

1 этап «Определение уровня теоретической подготовки»

Тестирование

001. Артикуляция – это:

- вид смыкания зубов в центральной окклюзии;
- цепь сменяющих друг друга окклюзий;
- вид смыкания зубов в передней окклюзии;
- вид смыкания зубов в боковой окклюзии.

002. В состав пародонта входят:

- 1) ткани десны;
 - 2) ткани альвеолы;
 - 3) периодонт;
 - 4) цемент корня;
- 1+2+3+4;
1+2+4.

003. Прикус – это характер смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

- 1) центральной;
- 2) боковой;
- передней;
- 4) задней.

004. К нормальному прикусу относится:

- 1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов;
- 2) глубокий прикус;
- 3) ортогнатический прикус
- 4) прямой прикус.

005. К переходным формам прикуса относятся:

- 1) прямой прикус;
- 2) открытый прикус;
- 3) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов;
- 4) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов;
- 5) глубокий прикус;
- 7) ортогнатический прикус с глубоким резцовым перекрытием;
- 8) 3+4+6;
- 9) 1+3+4+6;
- 10) 1+3+4.

006. Термин «аномалия» означает:

- 1) отклонение от нормы, возникшее в период роста и развития организма;
- 2) отклонение от нормы, возникшее в процессе жизнедеятельности организма;
- 3) 1+2.

007. К аномальному виду прикуса относится:

- 1) ортогнатический прикус;
- 2) глубокий прикус;
- 3) ортогнатический прикус с ретрузией передних зубов;
- 4) открытый прикус;
- 5) прямой прикус;
- 6) дистальный прикус;
- мезиальный прикус;
- перекрестный прикус;
- 2+4+6+7+8;
- 4+6+7.

008. Центральная окклюзия определяется признаками:

- 1) суставными, зубными, мышечными;
- 2) язычными, мышечными и суставными.

009. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы:

- 1) мезиальный прикус;
- 2) дистальный прикус;
- 3) глубокий прикус;
- 4) открытый прикус;
- 5) перекрестный прикус;
- 6) 2+3.

010. При ортогнатическом прикусе зубная дуга имеет форму:

верхняя – параболы, нижня – полуэллипса;
верхняя – полуэллипса, нижня – параболы;
верхняя – полуэллипса, нижня – трапециевидная;
верхняя – седловидная, нижня – параболы.

011. Центральным, называется такое соотношение челюстей:

- 1) при котором головки нижней челюсти занимают наиболее дистальное положение в суставной ямке, при этом возможны ее боковые смещения;
- 2) при котором головки нижней челюсти занимают наиболее переднее положение в суставной ямке, при этом возможны ее боковые смещения;
- 3) при котором имеются множественные зубные окклюзионные контакты;
- 4) 1+3.

012. Высота лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется:

- 1) функциональной высотой;
- 2) морфологической (окклюзионной) высотой;
- 3) 1+2.

013. Перекрытие нижних зубов верхними, превышающее $\frac{1}{2}$ высоты коронок с сохранением режуще-буторкового контакта означает:

- 1) глубокий прикус;
- 2) глубокое резцовое перекрытие;
- 3) глубокий травмирующий прикус.

014. К мышцам, поднимающим нижнюю челюсть относятся:

- 1) латеральная крыловидная;
- 2) подбородочно-подъязычная;
- 3) челюстно-подъязычная;
- 4) височная;
- 5) собственно жевательная;
- 6) медиальная крыловидная;
- 7) переднее брюшко двубрюшной мышцы;
- 8) 2+3+7;
- 9) 1+2+3;
- 10) 4+5+6.

015. К мышцам, опускающим нижнюю челюсть, относятся:

- 1) латеральная крыловидная;
- 2) подбородочно-подъязычная;
- 3) челюстно-подъязычная;
- 4) височная;
- 5) собственно жевательная;

- 6) медиальная крыловидная;
- 7) переднее брюшко двубрюшной мышцы;
- 8) 2+3+7;
- 9) 1+2+3;
- 10) 4+5+6+7.

016. Смещение нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей:

- 1) латеральной крыловидной;
- 2) подбородочно-подъязычной;
- 3) височной;
- 4) медиальной крыловидной.

017. Все методы обследования больных делятся на:

- 1) субъективные и объективные;
- 2) клинические и параклинические;
- 3) анатомические и функциональные.

018. К клиническим методам обследования относятся:

- 1) опрос, осмотр;
- 2) пальпация (зондирование), аускультация;
- 3) изучение диагностических моделей челюстей;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.

019. К параклиническим методам обследования относятся:

- 1) инструментальные, лабораторные, рентгенологические;
- 2) анатомические, рентгенологические, функциональные;
- 3) лабораторные, цефалометрические, антропометрические.

020. К инструментальным методам обследования относятся:

- 1) мастикациография;
- 2) гнатодинаметрия;
- 3) изучение диагностических моделей челюстей;
- 4) функциональная пробы Рубинова;
- 5) 1+2+3.

021. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти осуществляется с помощью:

- 1) мастикациографии;
- 2) гнатодинаметрии;
- 3) реографии.

022. Жевательная пробы Рубинова включает:

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений;
- 2) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек.;
- 3) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса;
- 4) время разжевывания пищи;
- 5) 3+4.

023. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:

- 1) выносливость пародонта;
- 2) жевательную эффективность.

024. Методы определения атрофии костной ткани альвеолы зуба:

- 1) рентгенологический;
- 2) зондирование;
- 3) осмотр;
- 4) пальпация;
- 5) электроодонтодиагностика;
- 6) 1+2;

- 7) 2+4;
- 8) 1+2+3+4.

025. Метод обследования, позволяющий оценить состояние костной ткани пародонта всех зубов:

- 1) окклюзионная рентгенография;
- 2) ортопантомография;
- 3) телерентгенография;
- 4) компьютерная томография;
- 5) ультразвуковая остеометрия;
- 6) 2+5.

026. Метод обследования, позволяющий наиболее точно оценить строение лицевого скелета:

- 1) внутриротовая рентгенография;
- 2) окклюзионная рентгенография;
- 3) ортопантомография;
- 4) телерентгенография;
- 5) компьютерная томография.

027. Классификация зубных рядов с дефектами Е.И. Гаврилова включает:

- 1) концевые, включенные, комбинированные дефекты;
- 2) включенные, концевые дефекты, одиночно стоящие зубы;
- 3) концевые, включенные, комбинированные дефекты, одиночно стоящие зубы.

028. По классификации Кеннеди двусторонний концевой дефект относится к:

- 1) первому классу;
- 2) второму классу;
- 3) третьему классу;
- 4) четвертому классу.

029. Классификация Келлера относится к беззубой:

- 1) верхней челюсти;
- 2) нижней челюсти;
- 3) обеим челюстям.

030. Функции истории болезни:

- 1) медицинская;
- 2) юридическая;
- 3) научная;
- 4) статистическая;
- 5) 1+2+3+4.

031. Задачи ортопедического лечения:

- 1) восстановление эстетики лица;
- 2) восстановление функции жевательно-речевого аппарата;
- 3) создание состояния психологического комфорта;
- 4) профилактика;
- 5) 1+2+3.

032. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие:

механическое;
токсическое;
аллергическое;
термоизолирующее;
все вышеперечисленные.

033. Основной стоматологический материал должен быть:
безопасным для организма;

достаточно прочным;
эстетичным;
технологичным;
1+2+3+4.

034. Стоматологические материалы подразделяются на:
основные, вспомогательные, клинические;
основные, вспомогательные, эстетические;
клинические, технические, вспомогательные.

035. К физическим свойствам материала относятся:
температура кипения;
теплопроводность;
поверхностное напряжение;
плотность
все перечисленные.

036. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия как:
коррозионная стойкость;
окисляемость;
растворимость;
цветостойкость;
1+2+3;
1+2+3+4.

037. Оттискные материалы условно делятся на:

твердые и эластичные;
криSTALLизующиеся и термопластичные;
эластичные, термопластичные и твердые (криSTALLизующиеся).

038. Что нужно предпринять после получения оттиска альгинатным материалом:
передать его в зуботехническую лабораторию;
отлит гипсовую модель;
положить оттиск в воду;
проверить качество оттиска;
проводить дезинфекцию оттиска;
1+3;
4+5 +2.

039. Альгинатный материал используется для получения оттиска при протезировании:
литой коронкой;
штампованной коронкой;
фарфоровой коронкой;
пластмассовой коронкой;
металлокерамической коронкой;
металлопластмассовой коронкой;
частичным съемным пластиночным протезом;
1+3+5+6
2+4+7.

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

- 2-3 минут после получения оттиска;
- 15 минут после получения оттиска;
- 60 минут после получения оттиска;
- 24 часов после получения оттиска.

041. Репин относится к следующей группе материалов:

- силиконовые;
- тиоколовые;
- альгинатные;
- цинкоксидэвгеноловые.

042. К силиконовым оттискным материалам относятся:

- стомальгин;
- репин;
- сиэласт;
- стенс;
- гипс.

043. Для двойного оттиска используются:

- твёрдые материалы;
- силиконовые материалы;
- альгинатные материалы;
- термопластичные массы.

044. Для получения рабочих моделей челюстей оттиски заполняются:

- супергипсом;
- обычным гипсом;
- огнеупорной массой;
- 1+2;
- 1+2+3.

045. Дублирование рабочих моделей челюстей проводят с помощью:

- термопластичной массы;
- гидроколлоидной массы;
- силиконовой массы;
- огнеупорной массы;
- 2+4.

046. Способы гипсовки модели челюсти с восковой репродукцией протеза в кювету:

- прямой способ;
- обратный способ;
- комбинированный способ;
- все перечисленные способы.

047. Какой метод замены воска на пластмассу имеет больше недостатков:

- компрессионного прессования;
- инжекционно-литьевого прессования.

048. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят на:
рабочей гипсовой модели челюсти;
модели из огнеупорной массы;
модели из высокопрочного гипса.

049. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать:
беззольную пластмассу;
воск;
оба вышеперечисленных материала.

050. Для каркаса металлокерамических протезов применяют:
никелехромовый сплав;
кобальтохромовый сплав;
хромоникелевую сталь;
золото-палладиевый сплав;
1+2+4;
1+2+3;
2+3.

051. Связь акриловой полимерной облицовки с металлическим каркасом протеза обеспечивается за счет:
механического сцепления;
физико-химического соединения;
комбинированным способом;
1+2+3.

052. Керомеры (керамикой оптимизированные полимеры) относятся:
к фарфору;
к пластмассе;
к самостоятельной группе материалов.

053. Стекловолоконный материал «Вектрис» применяется для:
облицовки металлических каркасов протезов;
создания несъемных протезов.

054. Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют:
силиконовые массы;
термопластические массы;
гипс;
альгинатные массы.

055. Материал для реставрации базисов съемных протезов:
эладент 100;
фторакс;
фарфоровая масса;
акрилоксид;
протакрил;
этакрил;
4+5.

056. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки, для оттисков применяют:

гипс;
эластичные оттисковые массы;
термопластичные массы.

057. Аллергия на стоматологические материалы относится:

к реакциям гиперчувствительности немедленного типа;
к реакциям гиперчувствительности замедленного типа;
1+2.

058. Дефект коронки зуба замещают:
шифтовым зубом;
искусственной коронкой;
мостовидным протезом;
вкладкой;
адгезионной облицовкой;
1+2+4+5.

059. Требования к корням зубов, используемых для штифтовых литых культевых вкладок:
пломбирование до верхушки корня;
пломбирование до верхушки корня не обязательно;
корень с расширенной периодонтальной щелью;
искривленный канал, пломбированный до верхушки.

060. Корни зубов с 1 степенью патологической подвижности:
подлежат удалению;
могут использоваться как составной элемент шинирующей конструкции;
используются для протезирования штифтовыми зубами по Ричмонду.

061. Удалению подлежат корни зубов:
с патологической подвижностью 2-3 степени;
прикрыты гиперплазированной десной и запломбированные до верхушки корня;
при пломбировании на 2/3 длины корня;
1+3.

062. Искусственная культура с вкладкой и штифтом может быть использована на:
однокорневых зубах верхней и нижней челюстей;
резцах, клыках и премолярах верхней челюсти;
резцах, клыках и премолярах нижней челюсти;
любых зубах верхней и нижней челюстей;
1+2+3+4.

063. При отломе коронковой части зуба на уровне десны, зуб восстанавливают:
обычной искусственной коронкой;
штифтовой конструкцией;
съемным протезом;
вкладкой;
искусственной коронкой, с предварительным созданием искусственной культуры.

064. Основная причина трещин корня при протезировании штифтовыми зубами:
изготовление укороченного штифта;
ассиметричный профиль поперечного сечения штифта;

изменения в периодонте протезируемого корня;
чрезмерное расширение корневого канала;
1+4.

065. Раскрытие и расширение корневых каналов под штифт должно проводится:
на 1/3 длины корня;
на 1/2 длины корня;
на 2/3 длины корня;
до верхушки корня.

066. Для устранения клиновидных дефектов используют:
вкладки;
искусственные коронки;
пломбировочные материалы;
съемные конструкции протезов;
1+2+3;
1+2+3+4.

067. Ориентиром для выбора направления движения бора при раскрытии и расширении канала служит:

внутриротовой прицельный рентгеновский снимок;
 пятно пломбировочного материала в канале;
ориентиров не существует;
1+2.

068. Разрушение коронковой части зуба на 2/3 и более является показанием к протезированию:
обычной искусственной коронкой;
искусственной коронкой, с предварительным созданием искусственной культи;
частичным съемным протезом;
вкладкой.

069. Полное разрушение коронки зуба обусловлено:
отломом коронки при обширной пломбе;
 травмой зуба;
заболеванием пародонта;
повышенной стираемостью до шейки зуба;
1+3;
1+2+4.

070. Величина сошлифования твердых тканей зуба при препарировании под искусственную коронку зависит от:
анатомической формы зуба;
анатомической формы зуба и материала для изготовления коронок;
типа коронки.

071. При создании искусственных коронок гипсовые модели челюстей укрепляются:
в окклюзаторе;
в артикуляторе;
в эстезиометре;

в параллелометре;
в гнатодинамометре;
1+2;
1+2+3+4.

072. Препарирование зубов под коронку проводят:

Алмазными головками;
твердосплавными борами;
фрезами;
карборундовыми камнями;
сепарационными дисками;
1+2+5.

073. При препарировании зуба под штампованную коронку необходимо:
сошлифовать твердые ткани на толщину металла;
сошлифовать твердые ткани в соответствии с диаметром клинической шейки зуба;
создать просвет между зубами (препарированным и антагонистом) на толщину сплава металла;
2+3.

074. Возникновение пульпита при препарировании зубов обусловлено:

скоростью вращения инструмента;
точной центровкой инструмента;
охлаждением зуба;
качеством инструмента;
непрерывным сошлифовыванием твердых тканей зуба;
1+2+3+4.

075. Укрепленную штампованную коронку по показаниям можно снять с опорного зуба, используя:
колесовидный бор;
вулканитовый диск;
фиссурный бор с закругленным кончиком;
фрезу;
алмазную головку;
карборундовую головку;
1+2+3;
3+5+6.

076. При моделировании искусственных коронок в окклюзаторе или артикуляторе жевательные бугорки должны иметь анатомическую форму:

невыраженную;
резко выраженную;
умеренно выраженную;
одноименного зуба противоположной стороны зубного ряда;
3+4;

077. Край штампованной коронки погружается в зубодесневую бороздку на:
0,2-0,5 мм;
0,5-1,0 мм;

1,0-1,5 мм.

078. Воспаление десневого края после фиксации коронки может быть вызвано:
широким краем коронки;
длинным краем коронки;
отсутствием контакта с соседними зубами;
невыраженностью экватора искусственной коронки;
1+2+3+4.

079. Причины гингивита в области искусственных коронок:
отсутствие экватора;
широкий периметр коронки в области шейки зуба;
длинный край коронки;
отсутствие контактного пункта с соседними зубами;
1+2+3+4

080. При протезировании металлокерамической коронкой, опорный зуб препарируется с:
циркулярным уступом;
вестибулярным уступом;
без уступа;
1+2.

081. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок:
нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов;
повышенная стираемость твердых тканей зуба;
повышенная чувствительность(идиосинкразия) к акриловым полимерам;
1+2+3.

082. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск:
двойной;
функциональный;
частичный.

083. Ретракционные нити используют:
для связывания подвижных зубов перед получением оттиска;
для фармако-механического расширения зубо-десневого желобка перед снятием двойного оттиска;
фиксации оттискового материала в ложке.

084. Для литых коронок используются:
нержавеющая сталь;
золотой сплав 750 пробы;
кобальтохромовый сплав;
серебряно-палладиевый сплав
2+3+4.

085. При изготовлении металлокерамической коронки, керамическую массу наносят на:
штампованный металлический колпачок;
литой металлический колпачок из КХС;
золото-платиновый колпачок;
штампик из огнеупорного материала;

2+3.

Толщина литого колпачка металлокерамической коронки должна быть не менее:
0,1 мм;
0,2 мм;
0,3 мм;
0,4 мм.

087. Для улучшения сцепления фарфоровой массы с металлическим каркасом протеза при протезировании металлокерамическими протезами необходимо провести:
пескоструйную обработку;
пескоструйную обработку каркаса, обезжиривание и создание оксидной пленки;
пескоструйную обработку каркаса и получение оксидной пленки.

088. Проверка металлокерамической коронки в полости рта включает:
оценку анатомической формы и цвета коронки;
проверку окклюзионных и межзубных контактов;
1+2.

089. Мостовидные протезы показаны для замещения дефектов зубных рядов:
малых и средних включенных дефектов (2-3 зуба);
концевых дефектов;
в переднем отделе при отсутствии 4 резцов;
1+3;
1+2+3.

090. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают:
топографию дефекта зубного ряда;
состояние пародонта зубов - антагонистов;
протяженность дефекта зубного ряда;
абсолютную силу жевательных мышц;
анатомическую форму зубов;
состояние пародонта опорных зубов;
1+3+6;
1+2.

091. Выбор количества опорных зубов при планировании мостовидного протеза зависит от:
состояния пародонта зубов - антагонистов;
топографии дефекта зубного ряда;
протяженности дефекта зубного ряда;
состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект;
материала и типа протеза;
2+3+4;
2+3+4+5.

092. Опорными элементами несъемных мостовидных протезов могут быть:
полные коронки (штампованные, литые);
телескопические коронки;
коронки на искусственной культуре со штифтом;
замковые крепления;
вкладки;

1+2+3;
1+2+3+5.

093. Гипсовые модели челюстей возможно составить в положении центральной окклюзии без применения восковых шаблонов с прикусными валиками, если:
есть пары антагонирующих зубов находятся только с правой или левой стороны челюсти;
есть пары антагонирующих зубов, расположенных по вершинам равностороннего треугольника;
есть зубы на обеих или одной из челюстей, но они не антагонируют.

094. К основным преимуществам адгезионных мостовидных протезов относятся:
эстетичность;
малую травматичность препарирования опорных зубов;
прочность конструкции;
1+2;
1+2+3;
2+3.

095. Противопоказания к применению мостовидного протеза с односторонней опорой:
подвижность опорных зубов;
концевой дефект;
повышенную стираемость опорных зубов;
аномальный прикус;
большая протяженность включенного дефекта зубного ряда;
1+2+5;
1+2+3+4+5.

096. Тело мостовидного протеза должно иметь в переднем отделе:
касательную форму;
висячую форму с промывным пространством;
может быть любой формы.

097. Тело мостовидного протеза должно иметь в боковых отделах:
1) касательную форму;
2) висячую форму с промывным пространством;
седловидную форму;
может быть любой формы.

098. Показания к применению съемного мостовидного протеза:
1) подвижность опорных зубов;
2) односторонний концевой дефект;
3) повышенная стираемость опорных зубов;
4) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект;
5) большая протяженность дефекта зубного ряда;
6) 1+2+5;
7) 2+4.

099. Для литых мостовидных протезов используются сплавы:
золота 900 пробы;
золота 750 пробы;
кобальта и хрома;
нержавеющую сталь;

2+3;
1+2+3+4.

100. Каркас металлокерамического мостовидного протеза получают из:

- 1) золота 900 пробы;
- 2) золота 750 пробы;
- 3) нержавеющей стали;
- 4) кобальта и хрома;
- 5) 2+4;
- 6) 1+2+3+4.

101. Полирование мостовидных протезов проводится с помощью:

полировочной пасты;
шлифовальных эластичных кругов;
щетинных и нитяных щеток;
войлочных фильтров;
1+2+3;
1+2+3+4.

102. Для временной фиксации мостовидных протезов применяют:

акрилоксид;
провирол;
цемент Висфат;
цемент Силидонт;
цинкоксидэвгеноловую пасту;
2+5.

103. Для постоянной фиксации мостовидных протезов применяют:

цинкоксидэвгеноловую пасту;
цемент Висфат;
искусственный дентин;
цемент Силидонт;
цемент Унифас;
стеклоиномерный цемент;
2+5+6.

104. Возможные осложнения при использовании металлоакриловыми мостовидными протезами:

откол облицовки;
изменения цвета облицовки;
стирание облицовки;
повышенная стираемость зубов – антагонистов;
1+2+3;
1+4.

105. К недостаткам паяных мостовидных протезов относят:

наличие паяного шва;

электрохимическое воздействие припоя;
поломку протеза по линии пайки;
почернение по линии соединения элементов;
2+3+4;
1+3+4;
2+5.

106. К методам нормализации нагрузки пародонта опорных зубов при протезировании мостовидными протезами относят:

увеличение числа опорных зубов;
уменьшение площади жевательной поверхности промежуточной части мостовидного протеза;
моделирование зубов с меньшим коэффициентом жевательной эффективности;
моделирование невыраженных бугорков;
1+2;
1+2+3+4.

107. Преимущества мостовидных протезов перед частичными съемными пластиночными протезами:

максимальное восстановление жевательной эффективности;
надежная фиксация протезов;
быстрая адаптация к протезу;
минимальные размеры протеза;
1+2+3;
1+2+3+4.

108. Ошибкой при протезировании мостовидными протезами следует считать:

необоснованное расширение показаний к протезированию мостовидными протезами;
отсутствие окклюзионных контактов мостовидного протеза с зубами - антагонистами;
неправильное моделирование каркаса протеза;
увеличение межальвеолярной высоты;
неудовлетворительные эстетические качества протеза;
все вышеперечисленное.

109. Характерными признаками при аллергическом стоматите, вызванном протезами из сплавов металлов, являются:

изменения вкусовой чувствительности;
разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта;
поражение кожи;
отек губ, щек, языка;
наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек;
постоянное чувство жжения;
сухость полости рта;
обложенность, гиперемия, увеличение языка;
повышенная вязкость слюны;
все перечисленное;
1+2+4+6;

5+6+7+9.

110. Частичная потеря зубов приводит:

- к гипертрофии альвеолярной части (отростка);
- к деформациям окклюзионной поверхности зубных рядов;
- к блокированию и необычности движений нижней челюсти;
- к макроглоссии, гиперсаливации;

1+2+3.

111. Постановка диагноза осуществляется на основе изучения:

- жалоб пациента, осмотра лица и полости рта;
- диагностических моделей челюстей;
- внутриротовых рентгенограмм зубов, ортопантомограмм и телерентгенограмм;
- мастикациографии и гнатодинамометрии;

1+2+3+4.

112. Выбор количества опорных зубов для фиксации частичных съемных протезов зависит от:

- состояния пародонта зубов-антагонистов;
- топографии дефекта зубного ряда;
- протяженности дефекта зубного ряда;
- состояния пародонта опорных зубов;
- от материала и типа протеза;

2+3+4;

2+3+4+5.

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

- анатомический;
- анатомо-функциональный;
- антропометрический.

114. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации:

- устойчивость зубов;
- отсутствие хронического воспалительного околoverхушечного очага;
- выраженная анатомическая форма;
- все перечисленное.

115. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам:

- площадь базиса протеза;
- психосоматические особенности пациента;
- толщина базиса протеза;
- особенности конструирования искусственных зубных рядов;
- метод фиксации съемного протеза;

1+3+5;

1+2+3+4+5.

116. Проверка конструкции пластиночного протеза включает в себя:

- оценку рабочих моделей челюсти;
 - оценки конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе;
 - оценку репродукции протеза в полости рта;
- 1+2+3.

117. Фиксация частичных съемных протезов осуществляется за счет:

- адгезии базиса протеза;
 - анатомической ретенции и стабилизации;
 - механических приспособлений;
 - использования имплантатов;
 - применения поднадкостничных магнитов;
- 1+2+3+4;
- 1+2+3+4+5.

118. Постановку искусственных зубов на приточке проводят:

- при короткой верхней губе;
 - при длинной верхней губе;
 - при гипертроированном альвеолярном гребне в переднем отделе;
 - при атрофии альвеолярного гребня в переднем отделе;
- 1+3;
- 1+3+5.

119. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:

- диагональное;
- сагиттальное;
- поперечное.

120. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:

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

121. Свободное наложение съемного пластиночного протеза бывает затруднено из-за:

- 1) дефектов рабочей поверхности гипсовой модели;
- 2) дефектов базиса протеза;
- 3) вследствие помех в области экватора сохранившихся зубов;
- 4) отсутствия изоляции в области экзостозов и небного валика;
- 5) 1+3+4;
- 6) 1+2+3+4.

122. Преимущества пластмассовых искусственных зубов перед фарфоровыми проявляются в:

- 1) большей твердости;

- 2) надежном соединении с базисом протеза;
- 3) возможности поставить зубы на приточке;
- 4) возможности поставить зубы при глубоком прикусе;
- 5) более легкой коррекции окклюзионной поверхности;
- 6) высокой цветостойкости;
- 7) 2+3+4+5;
- 8) 1+2+4+6.

123. Для реставрации пластиничного протеза необходимо получить оттиск вместе с ним при:

- 1) переломе базиса;
- 2) трещине в базисе;
- 3) отломе кламмера;
- 4) добавлении искусственного зуба;
- 5) реставрации краев базиса протеза;
- 6) 1+2;
- 7) 3+4+5;
- 8) 1+2+3+4+5.

124. Показания к непосредственному протезированию:

- 1) множественный кариес;
- 2) удаление передних зубов;
- 3) деформация зубных рядов;
- 4) повышенная стираемость зубов.

125. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы готовят:

- 1) до операции;
- 2) через 5-7 дней после удаления зуба;
- 3) через 2 недели после удаления зуба.

126. При непосредственном протезировании и подготовке альвеолярного гребня на модели верхней челюсти в переднем участке гипс гравируют:

- 1) с вестибулярной стороны;
- 2) с оральной стороны;
- 3) с вестибулярной и оральной стороны;
- 4) не гравируют.

127. Применение непосредственных протезов позволяет:

- сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих межальвеолярную высоту;
ускорить репаративные процессы альвеолярных частей;
предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов;
восстановить речь, функцию жевания;
устранить эстетические дефекты;
1+2+3;
2+4+5;
1+2+3+4+5.

128. Виды съемных зубных протезов, где жевательное давление передается на опорные зубы и слизистую оболочку:

- 1) пластиночный протез с удерживающими кламмерами;
- 2) съемный малый седловидный протез;
- 3) дуговой протез;
- 4) 1+2;
- 5) 2+3.

129. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам:

- 1) площадь базиса протеза;
- 2) индивидуальные особенности пациента;
- 3) толщина базиса протеза;
- 4) особенности конструирования зубных рядов;
- 5) метод фиксации протеза;
- 6) 1+2+3+4+5;
- 1+3+5.

130. Первая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И.Гаврилову:

- 1) реакция на протез как на необычный раздражитель;
- 2) рефлекторная перестройка деятельности мышц и суставов.

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

- 1) прямой способ;
- 2) перекрестный способ;
- 3) обратный способ;
- 4) дублированный способ;
- 5) комбинированный способ;
- 6) 1+3+5;
- 7) 1+2+3+4+5.

132. Переход акриловой пластмассы из пластиичного состояния в твердое происходит за счет:

криSTALLизации;
полимеризации;
вулканизации.

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

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

134. При полимеризации пластмассы быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

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

135. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до:

20%-30%
50%-70%;
70%-90%;
90%-100%.

136. Пациент назначается на контрольный осмотр после наложения съемного пластиночного протеза:

по мере возникновения боли;
на следующий день после наложения протеза;
через неделю после наложения протеза.

137. При наличии сильной боли перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется:

не снимать протез до посещения врача;
не пользоваться протезом, но надеть его за 3-4 часа перед коррекцией;
снять протез до посещения врача.

138. Лечение протетического стоматита включает:

замену протеза;
десенсибилизирующую терапию;
назначение витаминов А, Е, С;
обильное питье;
назначение мочегонных препаратов;
1+2+3;
1+2+3+4+5.

139. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами можно отнести следующее:

нарушение теплообмена;
несоответствие протеза протезному ложу;
изменение водородного показателя слюны;
наличие пластмассового базиса протеза в полости рта;
1+2+3;
1+2+3+4.

140. При протезировании больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта съемными протезами следует:

обязательно увеличить межальвеолярную высоту;

исключить увеличение межальвеолярной высоты;
применять только пластмассовые зубы;
использовать фарфоровые зубы;
полировать внутреннюю поверхность базиса протеза;
не полировать внутреннюю поверхность базиса протеза;
1+3+6;
2+4+5;
1+4+6.

141. Основными элементами каркаса дугового съемного протеза являются:

- а) металлические крепления для фиксации пластмассы
- б) дуга
- в) опорно-удерживающие кламмеры;
- г) дробители нагрузки.
 - 2) а) дуга;
 - б) опорно-удерживающие кламмеры;
 - в) пластмассовый базис;
- 3) а) металлические крепления для фиксации пластмассы;
 - б) дуга;
- в) дробители нагрузки.

142. Дуговой протез включает в себя:

искусственные зубы, базис, ответвления, опорно-удерживающие элементы;
дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы;
дугу, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы.

143. При использовании дугового протеза во время жевания давление передается:

на периодонт опорных зубов;
на слизистую оболочку альвеолярных частей;
на височно-нижнечелюстной сустав;
1+2.

144. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом:

жесткое;
шарнирное;
пружинящее;
1+2;
1+2+3.

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

линия анатомического экватора;
разделительная линия;
линия десневого края.

146. Линия, соединяющая удерживающие кончики кламмеров на опорных зубах, называется:

- диагональной;
- экваторной;
- кламмерной.

147. Разделительную линию, проведенную на коронке зуба, должны пересекать:

- окклюзионная накладка;
- удерживающее плечо кламмера;
- когтевидный отросток.

148. Функциональное назначение дробителя нагрузки (амортизатора жевательного давления):

- уменьшение вертикального компонента функциональной нагрузки;
- уменьшение горизонтального компонента функциональной нагрузки;
- уменьшение опрокидывающего эффекта;
- 1+3;
- 1+2+3.

149. Удерживающий кламмер состоит из:

- плеча;
- отростка;
- окклюзионной накладки;
- тела;
- ответвлений;
- 1+2+4;
- 1+2+4+5.

150. Опорно-удерживающий кламмер состоит из:

- плеча (или плеч);
- отростка;
- окклюзионной накладки;
- тела;
- ответвлений;
- 1+2+3+4;
- 1+2+3+4+5;

151. Часть опорно-удерживающего кламмера, обеспечивающая фиксацию дугового протеза при вертикальных смещениях, располагается:

- в буферной зоне;
- в окклюзионной зоне;
- в ретенционной зоне;
- в зоне безопасности.

152. Плечо удерживающего кламмера должно:

располагаться между экватором и десной;
располагаться между экватором и жевательной поверхностью;
прилегать к зубу в одной точке;
прилегать к зубу в максимальном количестве точек;
1+4;
2+3.

153. Окклюзионная накладка должна располагаться по отношению к оси зуба следующим образом:

совпадать с продольной осью зуба;
перпендикулярно продольной оси зуба;
под углом в 45° к продольной оси зуба.

154. Зона расположения удерживающей части плеча кламмера:

область анатомического экватора зуба;
окклюзионная поверхность зуба;
придесневая область зуба.

155. Упругость плеча кламмера зависит от:

материала, из которого он сделан;
толщины плеча кламмера;
длины плеча;
вида прикуса;
1+3+4
1+2+3;

156. Функциональное назначение стабилизирующейся части плеча кламмера:

препятствует действию сил, направленных косо под углом;
препятствует действию сил, направленных горизонтально;
препятствует смещению в вертикальном направлении;
удерживает зуб от смещения при вертикальном его нагружении;
1+2;
3+4;
1+2+3+4.

157. Часть поверхности коронки зуба, расположенная между разделительной линией и десневым краем, называется:

областью поднутрения;
окклюзионной или опорной частью;
ретенционной или удерживающей частью;
зоной безопасности;
кламмерной зоной;
1+2;
1+3.

158. При нанесении разделительной линии на гипсовой модели с помощью паралелометра кончик грифеля должен находиться на уровне:

клинического экватора зуба;
анатомического экватора зуба;
середины коронки зуба;
шейки зуба.

159. Если при изучении модели челюсти в паралелометре используют ее передний наклон, то путь наложения дугового протеза будет:

вертикальный;
вертикальный задний;
вертикальный передний.

160. Если при изучении модели челюсти в паралелометре используют ее правый боковой наклон, то путь наложения дугового протеза будет:

вертикальный;
вертикальный задний;
вертикальный передний;
со стороны противоположной наклону.

161. Применение штанговой системы крепления рекомендуется:

если альвеолярный гребень между опорными зубами приближен к прямолинейному, а клинические коронки опорных зубов высокие;
если альвеолярный гребень между опорными зубами неравномерно атрофирован;:
только в переднем отделе челюстей.

162. Штанга Дольдера в сечении:

прямоугольная;
каплевидная;
овальная.

163. Основным фактором, ведущим к возникновению деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов и прикуса, является:

неравномерная и очаговая стираемость зубов;
частичная потеря зубов;
разрушение или стирание пломбировочных материалов;
опухоли челюстей;
неправильно сросшиеся переломы челюстей;
1+2+3;
1+2+3+4+5.

164. Клиническими признаками деформаций зубных рядов при пародонтите являются:

вестибулярный наклон передних зубов;
зубоальвеолярное укорочение зубов при перегрузке их пародонта;
образование трем, диастем;
наклон зуба в область дефекта;
3+4;

1+2+3+4.

165. Деформации окклюзионной поверхности зубного ряда возникает вследствие:

- отсутствия соседних зубов и зубов-антагонистов;
 - повышенной стираемости функционирующих групп зубов и отсутствия стираемости нефункционирующих групп зубов;
 - отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов;
 - изменение положения зубов вследствие поражения пародонта;
- 3+4;
1+2+4.

166. Клиническими признаками деформации зубных рядов при пародонтите являются:

- веерообразное расхождение передних зубов;
 - перемещение зубов на место отсутствующих антагонистов;
 - наклон зуба в область дефекта;
- 1+2+3.

167. Ортодонтическое исправление веерообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии:

- компенсации;
- обострения;
- субкомпенсации;
- декомпенсации.

168. Какие факторы определяют степень деформации зубных рядов:

- давность удаления зубов;
 - возраст пациента;
 - на какой челюсти было проведено удаление;
 - вид прикуса;
- 1+2+3+4..

169. Основная цель лечения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов:

- нормализация функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц;
 - восстановление эстетики;
 - нормализация речи;
 - выравнивание окклюзионной поверхности зубов;
 - устраниние функциональной перегрузки пародонта переместившихся зубов и зубов, блокирующих движение нижней челюсти;
- 1+4+5;
4+5.

170. В каком ответе наиболее полно перечислены возможные методы лечения деформаций:

- ортодонтический, хирургический;
- ортопедический, ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический;
- ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический, терапевтический.

171. Патологическое состояние, при котором повышенную функциональную нагрузку испытывает здоровый пародонт зуба при его преждевременном контакте (на одиночной коронке):

- первичная травматическая окклюзия;
- вторичная травматическая окклюзия.

172. Травматическая окклюзия может возникнуть:

- при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов;
- при значительной потере зубов;
- при глотании;
- при жевании;
- 1+2.

173. Ортопедическое лечение первичной травматической окклюзии направлено:

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

174. Вторичный травматический синдром развивается вследствие:

- воздействия неадекватной нагрузки на интактный пародонт;
- присоединения к хронической травме воспалительного процесса;
- воздействия адекватной нагрузки на пораженный пародонт.

175. При ортопедическом лечении травматической окклюзии важно:

- устранить или ослабить функциональную перегрузку пародонта;
- восстановить жевательную эффективность;
- разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом за счет зубов, у которых он лучше сохранен;
- вернуть зубному ряду утраченное единство;
- предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной нагрузки;
- проводить шинирование зубов и протезирование;
- 1+2+3+4;
- 1+3+4+5+6.

176. Необходимо выявлять и устранять преждевременные контакты зубов:

- в центральной, задней, передней и боковых окклюзиях;
- в передней и боковых окклюзиях;
- в центральной и боковых окклюзиях;
- в центральной и передней окклюзиях.

177. Наличие преждевременных контактных пунктов зубов выявляется использованием:

восковой пластиинки;
артикуляционной бумаги;
диагностических моделей челюстей;
визуально;
записи движения нижней челюсти;
1+2+3;
1+2+3+4+5.

178. Показания к применению метода избирательного пришлифования зубов при травматической окклюзии являются:

множественный кариес;
преждевременные контакты зубов;
деформации зубных рядов;
блокада движений нижней челюсти;
1+2;
1+3+4;
2+3+4.

179. Избирательное пришлифование жевательных бугорков при травматической окклюзии проводится на зубах:

верхней челюсти;
нижней челюсти;
верхней и нижней челюсти.

180. Возможными осложнениями при избирательном пришлифовывании зубов при травматической окклюзии являются:

гиперестезия твердых тканей;
кариес;
пульпит;
периодонтит;
уменьшение межальвеолярной высоты;
ортодонтическое перемещение зуба;
1+3+5;
1+2+3+5+6.

181. При избирательном пришлифовывании резцов и клыков при ортогнатическом прикусе сошлифовывают:

режущий край и вестибулярную поверхность нижних зубов;
режущий край и небную поверхность верхних зубов;
1+2.

182. При травматической окклюзии устраниют преждевременные контакты избирательным пришлифовыванием зубов в:

центральной окклюзии;
боковых окклюзиях;
передней окклюзии;
задней окклюзии;

1+2+3+4;

1+2;

2+3.

183. Лечение разлитого пародонтита:

общее;

физиотерапевтическое;

хирургическое;

терапевтическое;

ортопедическое;

1+2+3+4+5.

184. При ортопедическом лечении травматической окклюзии применяются следующие конструкции шин:

съемные;

несъемные;

временные;

постоянные;

1+2;

1+2+3+4..

185. К временным шинам относятся:

колпачковая шина;

шина из панцирных накладок;

шина Эльбрехта;

круговая (вестибуло-оральная) шина из быстротвердеющей пластмассы;

съемная шина Ванкевич.

186. Временные шины при лечении пародонта должны:

способствовать равномерному распределению жевательного давления;

не препятствовать консервативной терапии;

не травмировать слизистую оболочку десны;

2+3;

1+2+3.

187. При разлитом пародонтите съемная шина должна обеспечить иммобилизацию:

переднюю;

боковую;

круговую;

поперечную.

188. При использовании капповой временной шины увеличение высоты центральной окклюзии на 2 мм:

недопустимо;

возможно;

желательно.

189. При развивающейся стадии травматической окклюзии, сопровождающей разлитой пародонтит, в шину включают:

- зубы с патологической подвижностью 3-4 степени;
- все зубы (круговая иммобилизация);
- все зубы (стабилизация по дуге и поперечная иммобилизация);
- зубы с непораженным пародонтом наряду с зубами, у которых пародонт поражен;
- 1+2;
- 2+3+4.

190. Моделирование воском каркаса цельнолитой шины проводят:

- на огнеупорной модели;
- на рабочей модели;
- непосредственно во рту пациента;
- 1+2.

191. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает:

- опорно-удерживающие кламмеры и дуги;
- пластмассовый базис с искусственными зубами;
- металлический каркас с шинирующими элементами;
- 1+2;
- 2+3.

192. В качестве шинирующих элементов в дуговых протезах могут использоваться:

- круговые кламмеры;
- коронки;
- когтевидные отростки;
- непрерывные многозвеневые кламмеры;
- шина-каппа;
- 2+3+4;
- 1+3+4+5.

193. Общие причины, вызывающие повышенную стираемость зубов:

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

194. Местные факторы, оказывающие влияние на развитие повышенной стираемости зубов:

- потеря боковых зубов, воздействие щелочей или кислот, парафункции, зубочелюстные аномалии;

чрезмерное употребление продуктов, содержащих кислоты, дефицит фтора в воде и пище; отсутствие гигиены полости рта, неправильно изготовленные протезы, избыток фтора в воде и пище;

влияние профессиональных вредностей, избыток в организме гормонов с анаболическим действием, ответственных за усвоение кальция;

1+3;

1+2+4;

1+2+3+4.

195. Третья степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей:

стираются бугорки боковых зубов и режущие края передних зубов;

до 2/3 высоты коронки зуба;

до экватора зуба;

в пределах дентина с просвечиванием полости зуба;

полное стирание коронки.

196. При очаговой форме повышенной стираемости высота нижнего отдела, как правило:

уменьшается;

увеличивается;

не изменяется.

197. Отсутствие уменьшения высоты нижнего отдела лица при разлитой компенсированной форме повышенной стираемости зубов обусловлено:

снижением межальвеолярной высоты;

ростом альвеолярных отростков челюстей;

изменением взаимоотношения элементов ВНЧС;

вертикальным перемещением зубов;

1+2+3;

1+2+4.

198. Для компенсированной формы разлитой стираемости зубов характерно:

уменьшение высоты нижнего отдела лица;

увеличение высоты нижнего отдела лица;

неизменность высоты нижнего отдела лица;

199. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости к протезированию включает в себя:

нормализацию окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью временных ортопедических конструкций;

депульпирование зубов с повышенной чувствительностью;

восстановление нормальной окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью цельнолитых конструкций;

1+2.

200. Перестройка миостатического рефлекса при разобщении зубных рядов у больных с декомпенсированной разлитой формой повышенной стираемости, как правило, происходит в течение:

1 месяц;
1-3 месяца;
3-6 месяцев;
6-12 месяцев.

201. При всех формах повышенной стираемости показаны ортопедические конструкции:

цельнолитые;
штампованные;
адгезионные.

202. Клинические признаки полной потери зубов:

потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменения внешнего вида пациента;
увеличение угла нижней челюсти;
нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава;
1+3;
1+2+3.

203. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относят:

анатомическую ретенцию и стабилизацию, внутрикостные имплантаты;
использование магнитов, утяжеление протезов;
явления адгезии.

204. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования:

пологая;
отвесная;
с навесами;
с выраженным верхнечелюстными буграми;
с неравномерной атрофией альвеолярного отростка;
2+4;
1+4.

205. Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют:

стандартные пластмассовые ложки;
перфорированные металлические ложки;
индивидуальные ложки.

206. Для получения функционального оттиска используют материалы:

термопластичные;
альгинатные;
силиконовые;
гидроколлоидные;
цинкоксидэвгеноловые;
1+3+5;
3+5;
1+2+3+5.

207. Компрессионный оттиск используется:

- при высокой степени атрофии альвеолярных частей;
 - при податливой слизистой оболочке полости рта;
 - при низком прикреплении уздечек и тяжей;
 - при повышенной чувствительности слизистой оболочки;
- 1+2;
1+2+3.

208. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при функциональном покое:

- одинаковые;
- больше;
- меньше.

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

- на нижнем окклюзионном валике;
- на верхнем окклюзионном валике;
- на нижнем и верхнем окклюзионном валике;

210. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:

- перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм;
- проходить строго по границе твердого и мягкого неба.

211. При проверке конструкции полного съемного протеза в клинику поступает:

- восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели;
- пластмассовый базис с искусственными зубами;
- восковой базис с зубами на гипсовой модели в окклюдаторе.

212. При проверке конструкции протезов обнаружена щель между передними зубами в положении центральной окклюзии, Ваша тактика:

- повторная постановка зубов на верхней и нижней челюсти;
 - повторная постановка зубов на верхней челюсти;
 - повторная постановка зубов на нижней челюсти;
 - повторное определение центрального соотношения челюстей;
- 1+2;
3+4.

213. Что такое «стабилизация полного съемного протеза»:

- устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам;
 - устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию;
- 1+2.

214. Для диагностики заболеваний ВНЧС должны проводиться следующие клинические методы исследования:

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

215. Нарушения жевательно-речевого аппарата, вызывающие заболевания ВНЧС:

понижение тонуса жевательных мышц;
повышение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;
расстройство координации сокращения латеральных крыловидных мышц;
нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов;
1+3;
2+3+4.

216. Нарушение нормальной деятельности ВНЧС при частичной потере зубов можно связать:

с уменьшением межальвеолярной высоты;
с изменениями условий распределения жевательного давления;
с появлением необычных экскурсий нижней челюсти в связи с деформациями окклюзионной поверхности зубных рядов;
1+3;
1+2+3+4.

217. При заболеваниях ВНЧС лечебно-диагностические ортопедические средства (съемные пластмассовые каппы, накусочные пластиночные аппараты.) применяются:

для нормализации положения нижней челюсти;
для устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов;
для восстановления межальвеолярной высоты;
1+3;
1+2+3.

218. Назовите оптимальную схему реабилитации заболеваний ВНЧС:

ортопедические, медикаментозные, хирургические методы;
ортопедические, физиотерапевтические методы, блокады жевательных мышц анестетиками, психотерапия;
психотерапия и медикаментозные методы, физиотерапевтические методы, миогимнастика, ортопедические методы.

219. Артроз, заболевание ВНЧС, характеризующееся:

дегенеративными изменениями хрящевой, костной, соединительной ткани сустава с элементами воспаления;
воспалительными изменениями с обострением при охлаждении и переутомлении, ноющей и иррадиирующей болью.

220. При ортопедическом лечении артрозов ВНЧС применяют:

съемные пластмассовые каппы;
накусочные пластиночные аппараты;
ортопедические аппараты с ограничителями открывания рта;
1+2;
1+3.

221. Основными патогенетическими звенями привычных вывихов являются:

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

222. Основные принципы ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти:

выправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта;
лечение основного заболевания;
нормализация межальвеолярной высоты при ее нарушении;
протезирование полости рта;
медикаментозная терапия;
физиотерапевтические процедуры;
1+3+4+5;
1+2+3+4+5+6.

223. Показаниями к проведению имплантации являются:

полное отсутствие зубов;
концевые дефекты зубных рядов;
потеря одного зуба;
неудовлетворительная фиксация съемного протеза;
1+2;
1+2+3+4.

224. Противопоказаниями к проведению имплантации являются:

хронический бронхит;
фарингит;
язвенная болезнь желудка;
заболевания системы кроветворения;
системные заболевания соединительной ткани;
заболевания костной системы, особенно остеопороз;

4+5+6.

225. Факторами, определяющими успех имплантации, являются:

- индифферентность материала;
- структура поверхности внутрикостной части имплантата;
- составление костного ложа имплантата;
- техника операции;

1+2+3+4.

226. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является:

- внешнее воздушное охлаждение;
- охлаждение жидкостью с внешним подводом;
- охлаждение воздухом с подводкой внутри бора;
- подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке.

227. Предпочтительными факторами в процессе сверления кости являются:

- умеренное число оборотов;
- увеличение давления;
- применение охлаждения;
- форма сверла;
- острота сверла;

1+2+3;

1+2+3+4+5.

228. Какая система интеграции может быть использована в клинике:

- костная интеграция;
- фиброзная интеграция;
- костная и фиброзная интеграция.

229. Имплантаты могут готовиться из:

- нержавеющей стали;
- кобальто-хромового сплава;
- титана;
- керамики;
- пластмассы;
- лейкосапфира;

1+2+3;

2+3+4+6.

230. Каким способом осуществляется стерилизация имплантата из титана:

- обработка спиртом;
- обработка тройным раствором;
- обработка формалином;
- 3% раствором перекиси водорода;
- суховоздушным способом.

231. Обычно после операции имплантации назначают:

- холод на область операции;
- анальгетики;
- антибиотики;
- сульфаниламиды;
- противовоспалительные препараты;
- 1+2+3;
- 1+2+3+4+5.

232. Для увеличения атрофированной альвеолярной части используют:

- каучук;
- гидроксиапатит;
- полиуретан;
- нейлон;
- метилметакрилат;
- ситалл;
- 2+3+5;
- 2+6.

233. Допустимо ли препарирование головки металлического имплантата в полости рта:

- допустимо при обильном охлаждении;
- категорически недопустимо;
- допустимо в исключительных случаях;
- допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама.

234. Протезирование с использованием имплантатов осуществляется с помощью зубных протезов из следующих материалов:

- нержавеющей стали;
- кобальтохромового сплава;
- металлоакрила, металлокерамики;
- 1+2;
- 2+3.

235. Цель повторных осмотров после проведения имплантации:

- оценка состояния слизистой оболочки полости рта;
- оценка подвижности имплантата;
- проверка гигиены полости рта;
- удаление зубных отложений;
- 1+2+3;
- 1+2+3+4.

236. При неправильной установке имплантата могут возникнуть осложнения:

- кровотечение;
- подвижность имплантата;
- воспаление слизистой оболочки полости рта;
- поднадкостничный абсцесс;

атрофия кости вокруг имплантата;
перфорация верхнечелюстной пазухи;
1+3+5;
1+2+3+4+5+6.

237. При повышении температуры во время сверления, что происходит с костью:

гиперемия;
отек;
инфилтрация;
некроз;
пролиферация.

238. Из каких клеточных элементов состоит кость челюсти:

остеобласти;
остеоциты;
остеокласти;
фибробласти;
1+2;
1+2+3.

239. Допустимо ли создание промежутка между зубами – антагонистами и окклюзионной поверхностью зубного протеза, фиксированного на имплантатах:

допустимо;
недопустимо.

240. Какие из нижеперечисленных аппаратов применяются в челюстно-лицевой ортопедии?
- 1) репонирующие, фиксирующие
 - 2) направляющие, замещающие, формирующие
 - 3) разобщающие, комбинированные
 - 4) 1+3
 - 5) 1+2+3

241. К разобщающим относят аппараты
- 1) разделяющие полости рта и носа
 - 2) вызывающие дезокклюзию зубных рядов
 - 3) 1+2

242. Ортопедическое лечение переломов в челюстно-лицевой области имеет целью
- 1) сопоставление отломков в правильное положение (репозиция)
 - 2) удержание отломков в определенной позиции до заживления перелома (иммобилизация)
 - 3) 1+2

243. Основным симптомом перелома верхней челюсти со смещением является
- 1) нарушение смыкания зубов в виде открытого прикус
 - 2) симптом “очкив”

- 3) симптом “ступеньки”
244. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит
- 1) от локализации линии перелома
 - 2) от степени и направления смещения отломков
 - 3) от состояния пародонта оставшихся зубов и характера нарушения окклюзии
 - 4) от всего перечисленного
245. Применение проволочных шин ограничено
- 1) при патологической подвижности зубов I-II степени
 - 2) при глубоком прикусе с отвесным или ретрузионным положением передних зубов
 - 3) 1+2
246. Пластмассовые шины при переломах челюстей обладают следующими недостатками
- 1) их укрепление полиамидной нитью недостаточно стабильно из-за растяжения последней
 - 2) пластмассовые шины в виде капп изменяют окклюзию
 - 3) возникает повреждение десневых сосочков
 - 4) нарушается гигиена полости рта
 - 5) 1+2
 - 6) 1+2+3+4
247. Являются ли эффективными ортопедические аппараты (шина Порта, Гуннинга–Порта, Лимберга)
- 1) в сочетании с подбородочной пращей для лечения переломов беззубой нижней челюсти?
 - 2) да, являются
 - 3) нет, не являются
248. Образование ложного сустава нижней челюсти ведет к морфо-функциональному нарушению
- 1) процессов откусывания и пережевывания пищи
 - 2) глотания и речеобразования
 - 3) внешнего вида больного
 - 4) координации в работе правой и левой группы жевательных мышц и ВНЧС
 - 5) 3+4
 - 6) 1+2+3+4
249. Протезирование дефектов зубного ряда без восстановления целостности кости осуществляется
- 1) при противопоказаниях к хирургическим вмешательствам
 - 2) при отказе больного от хирургического вмешательства
 - 3) 1+2
250. Шарнирные мостовидные протезы можно применить при
- 1) наличии на отломках достаточного количества зубов со здоровым пародонтом и значительной подвижности

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

251. Пластиночные протезы с шарнирным соединением можно применить

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

252. Шарообразный шарнир по Оксману представляет собой

- 1) две проволочных гнутых петли,
располагающиеся в различных плоскостях
- 2) литой стержень с двумя шариками из нержавеющей стали
- 3) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы,
которые укреплены в частях протеза

253. Шарнир Гаврилова представляет собой

- 1) литой стержень
- 2) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы,
которые укреплены в частях протеза
- 3) две проволочных гнутых петли,
располагающиеся в различных плоскостях

254. Шарнир Вайнштейна представляет собой

- 1) литой стержень,
- 2) стальную спиральную пружину, вставленную в гильзы,
которые укреплены в частях протеза
- 3) две проволочных гнутых петли,
располагающиеся в различных частях протеза

255. При неправильно сросшихся переломах верхней челюсти наблюдается

- 1) “удлинение” лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица
- 2) “укорочение” лица,
напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица

256. Шина Ванкевич применяется

- 1) при костной пластике
- 2) для репозиции отломков
- 3) для иммобилизации отломков

- 4) 1+2+3
257. Шина Вебера используется для лечения переломов
- 1) верхней челюсти
 - 2) нижней челюсти со смещением отломков
 - 3) при замедленной консолидации переломов нижней челюсти
 - 4) нижней челюсти с дефектов кости