гипсовым блоком
функциональные оттиски альгинатной массой

частичные оттиски альгинатной массой

421 При планировании керамической облицовки учитывается
плотность контактов
величина зубов
длинна корней
вид прикуса

422 Для протягивания гильз используется аппарат
Рудько
Самсон
Паркера
Гизи
ММСИ

423 Толщина металлической штампованной коронки (мм)
0,1
0,22
0,25
0,3
0,8

424 Возможное осложнение при протезировании металлокерамическими коронками на живых зубах
функциональная перегрузка пародонта антагонистов
дисфункция ВНЧС
верхушечный периодонтит антагонистов
травматический пульпит
периостит

425 Цель глазурирования керамики
повышение прочности облицовки
придание блеска готовой конструкции
снижение усадки фарфоровой массы
придания различных цветовых оттенков
снижение блеска

426 Первичная штамповка металлической штампованной коронки
отбивание гильзы на металлическом штампе
штамповка в аппарате «ММСИ»
штамповка в аппарате «Паркера»
отбивание гильзы на наковальне
протягивание гильзы в аппарате

427 Требования к отпрепарированному зубу под металлическую штампованную коронку
выраженный экватор
выражены бугры
сохранение контакта с соседними зубами
не разобщенный прикус
цилиндрическая форма без острых углов

428 Осложнение, возникающее при использовании штампованно-паянного мостовидного протеза
патологическая стираемостъ
расцеметировка
гальванизм
кровотечение десен
акриловый стоматит

429 Складывание копировальной бумаги для контроля препарирования жевательной поверхности зуба под штампованную коронку рекомендовано в
2 раза
3 раза
5 раз
8 раз
12 раз

430 Обработка штампованной коронки перед фиксацией производится
фурациллином

хлорамином
перекисью водорода
спиртом
хлоргексидином

431 Отжиг металлической штампованной коронки из нержавеющей стали проводят
над пламенем спиртовки
в муфельной печи
с помощью бензиновой горелки
при помощи вольтовой дуги
в литейном аппарате

432 При изготовлении металлического штампа отливают
1 штамп
2 штампа
3 штампа
5 штампов
4 штампа

433 Количество типов кламмеров в системе Ney
2
5
6
7
15

434 В качестве флюса для пайки протезов применяют
хлорид натрия
тетраборат натрия
изокол

435 Для постоянной фиксации мостовидных протезов применяется
Силицин
Силидонт
Висфат-цемент
Акрилоксид

436 Сплавы металлов, используемые для изготовления цельнолитых протезов
кобальтохромовый
золото 950 пробы
золото 583-й пробы

437 К огнеупорным массам относятся
репин, упин, стомальгин
гелин, сиэласт, восколит
силамин, бюгелит, кристосил

438 Толщина каркаса для последующей облицовки керамической массой не менее (мм)
0,1–0,15
0,16–0,2
0,3- 0,4
0,5–0,7

439 К альгинатным оттискным материалам относится
Сиэласт
Стомальгин
Ортокор
Репин

440 Сплав металлов, применяемый для литья каркаса бюгельного протеза
нержавеющая сталь
золото 583-й пробы
КХС

441 Материал, необходимый для моделировки промежуточной части мостовидного протеза
воск
термопластическая масса
легкоплавкий металл
припой

442 Вспомогательный материал, используемый для штамповки металлической коронки в аппарате Паркера
сургуч
легкоплавкий металл
мольдин

443 Материал для изготовления прикусных валиков
базисный воск
лавакс
воск для моделировки мостовидных протезов

444 Асимметричность полости под культевую вкладку создается с

целью

повышения устойчивости вкладки
перераспределения давления
облегчения поиска пути введения вкладки, ретенции

445 Зуб, восстановленный культевой штифтовой вкладкой, может служить опорой мостовидного протеза?

да
нет
да, с включением в блок рядом стоящего зуба

446 Какой формы делают эстетические вкладки для более легкой ее фиксации в полости рта?

квадратной
ассиметричной
симметричной

447 Можно ли при изготовлении вкладки обратным способом снимать оттиски альгинатными массами?

да
нет
да, если сразу отлить модель

448 При препарировании полости под культевую вкладку стенки должны быть

параллельными
конвергировать (в пределах 10 градусов)

дивергировать (в пределах 10 градусов)

449 При препарировании зубов под металлическую штампованную коронку сошлифовывают жевательную поверхность на (мм)

0,3-0,4
0,9
1,0–1,5

450 Керамическая масса наносится на каркас МК-протезов методом

прессования
обжига
полимеризации под давлением
горячей полимеризации

451 Вид зубных протезов, не требующий глубокого препарирования твердых тканей зуба

стальная штампованная коронка

металлопластмассовая коронка
металлокерамическая коронка

452 Для изготовления временных пластмассовых коронок в клинических условиях используется
Карбопласт
Редонт
SNAP
Протакрил

453 При изготовлении временных коронок из самотвердеющей пластмассы, культю зуба изолируют
вазелином
изоколом

гелем ортофосфорной кислоты
фторлаком

454 Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется
моделировочным
базисным
бюгельным
липким

455 Слои оттискной массы, используемые для снятия оттисков при изготовлении МК протезов
ориентировочный, базовый
базовый, коррегирующий
все перечисленные

456 Масса для получения двухслойных оттисков
Hydrogum
Speedex
Upeen
Стомальгин

457 Модель для изготовления МК-конструкций
разборная
простая
из пластмассы

458 Материалы, используемые при временной фиксации провизорных коронок на витальные зубы
водный дентин

эвгенол содержащие временные цементы

безэвгеноловые временные цементы

459 Материалы, используемые при временной фиксации провизорных коронок на девитализированные зубы
эвгенол содержащие цементы
водный дентин
масляный дентин

460 Преимущества КХС перед НХС при изготовлении каркасов МК протезов
обладает более высокой жесткостью
меньше подвержен деформациям
даёт меньшую усадку
всё вышеперечисленное

461 Толщина каркаса МК протеза (мм)
0,3–0,4
0,7–0,8
1,0–1,2

462 Оптимальная толщина фарфоровой облицовки МК протеза (мм)
1,2–1,5
2,0–2,5
3,0

463 Постоянные цементы для фиксации МК протезов
СИЦ
Силидонт
водный дентин

464 Можно ли чинить МК протезы в полости рта?

да
нет
только одиночные коронки

465 Процентное содержание плавиковой кислоты при починке МК протезов
9,5 % гель
10,5 % гель
5 % гель

466 Время травления плавиковой кислотой (сек.) при починке МК

протезов

3
5
6
10

467 Оптимальная величина зазора между культей зуба и коронкой (мкм)

120–160
170–180
90–110

468 Композиционные материалы, используемые для реставрации МК протезов

Фарест
Panavia
Формадент
Siliatar

469 Конструкция штифтового зуба по Ричмонду включает

комбинированную коронку по Белкину со штифтом
штифт со вкладкой
штампованный колпачок на культю зуба, спаянный со штифтом

470 Инструменты для распломбировки корневых каналов под культевые вкладки

колесовидные боры
Largo, gates glidden
сепарационные диски
металлические фрезы

471 Штифтовые зубы по Ильиной-Маркосян показаны

при истонченных стенках корня
при не истонченных стенках корня
независимо от толщины стенок корня, при условии его над десневого положения

472 Под штифтовую конструкцию корень зуба распломбировывается на

1/2
1/3
2/3

473 Противопоказания для протезирования штифтовыми зубами

разрушение коронковой части зуба до уровня десны

пломбирование каналов зубов без применения гуттаперчевых штифтов
разрушение корня зуба ниже уровня десны

474 Инструмент для распломбировки корневого канала
фреза с алмазным покрытием
Largo
каналонаполнитель
колесовидный бор

475 Культевые штифтовые вкладки изготавливают при протезировании
винирами
искусственными коронками
полукоронками

476 Для изготовления культевой штифтовой вкладки в лабораторных условиях, рабочая модель отливается
из гипса 1-2 класса
супергипса 4 класса
из легкоплавкого металла

477 Форма амортизационной вкладки штифтового зуба по Ильиной–Маркосян
овальная
кубическая
цилиндрическая

478 Для моделировки культевой штифтовой вкладки используют воск
бюгельный
Лавакс
базисный

479 Можно ли изготовить культевую штифтовую вкладку на многокорневой зуб?
да
нет
только при условии сохранения наддесневой культи

480 Являются ли разборными составные элементы культевой штифтовой вкладки: штифт и культя?
да
нет

только на многоканальные зубы, при наличии запирающего штифта

481 Оттискные материалы, используемые при изготовлении культевых штифтовых вкладок непрямым методом
эластические, альгинатные
эластические, силиконовые
термопластические

482 Базис протеза ЧСП протеза может быть
металлический
пластмассовый
комбинированный
фарфоровый

483 Возникновение гиперсаливации в начале использования бюгельного протеза
патология
норма
индивидуально в каждом случае

484 При проверке окклюзии восковой конструкции бюгельного протеза между искусственными и естественными зубами определяется не верный фиссурно-бугорковый контакт исправить который можно
перестановкой искусственных зубов непосредственно в полости рта
перестановкой искусственных зубов в лабораторных условиях
повторным определение центральной окклюзии

485 Требования, предъявляемые к металлическому каркасу бюгельного протеза при примерке
кламмеры плотно охватывают зубы
окклюзионные накладки завышают смыкание естественных зубов
не травмирует ткани протезного ложа

486 Припасовка каркаса бюгельного протеза на модель производится с помощью
жидкой копирки
копирующего спрея
копировальной бумаги

487 Изменение места расположения дуги на верхней челюсти зависит
от желания пациента
от топографии дефекта зубного ряда

от эстетических требований
от выраженности торуса твердого неба

488 При лечении очагового пародонтита, число зубов, которые необходимо включить в шину зависит
от протяженности дефекта зубного ряда
от степени атрофии пародонта опорных зубов
от степени атрофии пародонта зубов-антагонистов

489 Временные шины при лечении болезней пародонта
надежно фиксируют шинируемые зубы
обладают бактерицидными свойствами
равномерно распределяют жевательное давление

490 Временные шины при лечении болезней пародонта
не препятствуют лекарственной терапии
рассчитаны на неограниченный срок службы
при необходимости, замещают дефект зубного ряда

491 Отрицательные свойства пластмассовых коронок
большой коэффициент термического расширения

пористость
содержат остаточный мономер
сложность изготовления
хрупкость
низкая устойчивость к истиранию