

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
- филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Факультет последипломного образования

Принято

Решением Ученого совета

30 августа 2024 г.

Протокол № 1

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по учебной и
воспитательной работе

И.П.Кодониди

30 августа 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**К ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ
(УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Наименование укрупненной группы специальности

31.00.00 Клиническая медицина

Наименование специальности – 31.08.75 Стоматология ортопедическая

Пятигорск, 2024 г.

1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1.1. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология ортопедическая"

1.1.1. Контрольные вопросы

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Основные качественные и количественные показатели работы врача-ортопеда и ортопедического отделения в целом. Профилактическая направленность в деятельности ортопедических отделений.
2. Организация работы врача-стоматолога на ортопедическом приеме. Учетно-отчетная и финансовая документация. Оценка деятельности врача - ортопеда.
3. Методы обследования ортопедических больных.
4. ВИЧ — инфекция на ортопедическом приеме. Меры предупреждения.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти — окклюдаторы и артикуляторы. Правила работы с ними.
6. Классификация зубных протезов. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций протезов.
7. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки. Их значение при лечении съемными конструкциями протезов.
8. Изменения в зубочелюстной системе с частичными дефектами зубных рядов. Патогенез. Клиника. Методы профилактики
9. Методы определения центрального соотношения челюстей при I, II и III типах дефектов по Бетельману
10. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку ("ОМ" и "ОД"). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.
11. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок.
12. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку ("ОМ" и "ОД"). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.

13. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок. Последовательность клиничко—лабораторных этапов изготовления металлических штампованных коронок.
14. Эстетические конструкции искусственных коронок. Их разновидности. Показания к применению.
15. Технология изготовления безметалловых конструкций протезов.
16. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъемными протезами. Особенности препарирования зубов, клиничко-лабораторные этапы изготовления.
17. Отсутствие коронки зуба. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов. Клиничко-лабораторные этапы лечения штифтовыми конструкциями.
18. Показания к использованию и сохранению корней при ортопедическом лечении. Типы корней. Разновидности штифтовых конструкций.
19. Показания к лечению цельнолитыми мостовидными протезами. Особенности препарирования зубов. Методика получения двойного уточненного слепка. Клиничко-лабораторные этапы их изготовления
20. Клинические и технологические особенности лечения комбинированными зубными протезами.
21. Системы фиксации бюгельных протезов. Характеристика балочной, телескопической, замковой систем фиксации. Показания к применению.
22. Период адаптации к зубным протезам. Наставления больному.
23. Врачебные и технологические ошибки при лечении съемными протезами при частичном отсутствии зубов.
24. Пародонт. Морфо-функциональное строение и биомеханика пародонта.
25. Непосредственное протезирование. Конструкции имедиат-протезов. Показания. Методы изготовления.
26. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Локализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
27. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Генерализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
28. Деформации зубных рядов и прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
29. Виды и методы имплантации.
30. Имплантат. Определение. Конструктивные особенности основных видов имплантатов. Требования к конструкционным материалам Эстетика в ортопедической стоматологии.

31. Реализация эстетических закономерностей в конструировании съемных зубных протезов.
32. Влияние съемных пластиночных протезов на ткани протезного ложа. Клинические проявления стоматитов. Дифференциальная диагностика, онкологическая настороженность. Лечение. Профилактика.
33. Особенности строения и функции ВНЧС.
34. Методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
35. Методы ортопедического и комплексного лечения при заболеваниях ВНЧС
36. Избирательное пришлифование зубов как первый этап ортопедического лечения в комплексном лечении заболевания пародонта. Цель и задачи избирательного пришлифовывания. Методика проведения. Осложнения.
37. Кламмер. Виды кламмеров и их составные части. Роль кламмеров при распределении жевательного давления.
38. Особенности ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты и мини-имплантаты.
39. Особенности ортопедического лечения при хронических заболеваниях слизистой оболочки. Материалы.
40. Гальваноз. Клиника, диагностика, лечение.

1.1.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
 - 2) предстерилизационная очистка
 - 3) дезинфекция
 - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1
- 5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
- 1) 125°C – 45 мин
 - 2) 160°C – 40 мин
 - 3) 180°C – 45 мин
 - 4) 180°C – 60 мин
 - 5) 200°C – 90 мин.
- 9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**
- 1) зеркала, изделия из стекла
 - 2) наконечники
 - 3) боры
 - 4) одноразовые шприцы
 - 5) перевязочный материал.
- 10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**
- 1) пинцет, зонд
 - 2) зеркало, зонд
 - 3) зонд, шприц
 - 4) зеркало, шприц
 - 5) ватные шарики.
- 11. Автоклавированием стерилизуются**
- 1) зеркала
 - 2) марлевые тампоны, наконечники

- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- 1) зеркало, гладилка
- 2) зеркало, зонд
- 3) зеркало, пинцет
- 4) пинцет, зонд
- 5) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 1 раз в день
- 4) 1 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

- 19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является**
- 1) сбор анамнеза
 - 2) внешний осмотр
 - 3) осмотр зубных рядов
 - 4) обследование полости рта
- 20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для выявления болевой реакции периодонта
 - 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
 - 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек
- 22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
 - 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для выявления болевой реакции периодонта
 - 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти
- 23. Рентгенография зубов используется для**
- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
 - 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
 - 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны

- 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием

- 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**

- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
 - 2) время спекания
 - 3) центрифугирование
 - 4) температура спекания
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- | | |
|-----------|-----------|
| 1) 0,1 мм | 3) 0,3 мм |
| 2) 0,2 мм | 4) 0,5 мм |
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1) $2 - 4^{\circ}$ | 3) $10 - 15^{\circ}$ |
| 2) $5 - 10^{\circ}$ | 4) $15 - 20^{\circ}$ |
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарировывают**
- 1) с циркулярным уступом
 - 2) с вестибулярным уступом
 - 3) без уступа
- 51. Укажите искусственные коронки, при протезировании которыми целесообразно препарирование с формированием уступа в пришеечной области опорных зубов**
- 1) штампованная коронка
 - 2) экваторная литая коронка

- 3) фарфоровая коронка
- 4) пластмассовая коронка
- 5) экваторная штампованная коронка
- 6) литая комбинированная коронка

52. Укажите виды искусственных коронок, при изготовлении которых применяется разборная комбинированная модель

- 1) фарфоровая коронка
- 2) пластмассовая коронка
- 3) штампованная коронка
- 4) цельнолитая коронка
- 5) штампованная комбинированная
- 6) металлокерамическая

53. При протезировании цельнолитыми, металлокерамическими и металлопластмассовыми коронками для получения рабочего оттиска применяют

- 1) гипс
- 2) термомассы
- 3) альгинатные материалы
- 4) силиконовые материалы
- 5) полисульфидные материалы
- 6) цинкоксидэвгеноловые материалы
- 7) полиэфирные материалы

54. Механохимическое расширение десневых бороздок перед получением двухфазного оттиска проводят с помощью хлопчатобумажных нитей или ретракционных колец, пропитанных растворами

- 1) ортофосфорной кислоты
- 2) алюмокалиевых квасцов
- 3) гидроксида кальция
- 4) гидрохлорида эфедрина
- 5) трихлоруксусной кислоты
- 6) 0,05 – 0,1% раствора галозолина

55. Причинами появления пор в отображении препарированного зуба при получении двухфазных оттисков могут являться

- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
- 2) плохое проведение ретракции десны
- 3) получение оттиска с компрессией
- 4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое

56. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухфазном оттиске может быть обусловлено

- 1) плохо проведенной ретракцией десны
- 2) недостаточным высушиванием протезного ложа
- 3) недостаточным высушиванием базисного слоя оттиска
- 4) низкой текучестью корригирующего слоя
- 5) неравномерным распределением корригирующей массы в базисном слое

57. Эффект «широкой» литой коронки возникает

- 1) при усадке оттискового материала
- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при моделировании колпачка только с помощью адапты без уточнения пришеечной области воском
- 4) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки зуба

58. Эффект «узкой» литой коронки возможен

- 1) при усадке оттискового материала
- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
- 4) при использовании очень тонкого слоя компенсационного лака
- 5) при моделировке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава

59. Литые коронки изготавливают из

- 1) нержавеющей стали
- 2) кобальтохромового сплава
- 3) сплава золота 750 й пробы
- 4) сплава золота 900 й пробы
- 5) серебряно палладиевого сплава

60. Особенности препарирования зуба под металлокерамическую коронку

- 1) параллельность вертикальных стенок коронки зуба
- 2) отсутствие уступа в пришеечной области зуба
- 3) препарирование уступа в пришеечной области зуба
- 4) конусообразность коронки препарированного зуба

61. При частичном отсутствии зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов

- 1) наклоненные и перемещенные в сторону дефекта
- 2) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки
- 3) имеющие или не имеющие соседних зубов
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа)

62. К четвертому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

63. К первому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

64. К третьему классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект

- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) включенный дефект в боковом отделе

65. Количество типов соотношения зубных рядов при частичной адентии по классификации А.И. Бетельмана

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5.

66. К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

67. Ко 2 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

68. К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар;
- 4) беззубые челюсти.

69. К основным параметрам функциональной ценности зуба относятся

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

70. Выделите из перечисленных симптомов субъективные

- 1) боль при жевании
- 2) обнажение шейки зуба
- 3) чувство оскомины
- 4) увеличение подвижности зуба

71. К методам объективного обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос

- 2) осмотр
 - 3) перкуссия
 - 4) пальпация
 - 5) инструментальное обследование
 - 6) заполнение паспортной части истории болезни
- 72. К клиническим методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся**
- 1) опрос
 - 2) осмотр
 - 3) реография
 - 4) жевательные пробы
 - 5) перкуссия, пальпация
 - 6) рентгенография зубов
 - 7) электромиография
 - 8) зондирование
- 73. К параклиническим (дополнительным) методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся**
- 1) сбор анамнеза
 - 2) реография
 - 3) осмотр
 - 4) жевательные пробы
 - 5) перкуссия, пальпация
 - 6) рентгенография зубов
 - 7) телерентгенография
 - 8) электромиография
 - 9) зондирование
 - 10) изучение диагностических моделей
- 74. История болезни является документом**
- 1) статистическим
 - 2) медицинским
 - 3) юридическим
- 75. Выделите из перечисленных симптомов объективные**
- 1) боль при жевании
 - 2) обнажение шейки зуба
 - 3) чувство оскомины
 - 4) увеличение подвижности зуба
- 76. Диагностические модели необходимы для**
- 1) антропометрических измерений
 - 2) определения наклона коронки зуба
 - 3) контроля эффективности лечения
 - 4) уточнения характера смыкания зубных рядов
 - 5) уточнения конструктивных особенностей зубных протезов
- 77. Выделите из перечисленных симптомов субъективные**
- 1) зуд десен
 - 2) боль при жевании
 - 3) увеличение подвижности зубов
 - 4) задержка пищи между зубами
 - 5) повышенная чувствительность к термическим раздражителям
- 78. Оздоровительная (санационная) подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**

- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) исправления положения отдельных зубов
 - 4) лечения заболеваний слизистой оболочки
 - 5) удаления рубцов по переходной складке
 - 6) удаления острых костных выступов на альвеолярном отростке
- 79. Специальная терапевтическая подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) депульпирования зубов, подлежащих значительному сошлифовыванию
 - 4) перепломбировки каналов корней зубов, подлежащих протезированию
 - 5) депульпирования наклоненных, аномалийно расположенных зубов
 - 6) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней
- 80. Методы исследования твёрдых тканей зубов включают**
- 1) зондирование
 - 2) перкуссия
 - 3) пальпация
 - 4) дентальная рентгенография
 - 5) электроодонтодиагностика
 - 6) окклюдозография
 - 7) тензометрия
 - 8) реография
 - 9) термометрия
- 81. Применение несъемных мостовидных протезов возможно при наличии в зубном ряду дефектов**
- 1) односторонних дистально не ограниченных (концевых)
 - 2) дистально ограниченных (включенных) в переднем отделе зубного ряда
 - 3) дистально ограниченных (включенных) в боковых отделах зубного ряда
 - 4) двусторонних дистально не ограниченных (концевых)
- 82. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит от**
- 1) топографии дефекта зубного ряда
 - 2) протяженности дефекта зубного ряда
 - 3) состояния зубов антагонистов
 - 4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 83. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают**
- 1) состояние пародонта опорных зубов
 - 2) топографию дефекта зубного ряда
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) анатомическую форму опорных зубов
 - 5) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 6) абсолютную силу жевательных мышц
- 84. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза**
- 1) прогенический прикус
 - 2) подвижность опорных зубов
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) дистально не ограниченный (концевой) дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
- 85. Положительными качествами мостовидных протезов являются**

- 1) высокая гигиеничность
 - 2) необходимость препарирования зубов
 - 3) высокая жевательная эффективность
 - 4) небольшие размеры
 - 5) обеспечение пациенту характера жевания, приближенного к естественному
- 86. В качестве опор для мостовидных протезов используют**
- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом
 - 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки
 - 3) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами
 - 5) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоврехушечных тканях
 - 6) корни зубов с хорошо запломбированными корневыми каналами без признаков протекающего воспаления
- 87. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны**
- 1) отсутствие пор на поверхности отпечатка протезного ложа
 - 2) точность отображения переходной складки
 - 3) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
 - 4) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба
 - 5) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов
- 88. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере**
- 1) от одного до четырех резцов
 - 2) резцов и клыка
 - 3) клыка и премоляра
 - 4) премоляров
 - 5) двух премоляров и одного моляра
- 89. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным моментом является**
- 1) низкие эстетические качества протеза
 - 2) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 3) наличие опрокидывающего действия на опорный зуб
 - 4) функциональная перегрузка опорного зуба
- 90. Клиническими этапами протезирования паяными мостовидными протезами являются**
- 1) шлифовка и полировка протеза
 - 2) обследование пациента, анестезия, препарирование опорных зубов
 - 3) получение оттисков для изготовления опорных коронок
 - 4) заливка моделей в окклюдатор
 - 5) припасовка опорных коронок, получение оттисков
 - 6) моделирование промежуточной части протеза
 - 7) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом
 - 8) изготовление рабочей и вспомогательной моделей челюстей
 - 9) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом
- 91. Этап припасовки паяного мостовидного протеза включает проверку**
- 1) окклюзионных контактов
 - 2) подвижности опорных зубов
 - 3) качества мостовидного протеза на гипсовой модели

- 4) контактных пунктов
 - 5) глубины погружения коронок в зубодесневой желобок
 - 6) соотношения промежуточной части протеза и десны
 - 7) плотности прилегания опорных коронок в области шеек зубов
- 92. К возможным осложнениям мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся**
- 1) окисление припоя
 - 2) быстрое истирание зубов антагонистов
 - 3) возникновение микротоков
 - 4) низкая жевательная эффективность
 - 5) привкус металла в полости рта
- 93. Возможные осложнения при пользовании металлокерамическими мостовидными протезами**
- 1) откол облицовки
 - 2) быстрое истирание облицовки
 - 3) изменение цвета облицовки
 - 4) повышенное стирание зубов антагонистов
- 94. Показания к протезированию пациентов с дефектами зубных рядов мостовидными протезами определяются**
- 1) желанием пациента
 - 2) состоянием пародонта опорных зубов
 - 3) величиной и топографией дефекта
 - 4) формой коронок опорных зубов
 - 5) видом прикуса
- 95. Клинически мостовидные протезы перед фиксацией оцениваются по следующим показателям**
- 1) легкость наложения на культю опорных зубов
 - 2) отсутствие преждевременных контактов
 - 3) правильность моделирования тела протеза относительно десны беззубой альвеолярной части (промывная, касательная)
 - 4) точность воспроизведения окклюзионных поверхностей искусственных зубов
 - 5) погружение края фиксирующих коронок на 0,2–0,3мм в десневую бороздку по всему периметру шеек зубов
- 96. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является**
- 1) необходимость депульпирования опорных зубов
 - 2) препарирование большого количества опорных зубов
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
 - 4) сошлифовывание большого количества твердых тканей опорных зубов
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества
- 97. По способу изготовления мостовидные протезы классифицируются на**
- 1) металлические, неметаллические, комбинированные
 - 2) пластмассовые, паяные, комбинированные
 - 3) металлические, литые, пластмассовые
 - 4) паяные, полимеризованные, литые
- 98. Формы промежуточной части мостовидного протеза**
- 1) касательная, с гирляндой, промывная
 - 2) промывная, касательная, диаторическая
 - 3) промывная, касательная, седловидная
 - 4) седловидная, с гирляндой, касательная

99. Промежуточная часть в области боковых зубов верхней челюсти по отношению к десне моделируется

- 1) промывной формы
- 2) условно–касательной формы
- 3) седловидной формы
- 4) диаторической формы

100. Моделирование промежуточной части паяного мостовидного протеза производится

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) одновременно с этапом моделирования опорных коронок
- 3) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- 4) на этапе припасовки опорных коронок на модели.

1.1.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?

Ситуационная задача № 12

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 13

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз : пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 14

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

Ситуационная задача № 15

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить ?

Ситуационная задача № 16

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача- стоматолога. (Группа –

ДЗ). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;

проведена оценка степени подвижности зубов;

определена глубина пародонтальных карманов;

заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

Ситуационная задача № 17

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съёмной цельнолитой шиной.

Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

К какой диспансерной группе относится данный больной?

1. Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?
2. Какова периодичность системного обследования данного пациента?

Ситуационная задача № 18

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

Укажите группу диспансеризации данной пациентки.

1. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
2. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?

Ситуационная задача № 19

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъёмной шиной Мамлока.

Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

1.2. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология терапевтическая"

1.2.1. Контрольные вопросы

1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.

2. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.
3. Современные методы лечения различных форм кариеса.
4. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
5. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
7. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
8. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.
9. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
10. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
17. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
18. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
19. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
20. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
22. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
24. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
25. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.

26. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
27. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
28. Медикаментозная обработка корневого канала.
29. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
30. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
31. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.

1.2.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
- 2) предстерилизационная очистка
- 3) дезинфекция
- 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

- 1) условно-патогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условно-патогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условно-патогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
- 1) 125°C – 45 мин
 - 2) 160°C – 40 мин
 - 3) 180°C – 45 мин
 - 4) 180°C – 60 мин
 - 5) 200°C – 90 мин.
- 9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**
- 1) зеркала, изделия из стекла
 - 2) наконечники
 - 3) боры
 - 4) одноразовые шприцы
 - 5) перевязочный материал.
- 10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**
- 1) пинцет, зонд
 - 2) зеркало, зонд
 - 3) зонд, шприц
 - 4) зеркало, шприц
 - 5) ватные шарики.
- 11. Автоклавированием стерилизуются**
- 1) зеркала
 - 2) марлевые тампоны, наконечники
 - 3) одноразовый шприц
 - 4) пластмассовый шпатель
 - 5) боры.
- 12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются**
- 1) лотки
 - 2) эндодонтический инструментарий
 - 3) шовный материал
 - 4) зеркала
 - 5) наконечники.
- 13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал**
- 1) 1% раствор перекиси водорода

- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- 6) зеркало, гладилка
- 7) зеркало, зонд
- 8) зеркало, пинцет
- 9) пинцет, зонд
- 10) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 2 раз в день
- 4) 2 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
 - 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек
- 22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
 - 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для выявления болевой реакции периодонта
 - 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти
- 23. Рентгенография зубов используется для**
- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
 - 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
 - 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни

- 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенезе заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**

- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра

- 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- 1) 0,1 мм
 - 2) 0,2 мм
 - 3) 0,3 мм
 - 4) 0,5 мм
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- 1) $2 - 4^{\circ}$
 - 2) $5 - 10^{\circ}$
 - 3) $10 - 15^{\circ}$
 - 4) $15 - 20^{\circ}$
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарировывают**
- 3) с циркулярным уступом
 - 4) с вестибулярным уступом
 - 5) без уступа

1.2.3. Ситуационные задачи

- 2. Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.
- 3. Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?
- 4. Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?
- 5. Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

6. Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.
7. Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?
8. Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.
9. Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.
10. Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?
11. Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.
12. Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?
13. Ситуационная задача № 12
 Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.
 Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

1.3. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология детская"

1.3.1. Контрольные вопросы

1. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.
2. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.

3. Кариез зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
4. Методы лечения кариеса зубов.
5. Ошибки и осложнения, возникающие при диагностике и лечении кариеса зубов.
6. Профилактика кариеса зубов.
7. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.
10. Анатомия полости зуба и корневых каналов.
11. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы зуба и периодонта. Этиопатогенез воспалительных процессов. Классификация.
12. Пульпиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
13. Пародонтиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Эндодонтическое лечение зубов. Инструменты, оборудование, методики прохождения и пломбирования корневых каналов.
15. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, профилактика.
16. Анатомо-физиологические данные о пародонте. Терминология и классификация болезней пародонта.
17. Методы обследования при заболеваниях пародонта.
18. Гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
19. Пародонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Комплексное лечение заболеваний пародонта.
22. Профилактика заболеваний пародонта.
23. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
24. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
25. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.
26. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта:
27. Аллергические поражения слизистой оболочки рта.
28. Изменение слизистой оболочки рта при системных заболеваниях и болезнях обмена.

29. Изменение слизистой оболочки рта при дерматозах.
30. Аномалии и самостоятельные заболевания языка.
31. Хейлиты. Хронические трещины губ.
32. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

1.3.2. Тестовые задания

2. Перевязочный материал стерилизуют:
 - а) автоклавированием
 - б) в сухожаровом шкафу
 - в) кипячением.
2. Для обследования тканей пародонта используется:
 - а) стоматологический зонд;
 - б) экскаватор;
 - в) гладилка;
 - г) пародонтальный зонд.
3. Количество временных зубов в полости рта ребёнка:
а)10; б)12; в)16; г) 20; д)24
4. В молочном прикусе отсутствуют зубы:
 - а) боковые резцы
 - б) клыки
 - в) премоляры
5. Количество зубов у годовалого ребенка:
а) 2; б) 4; в) 8; г) 12
6. Перкуссией зуба оценивается состояние:
 - а) пульпы; б) периодонта.
7. Реакция ротовой жидкости кислая при рН:
 - а) больше 7; б) меньше 7; в) равном 7
8. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода:
 - а) на 4 5 й неделе

- б) на 6 7 й неделе
- в) на 8 9 й неделе
- г) на 10 16 неделе

9. Из эпителия образуется:

- а) эмаль
- б) дентин
- в) пульпа.

10. Молочные боковые резцы сначала прорезаются на:

- а) верхней челюсти
- б) нижней челюсти.

11. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:

- а) нитевидные; б) грибовидные; в) листовидные; г) желобоватые.

12. Для осмотра полости рта используют инструменты:

- а) зеркало; б) зонд; в) шпатель; г) пинцет;
- д) экскаватор; е) штопфер; ж) гладилку.

13. Стерилизация инструментов производится способом:

- а) сухожаровым; б) автоклавированием;
- в) кипячением; г) ультразвуковым

14. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

- а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
- в) мышечный; г) подслизистый.

15. Зондирование дает возможность:

- а) определить глубину пародонтального кармана
- б) обнаружить кариозную полость
- в) оценить размеры кариозной полости
- г) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
- д) оценить состояние периодонта
- е) выявить патологию прикуса.

При ортогнатическом прикусе все зубы имеют контакт с двумя антагонистами:

- а) да;
- б) нет.

У годовалого ребенка количество зубов:

- а) 6; б) 8; в) 10; г) 12.

16. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных на:

- а) предупреждение возникновения заболевания;
б) лечение и предупреждение осложнений заболевания;
в) восстановление утраченных функций.

17. Из минеральных компонентов эмали основными являются кристаллы

- а) гидроксиапатита; б) карбонатапатита;
в) фторапатита; г) хлорапатита.

18. Наиболее резистентны к кариесу участки зубов в области:

- а) шейки; б) контактных поверхностей;
в) фиссур; г) режущего края.

19. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое:

- а) глубоком; б) поверхностном.

20. Правый молочный клык на верхней челюсти обозначается:

- а) 53; б) 13; в) 33; г) 63.

21. По международной классификации ВОЗ зуб 36 это:

- а) правый первый верхний постоянный моляр;
б) левый нижний второй молочный моляр;
в) левый нижний первый постоянный моляр;
г) левый нижний второй премоляр.

22. Эмаль «строят» клетки:

- а) остеобласты; б) фибробласты; в) цементобласты;
г) энамелобласты; д) одонтобласты.

23. При внешнем осмотре пациента можно оценить:

- а) преддверие полости рта;
б) температуру тела;
в) уздечку языка;
г) психоэмоциональное состояние.

24. При помощи какого стоматологического инструмента определяется подвижность зубов:

- а) зеркала;
- б) зонда;
- в) пинцета;
- г) шпателя.

25. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

- а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.

26. Эндодонтические инструменты:

- а) зонд; б) пульпэкстрактор; в) дрельбор;
- г) пинцет; д) рашпиль; е) гладилка.

27. Полость рта ограничена:

- а) полостью носа; б) губами и щеками; в) твердым и мягким небом;
- г) дном полости рта; д) языком.

28. Зуб состоит из следующих частей:

- а) коронка, шейка, корень;
- б) эмаль, цемент, кость;
- в) дентин, цемент, фиссура;
- г) вестибулярной, оральной, контактной.

29. Анатомическая шейка зуба – это:

- а) место, разделяющее зуб на две части;
- б) переход эмали в цемент корня;
- в) переход надальвеолярной части в подальвеолярную;
- г) экватор зуба.

30. Интенсивность кариеса временных зубов определяется индексом:

- а) КПУз; б) КПУп; в) кп(з).

31. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;
- б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента;

в) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов.

32. Интенсивность кариеса в сменном прикусе определяется индексом:
а) КПУз; б) КПУп; в) кпз; г) КПУ кп.
33. Во временной окклюзии на каждой челюсти имеется:
а) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра;
б) 4 резца, 2 клыка, 4 моляра;
в) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра, 2 моляра;
г) 4 резца, 2 клыка, 1 премоляр, 1 моляр.
34. Минерализация премоляров начинается:
а) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения;
б) во втором полугодии после рождения;
в) в 2,5 3,5 года; г) в 4 5 лет.
35. Распространённость кариеса 65% это уровень распространённости по ВОЗ:
а) низкий; б) средний; в) высокий.
36. Интенсивность кариеса 3,3 относится к уровню интенсивности кариеса по ВОЗ:
а) очень низкому; б) низкому; в) среднему;
г) высокому; д) очень высокому.
37. Редукция кариеса выражается в:
а) целых числах; б) относительных единицах; в) процентах.
38. Для витального окрашивания эмали зубов используют:
а) эритрозин; б) фуксин;
в) йодистый калий; г) метиленовый синий.
39. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:
а) железо; б) фосфор; в) кальций; г) натрий.
40. Для осмотра полости рта используются:
а) зеркало; б) зонд; в) шпатель;
г) пинцет; д) экскаватор; е) гладилка.
41. Слизистая оболочка полости рта включает слои:
а) эпителиальный; б) собственно слизистый;
в) мышечный; г) подслизистый.
42. Показатели интенсивности кариеса, соответствующие среднему уровню по классификации ВОЗ:

а) 2,5; б) 2,6; в) 2,7; г) 3,5; д) 4,4; е) 4,5.

43. Для оценки состояния гигиены полости рта используют индекс:

1) КПУ 2) ИГР У 3) СРІТН 4) РМА

2. Какое прикрепление уздечки верхней губы вызывает изменения в пародонте?

1) широкое

2) высокое

3) низкое

4) глубокое

44. Под действием йода при проведении пробы Шиллера Писарева окрашивается

1) эпителий десны

2) неорганические вещества

3) гликоген

4) микроорганизмы

45. Проба Шиллера – Писарева положительна

1) у детей до трех лет

2) у подростков

3) при наличии воспаления тканей пародонта

4) правильно 1 и 3

5) правильно 1 и 2

46. Какое преддверие полости рта может вызвать изменения в тканях пародонта?

1) широкое

2) мелкое

3) узкое

4) глубокое

47. Индекс СРІТН определяется с помощью зонда

1) стоматологического

2) пуговчатого

3) штыковидного

4) любого

48. При регистрации индекса СРТИН секстант считается исключенным

- 1) при наличии кариеса
- 2) при наличии флюороза
- 3) при отсутствии зубов
- 4) при скученности зубов

49. Индекс РМА помогает выявить

- 1) тяжесть воспаления в десне
- 2) зубной налет
- 3) кровоточивость
- 4) поддесневой зубной камень

50. При регистрации индекса СРТИН у детей до 15 лет осматривают индексных зубов

- 1) 4
- 2) 6
- 3) 10
- 4) 12

51. РМА это индекс

- 1) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
- 2) эффективности гигиены полости рта
- 3) папиллярно альвеолярно маргинальный
- 4) воспаления десны

52. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст

- 1) 6 лет
- 2) 12 лет
- 3) 15 лет
- 4) 35-44 лет

32.1.1. Ситуационные задачи

Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлено токсикоз мамы в первую половину беременности. искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати. Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62 зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.

- 3 Назначьте местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений.

Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №3.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

- 1 Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
- 2 Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
- 3 Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
- 4 Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы
- 5 Назначьте лечение.

Задача №4.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.

Объективно: кожные покровы чистые, Конфигурация лица нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ = 1,9, РНР = 0,8.

На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево-

дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо болезненна, быстро проходящая.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №5.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2 На жевательной поверхности

26

зуба

кариозная

полость,

заполненная

размягченным

дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 мА.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.

3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №6.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПИ = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.

3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №7.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

Поставьте предварительный диагноз.

2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.

3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №9.

Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.

3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №10.

В детскую стоматологическую Поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.

3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №11.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 8,5 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. На дистальной поверхности 54 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо

болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

1 Поставьте предполагаемый диагноз.

2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.

3 Проведите местное и общее лечение ребенку

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

Задача №12.

Больная К., 17-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов нижней челюстей отмечаются белые тусклые пятна, чувствительные к холодной и сладкой пище.

- 1 Поставьте предполагаемый диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №13.

В стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратился пациент 8 лет.

Объективно:

лицо

симметрично,

пропорционально.

оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость. Зондирование дна полости болезненно. Перкуссия вертикальная безболезненна.

Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 36 и 46 зубов глубокие пигментированные фиссуры.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №14.

На прием обратилась Т. 9 лет с жалобами на наличие кариозных полостей в 36 и 46 зубах.

Объективно: На жевательной поверхности 36 глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином. Зондирование дна кариозной полости 36 зуба слабо болезненно. Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 46 пломба, на щечной поверхности 46 кариозная полость средней глубины, зондирование эмалево-дентинной границы слабо болезненно, реакция на холод болезненная, быстро проходящая. Перкуссия 46, 36 зубов безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №15.

На прием обратился К. 11 лет с жалобами на наличие в пришеечных областях 13, 11, 21, 23, 24, 25 тусклых, белых пятен.

Объективно: На вестибулярной поверхности 13, 11, 21, 23, 24, 25 белые пятна и обильное количество налета. После удаления зубного налета, пятна тусклые. При зондировании пятен отмечается шероховатость. ГИ=2,5.

- 1 Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
- 2 Проведите дополнительное обследование пациента.
- 3 Проведите дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.
- 4 Назначьте лечение.
- 5 Составьте объем профилактических мероприятий.

1.4. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология хирургическая"

1.4.1. Контрольные вопросы

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.
3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.
4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлинике. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
7. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
8. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов и их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
10. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка ран после удаления зуба.
11. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.
12. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.

13. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

1.4.2. Тестовые задания

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей [болезненности](#)

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) шеечную область

010. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно нижнечелюстное пространство

011. Причиной развития флегмоны крыловидно нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижне челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно жевательной области

014. Флегмону околоушно жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) [ангины](#) Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области

- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
- 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны
- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

023. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

- 1) провести синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху [антисептиком](#), провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов

- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
 - 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью
031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
 - 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
 - 3) зубов антагонистов
 - 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
 - 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью
032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
 - 2) отселяет дно верхнечелюстной пазухи
 - 3) располагается во фронтальном отделе
 - 4) располагается в области премоляров
 - 5) часто нагнаивается
033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями «матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на коже
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:

- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления

3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения

4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами

2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками

3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

4) наличие кисты с зачатком зуба

5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

1) прошивание

2) электрорезекция

3) лучевое воздействие

4) склерозирующая терапия

5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:

1) синдромом Харвата

2) незначительным уплотнением железы

3) болью, увеличением железы, гипосаливацией

4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией

5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :

1) назначении десенсибилизирующей терапии

2) удалении пораженной железы

3) введении в проток гипертонического раствора

4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии

5) промывании железы

043. Удлинения и уплощения средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

1) нижней челюсти

2) скуловых костей с обеих сторон

3) верхней челюсти (суборбитальном)

4) альвеолярного отростка верхней челюсти

5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) переломе скуловых костей

4) сочетанных переломах верхней челюсти

5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

1) симптом Малевича

2) положительная реакция Вассермана

3) положительный тест двойного пятна

4) снижение количества [альбуминов](#) в крови

5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышцелкового отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксиллярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости
- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксиллярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

- 1) первого часа
- 2) 8 12 часов
- 3) 24 48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4 5 сутки
- 2) на 1 2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
- 5) на 6 8 сутки

1.4.3. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА № 1

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3) Какова тактика врача в данной ситуации?

ЗАДАЧА № 2.

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3) Техника удаления 3 8.

ЗАДАЧА №3.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

Поставьте диагноз.

- 1) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2) Тактика врача в данном случае.

ЗАДАЧА № 4.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.

2) Определите тактику врача в данной ситуации.

3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

ЗАДАЧА №5.

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

ВОПРОС:

1) Поставьте диагноз.

2) Составьте план лечения.

3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.

4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

ЗАДАЧА № 6.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется

единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз, составьте план лечения.
- 2) Опишите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

ЗАДАЧА №7.

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блесит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

ЗАДАЧА №8.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опишите методику оперативного лечения.

ЗАДАЧА 9.

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в

складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

ЗАДАЧА №10.

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывание рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

ВОПРОС:

- 1)Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2)Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опешите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

ЗАДАЧА №11.

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

ВОПРОС:

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

1.5. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Ортодонтия"

1.5.1. Контрольные вопросы

- 1 Организация работы ортодонтического отделения (кабинета), зуботехнической лаборатории.
- 2 Этапы развития прикуса ребенка.
- 3 Период внутриутробного развития зубочелюстной системы ребенка.
- 4 Период формирования прикуса молочных зубов (от 6-8 мес. до 3 лет).
- 5 Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные (от 4 до 6 лет).
- 6 Период смены молочных зубов на постоянные (от 6 до 12-13 лет).
- 7 Классификация Энгля, ее недостатки.
- 8 Классификация Катца.
- 9 Классификация аномалий окклюзии зубных рядов. (А.С. Персин).
- 10 Этиология зубочелюстных аномалий.
- 11 Влияние раннего и неправильного искусственного вскармливания на возникновение ЗЧА. Режим пользования соской, пустышкой.
- 12 Влияние ротового дыхания на возникновение ЗЧА. Меры профилактики и лечения.
- 13 Последствия ранней потери молочных зубов.
- 14 Съёмные аппараты механического действия.
- 15 Методы лечения ЗЧА.
- 16 Классификация лечебных ортодонтических аппаратов по принципу действия. Их характеристика.
- 17 Несъёмные аппараты механического действия.
- 18 Дуга Энгля, ее составные части, показания к применению, недостатки.
- 19 Классификация брекет-систем.
- 20 Аппараты функционального действия: их характеристика.
- 21 Функционально-направляющие аппараты, их характеристика.
- 22 Коронка Катца, пластинка Катца, конструкция, принцип действия, показания к

применению.

23 Регулятор функции Френкеля I типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.

24 Регулятор функции Френкеля II типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.

25 Регулятор функции Френкеля III типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.

26 Клинико-лабораторные этапы изготовления регулятора функции Френкеля.

27 Аппараты комбинированного действия: их характеристика.

28 Аппараты Башаровой для лечения дистальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.

29 Аппараты Башаровой для лечения мезиальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.

30 Виды аномалий положения отдельных зубов.

31 Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.

32 Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.

33 Этиология, клиника и лечение небного положение зубов.

34 Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.

1.5.2. Тестовые задания

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть

- 1) меньше верхней
- 2) больше верхней
- 3) равна верхней

002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 1) параболы

003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии

- 1) до 5 мм
- 2) до 10 мм
- 3) до 14 мм

004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает

- 1) 2,5 мм
- 2) 5 мм
- 3) 7,5 мм

005. Порядок прорезывания молочных зубов

- 1) I II III IV V
- 2) I II IV III V
- 3) II I III IV V

006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 3) параболы

007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются

- 1) в одной плоскости
- 2) с мезиальной ступенью

- 3) с дистальной ступенью
008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются
- 1) с тремами
 - 2) без трем
 - 3) только с диастемой
009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
 - 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
 - 3) в продольной фиссуре верхних моляров
010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются
- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
 - 2) в продольной фиссуре нижних моляров
 - 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров
011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается
- 1) от 5 до 8 лет
 - 2) от 4 до 6 лет
 - 3) от 3 до 4 лет
012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в позадимолярной области
 - 3) в позадимолярной области и во фронтальном отделе
013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка
- 1) признак аномалии
 - 2) признак нормального развития
 - 3) не имеет диагностического значения
014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит
- 1) во фронтальном отделе
 - 2) в боковых отделах
 - 3) во фронтальном и боковых отделах
015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются
- 1) в одной вертикальной плоскости
 - 2) с мезиальной ступенькой
 - 3) с дистальной ступенькой
016. Порядок прорезывания постоянных зубов
- 1) 6 1 2 3 4 5 7
 - 2) 1 2 4 5 3 6
 - 3) 6 1 2 4 3 5 7
017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме
- 1) полукруг
 - 2) полуэллипс
 - 3) парабола
019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с
- 1) продольными фиссурами нижних
 - 2) язычными бугорками нижних
 - 3) вестибулярными бугорками нижних

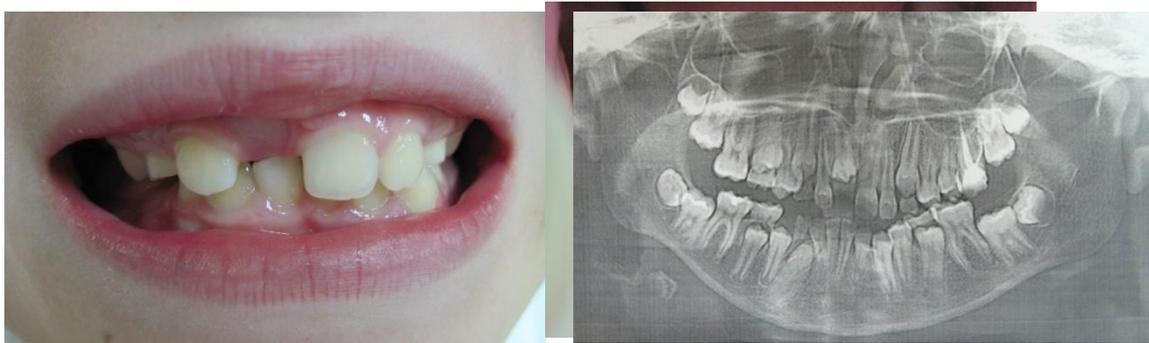
020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют
- 1) с небными бугорками верхних
 - 2) с продольными фиссурами верхних
 - 3) со щечными бугорками верхних
021. Каждый зуб верхней челюсти [антагонизирует](#) в норме
- 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 - 2) одноименным и позадистоящим зубами НЧ
 - 3) одноименным зубом
022. Нижнее 1|1 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на ВЧ
 - 2) два антагониста на ВЧ
 - 3) три антагониста на ВЧ
023. Верхнее 8|8 имеют в норме по
- 1) одному антагонисту на НЧ
 - 2) два антагониста на НЧ
 - 3) три антагониста на НЧ
024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
 - 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
 - 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ
025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ
- 1) небной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ
- 1) язычной поверхностью
 - 2) режущим краем
 - 3) вестибулярной поверхностью
027. Зубная дуга верхней челюсти
- 1) больше альвеолярной дуги
 - 2) меньше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
028. Базальная дуга верхней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
029. Зубная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
030. Базальная дуга нижней челюсти
- 1) меньше альвеолярной дуги
 - 2) больше альвеолярной дуги
 - 3) равна альвеолярной дуге
031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с
- 1) задним щечным бугорком нижнего 6
 - 2) межбугорковой фиссурой нижнего 6
 - 3) контактной точкой между нижними 6 и 5
032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
- 1) между нижними 3 и 4

- 2) на уровне бугорка нижнего 3
 3) между 3 и 2
033. Окклюзия это смыкание зубных рядов
 1) при привычном положении НЧ
 2) в состоянии физиологического покоя
 3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров
034. Сроки прорезывания молочных зубов
 1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V
 2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV
035. Сроки прорезывания постоянных зубов
 1) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет
 2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет
 3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет
036. Гиперодонтия возникает при
 1) наличии сверхкомплектных зубов
 2) отсутствии зачатков зубов
 3) ретенции зубов
037. Гиподонтия возникает при
 1) наличии сверхкомплектных зубов
 2) отсутствии зачатков зубов
 3) задержке прорезывания зубов
038. Макродонтия относится к аномалии
 1) размеров зубов
 2) формы зубов
 3) структуры зубов
039. Микродонтия это
 1) увеличение размеров зубов
 2) уменьшение размеров зубов
 3) уменьшение количества зубов
040. Макродонтия это
 1) уменьшение размеров зубов
 2) увеличение количества зубов
 3) увеличение размеров зубов
041. Тортоаномалия это:
 1) высокое положение зуба
 2) поворот зуба вокруг вертикальной оси
 3) вестибулярный наклон зуба
042. Ретенция зубов относится к аномалиям
 1) количества зубов
 2) сроков прорезывания зубов
 3) формирования зубов
043. Адонтия зубов относится к аномалиям
 1) количества зубов
 2) сроков прорезывания зубов
 3) структуры зубов
044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
 1) вертикальном
 2) саггитальном
 3) трансверсальном
045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба

- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
046. Дистальное положение зуба – это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
 - 2) назад по зубной дуге
 - 3) в сторону неба
047. Инфраположение нижнего клыка – это положение зуба
- 1) выше окклюзионной плоскости
 - 2) ниже окклюзионной плоскости
 - 3) вне зубной дуги
048. Классификация Энгля основана на смыкании
- 1) челюстей
 - 2) первых моляров
 - 3) резцов
049. Ключ окклюзии по Энгля – это смыкание
- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
 - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
 - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
 - 2) клыков
 - 3) резцов

1.5.3. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1



Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

Задание:

1. Назовите возможные причины ретенции I1.
2. Составьте план комплексного лечения ребенка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

Задание:

1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
2. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

Задание:

1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
2. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.

Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

Задание:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5



Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

Задание:

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

Задание:

1. Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
2. Поставьте предварительный диагноз.

1.6. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Функциональная диагностика в стоматологии."

1.6.1. Контрольные вопросы

1. Клинические методы обследования больного.
2. Параклинические (инструментальные, лабораторные, рентгенологические) методы обследования больного.
3. Протезирование дефектов твердых тканей зубов вкладками: показания и противопоказания.
4. Классификации дефектов твердых тканей зубов.
5. Биологические факторы препарирования.
6. Принципы формирования полостей под вкладки в зависимости от локализации дефекта.
7. Гнатодинамометрия, как метод выявления силы развиваемой жевательной мускулатурой и измерения усилия сжатия мышечного аппарата на ткани пародонта зубов при нормальных и патологических состояниях зубочелюстной системы в различных участках зубного ряда.
8. Клинические функциональные пробы в ортопедической стоматологии.
9. Основные методологические принципы, функциональной диагностики.

1.6.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета стоматологии должна составлять
 - 1) 13,7 кв.м
 - 2) 10 кв.м

3) 20 кв.м

4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

1) 10 кв.м

2) 14 кв.м

3) 7 10 кв.м

4) 5 кв.м

5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

1) оклеены обоями светлых тонов

2) покрашены масляной краской светлых тонов

3) побелены

4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

1) контроль качества стерилизации

2) предстерилизационная очистка

3) дезинфекция

4) стерилизация.

5) верно 2, 4, 3, 1

6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

1) условнопатогенной флоры

2) белковых, жировых, механических загрязнений

3) микроорганизмов, а также их спор

4) влаги

6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов

1) условнопатогенной флоры

2) белковых, жировых, механических загрязнений

3) микроорганизмов, а также их спор

4) влаги

7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов

1) условнопатогенной флоры

2) белковых, жировых, механических загрязнений

3) микроорганизмов, а также их спор

4) влаги

8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре

1) 125°C – 45 мин

2) 160°C – 40 мин

3) 180°C – 45 мин

4) 180°C – 60 мин

5) 200°C – 90 мин.

9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

11. Автоклавированием стерилизуются

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- 11) зеркало, гладилка
- 12) зеркало, зонд
- 13) зеркало, пинцет
- 14) пинцет, зонд
- 15) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 3 раз в день

1.7. раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

23. Рентгенография зубов используется для

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта

- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное

- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня

- 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**

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

49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет

- 1) $2 - 4^{\circ}$ 3) $10 - 15^{\circ}$
2) $5 - 10^{\circ}$ 4) $15 - 20^{\circ}$

50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарируют

- б) с циркулярным уступом
7) с вестибулярным уступом
3) без уступа

1.7.1. Ситуационные задачи

2. Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.
3. Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?
4. Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?
5. Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?
6. Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.
7. Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?
8. Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.
9. Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.
10. Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

11. Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

1.1. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Современные аспекты в эндодонтии"

1.1.1. Контрольные вопросы

1. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
2. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
9. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
10. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
11. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
12. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
14. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
16. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
17. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная

диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.

1.1.2. Тестовые задания

1. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

- а) инструменты для пломбирования канала
- б) инструменты для обработки канала
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

2. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для осмотра полости зуба
- в) инструменты для прохождения и расширения корневого канала
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: в

3. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для пульпы
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) диагностические эндодонтические инструменты

Правильный ответ: г

4. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:

- а) инструменты для расширения устьев корневых каналов
- б) инструменты для удаления пульпы
- в) инструменты для обработки канала
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

5. Диагностический эндодонтический инструмент

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) корневая игла

Правильный ответ: г

6. Эндодонтический инструмент для удаления мягких тканей

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль

г) бурав

Правильный ответ: а

7. Эндодонтический инструмент по стандартам ISO маркируется

а) цветом ручки инструмента

б) цветом рабочей части

в) цифрами (указана длина)

г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

8. Эндодонтический инструмент по стандартам ISO маркируется

а) цифрами (указана длина)

б) цифрами (указан диаметр рабочей части)

в) цветом рабочей части

г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

9. Эндодонтический инструмент по стандартам ISO маркируется

а) цветом рабочей части

б) цифрами (указана длина)

в) геометрической фигурой

г) все перечисленное верно

Правильный ответ: в

10. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала

а) штопфер корневой

б) дрельбор

в) рашпиль

г) развертка

Правильный ответ: а

11. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала

а) рашпиль

б) дрельбор

в) каналонаполнитель

г) развертка

Правильный ответ: в

12. Направление вращения каналонаполнителя при заполнении канала

а) по часовой стрелке

б) против часовой стрелке

в) возвратно-поступательное

г) возможен любой вариант из перечисленного

Правильный ответ: а

13. Для удаления инфицированного дентина со стенок канала предназначен

а) пульпоэкстрактор

б) корневой бурав (Н-файл)

в) дрельбор

г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

14. Для чего используют корневой плаггер

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

15. Для чего используют корневой спредер

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

16. Каким инструментом целесообразно удалять пульпу

- а) пульпоэкстрактором
- б) корневым рашпилем
- в) К-файлом
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

17. Бумажные корневые штифты используют для

- а) измерения длины канала
- б) высушивания корневого канала
- в) постоянного пломбирования канала
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

18. К одноразовым относится инструмент

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) каналонаполнитель
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

19. Самый минимальный размер файлов

- а) 08
- б) 10
- в) 04
- г) 06

Правильный ответ: г

20. Раскрытие полости зуба необходимо

- а) для улучшения фиксации пломбы и восстановления формы зуба
- б) для обеспечения доступа к корневым каналам
- в) для проведения рентгенологического обследования
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

21. Раскрытие полости зуба верхнего премоляра проводится в направлении

- а) переднезаднем
- б) щечно-небном
- в) центральной оси небного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

Правильный ответ: б

22. Назначение корневого штопфера

- а) удаление инфицированного дентина со стенок канала
- б) выравнивание стенок канала
- в) удаление пульпы или пугридных масс
- г) конденсация корневого наполнителя

Правильный ответ: г

23. Цифра на ручке эндодонтического инструмента обозначает (по системе ISO)

- а) длину инструмента
- б) диаметр сечения инструмента
- в) номер в классификации
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

24. Полость зуба в премолярах и молярах раскрывается с поверхности

- а) язычной
- б) щечной
- в) контактной
- г) жевательной

Правильный ответ: г

25. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется

- а) анатомической формой полости зуба
- б) размером кариозной полости
- в) типом пломбировочного материала
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

26. Какой инструмент используется для obturation корневых каналов гуттаперчей

- а) штопфер корневой
- б) К-файл
- в) развертка
- г) спредер

Правильный ответ: г

27. Раскрытие полости зуба нижнего премоляра проводится в направлении

- а) переднезаднем
- б) щечно-язычном
- в) вдоль вертикальной оси дополнительного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

Правильный ответ: б

28. Назначение дрельбора

- а) удаление пульпы
- б) прохождение канала
- в) пломбирование канала
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

29. Полость зуба в резцах и клыках раскрывается с поверхности

- а) оральной
- б) вестибулярной
- в) контактной
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

30. При работе буравом в корневом канале, движения инструмента

- а) вертикальное, не касаясь стенок канала
- б) вертикальные, прижимая инструмент к стенке канала
- в) вращение по часовой стрелке
- г) вращение против часовой стрелке

Правильный ответ: б

31. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

- а) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- б) отсутствие рентгенограммы зуба
- в) работа во влажном канале
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

32. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

- а) работа во влажном канале
- б) отсутствие прямого доступа к каналу
- в) отсутствие рентгенограммы зуба
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: б

33. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит

- а) отсутствие рентгенограммы зуба
- б) работа во влажном канале
- в) неоднократная стерилизация инструмента
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: в

34. К перфорации стенки корня может привести

- а) игнорирование последовательности прохождения корневого канала разными размерами инструментария, от меньшего к большему
- б) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- в) работа во влажном канале
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

35. В каких случаях необходимо использование ЭДТА

- а) при прохождении труднопроходимых каналов
- б) для растворения путридных масс канала
- в) для антисептической обработки
- г) для девитализации пульпы

Правильный ответ: а

36. Какой инструмент используют первым при эндодонтическом лечении

- а) к-файл
- б) пульпоэкстрактор
- в) каналонаполнитель
- г) бурав корневой

Правильный ответ: б

37. Что такое К-файл

- а) инструмент для пломбирования каналов
- б) инструмент для прохождения и расширения корневых каналов
- в) инструмент для удаления пульпы
- г) инструмент для измерения длины корневых каналов

Правильный ответ: б

38. Назовите наиболее оптимальный размер канала пригодный для качественного пломбирования

- а) 10-15
- б) 35-40
- в) 20-25
- г) 45-60

Правильный ответ: б

39. Используют ли ультразвуковые аппараты для расширения корневых каналов

- а) да
- б) нет

Правильный ответ: а

40. Стерилизация современного эндодонтического инструментария осуществляется

- а) автоклавированием
- б) сухим нагреванием до температуры 180 градусов
- в) сухим нагреванием до температуры 120 градусов
- г) все перечисленное верно

Правильный ответ: а

1.1.3. Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадиируют в подглазничную область. Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога

пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 2.

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 3.

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Задача № 4.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Почему зондирование коронковой части пульпы безболезненное?
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 5.

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками.

Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каково анатомическое строение каналов 2.4 зуба?

Задача № 6.

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Каково анатомическое строение каналов 4.6 зуба?

Задача № 7.

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?
4. Какие группы материалов можно использовать для obturации корневых каналов?
5. Назовите пломбирочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

Задача № 8.

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

1. Какие мероприятия следует провести?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Возможно ли сохранение жизнеспособности пульпы в данном зубе? Обоснуйте.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите лечебные прокладочные материалы для данной клинической ситуации.

Задача № 9.

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

1. Поставьте диагноз:
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.
3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?
4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.
5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения.

Задача № 10.

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.

Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите корневые каналы зуба 1.4
3. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
4. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
5. Какие эндодонтические инструменты используются при технике «шаг назад»?

1.7. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины " Симуляционный курс "

1.7.1. Контрольные вопросы

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Основные качественные и количественные показатели работы врача-ортопеда и ортопедического отделения в целом. Профилактическая направленность в деятельности ортопедических отделений.
2. Организация работы врача-стоматолога на ортопедическом приеме. Учетно-отчетная и финансовая документация. Оценка деятельности врача - ортопеда.
3. Методы обследования ортопедических больных.
4. ВИЧ — инфекция на ортопедическом приеме. Меры предупреждения.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти — окклюдаторы и артикуляторы. Правила работы с ними.
6. Классификация зубных протезов. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций протезов.
7. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки. Их значение при лечении съемными конструкциями протезов.
8. Изменения в зубочелюстной системе с частичными дефектами зубных рядов. Патогенез. Клиника. Методы профилактики
9. Методы определения центрального соотношения челюстей при I, II и III типах дефектов по Бетельману
10. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.
11. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок.
12. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления.
13. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок. Последовательность клинико—лабораторных этапов изготовления металлических штампованных коронок.
14. Эстетические конструкции искусственных коронок. Их разновидности. Показания к применению.
15. Технология изготовления безметалловых конструкций протезов.
16. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъемными протезами. Особенности препарирования зубов, клинико-лабораторные этапы изготовления.

17. Отсутствие коронки зуба. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов. Клинико-лабораторные этапы лечения штифтовыми конструкциями.
18. Показания к использованию и сохранению корней при ортопедическом лечении. Типы корней. Разновидности штифтовых конструкций.
19. Показания к лечению цельнолитыми мостовидными протезами. Особенности препарирования зубов. Методика получения двойного уточненного слепка. Клинико-лабораторные этапы их изготовления
20. Клинические и технологические особенности лечения комбинированными зубными протезами.
21. Системы фиксации бюгельных протезов. Характеристика балочной, телескопической, замковой систем фиксации. Показания к применению.
22. Период адаптации к зубным протезам. Наставления больному.
23. Врачебные и технологические ошибки при лечении съёмными протезами при частичном отсутствии зубов.
24. Пародонт. Морфо-функциональное строение и биомеханика пародонта.
25. Непосредственное протезирование. Конструкции имедиат-протезов. Показания. Методы изготовления.
26. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Локализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
27. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Генерализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
28. Деформации зубных рядов и прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
29. Виды и методы имплантации.
30. Имплантат. Определение. Конструктивные особенности основных видов имплантатов. Требования к конструкционным материалам Эстетика в ортопедической стоматологии.
31. Реализация эстетических закономерностей в конструировании съёмных зубных протезов.
32. Влияние съёмных пластиночных протезов на ткани протезного ложа. Клинические проявления стоматитов. Дифференциальная диагностика, онкологическая настороженность. Лечение. Профилактика.
33. Особенности строения и функции ВНЧС.
34. Методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
35. Методы ортопедического и комплексного лечения при заболеваниях ВНЧС

36. Избирательное пришлифование зубов как первый этап ортопедического лечения в комплексном лечении заболевания пародонта. Цель и задачи избирательного пришлифовывания. Методика проведения. Осложнения.
37. Кламмер. Виды кламмеров и их составные части. Роль кламмеров при распределении жевательного давления.
38. Особенности ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты и мини-имплантаты.
39. Особенности ортопедического лечения при хронических заболеваниях слизистой оболочки. Материалы.
40. Гальваноз. Клиника, диагностика, лечение.

1.7.2. Тестовые задания

- 1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять**
- 1) 13,7 кв.м
 - 2) 10 кв.м
 - 3) 20 кв.м
 - 4) не менее 14 кв.м.
- 2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь**
- 1) 10 кв.м
 - 2) 14 кв.м
 - 3) 7 10 кв.м
 - 4) 5 кв.м
 - 5) 13,7 кв.м.
- 3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть**
- 1) оклеены обоями светлых тонов
 - 2) покрашены масляной краской светлых тонов
 - 3) побелены
 - 4) не имеет значения.
- 4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария**
- 1) контроль качества стерилизации
 - 2) предстерилизационная очистка
 - 3) дезинфекция
 - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1
- 5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор

- 4) влаги
- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
 - 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
 - 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
 - 1) 125°C – 45 мин
 - 2) 160°C – 40 мин
 - 3) 180°C – 45 мин
 - 4) 180°C – 60 мин
 - 5) 200°C – 90 мин.
- 9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**
 - 1) зеркала, изделия из стекла
 - 2) наконечники
 - 3) боры
 - 4) одноразовые шприцы
 - 5) перевязочный материал.
- 10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**
 - 1) пинцет, зонд
 - 2) зеркало, зонд
 - 3) зонд, шприц
 - 4) зеркало, шприц
 - 5) ватные шарики.
- 11. Автоклавированием стерилизуются**
 - 1) зеркала
 - 2) марлевые тампоны, наконечники
 - 3) одноразовый шприц
 - 4) пластмассовый шпатель
 - 5) боры.
- 12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются**
 - 1) лотки
 - 2) эндодонтический инструментарий
 - 3) шовный материал
 - 4) зеркала
 - 5) наконечники.
- 13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал**

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) глассперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются

инструменты:

- 16) зеркало, гладилка
- 17) зеркало, зонд
- 18) зеркало, пинцет
- 19) пинцет, зонд
- 20) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 4 раз в день
- 5) 1 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

- 21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
 - 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек
- 22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
 - 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для выявления болевой реакции периодонта
 - 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти
- 23. Рентгенография зубов используется для**
- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
 - 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
 - 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**

- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенезе заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми

- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 2) время спекания
 - 3) центрифугирование
 - 4) температура спекания

- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- | | |
|-----------|-----------|
| 1) 0,1 мм | 3) 0,3 мм |
| 2) 0,2 мм | 4) 0,5 мм |
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1) $2 - 4^{\circ}$ | 3) $10 - 15^{\circ}$ |
| 2) $5 - 10^{\circ}$ | 4) $15 - 20^{\circ}$ |
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарировывают**
- 8) с циркулярным уступом
 - 9) с вестибулярным уступом
 - 3) без уступа

1.7.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

1.8. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Клиническая. Стоматология ортопедическая"

1.8.1. Контрольные вопросы

1. Препарирование полостей под вкладки (инлей, онлей, оверлей).
2. Определение и регистрация центральной окклюзии.
3. Чтение рентгенограмм, ортопантограмм, визиограмм.
4. Планирование конструкции бюгельного протеза на гипсовых моделях.
5. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей.
6. Пальпаторное исследование ВНЧС.
7. Наложение и коррекция боксёрских капп.

8. Изучение гипсовых моделей челюстей в параллеломере для определения объёма и мест препарирования зубов для кламмерной фиксации.
9. Припасовка и наложение бюгельных протезов.
10. Изготовление индивидуальных ложек при дефектах зубных рядов.
11. Припасовка и наложение съёмного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов.
12. Снятие слепков (оттисков) альгинатными и силиконовыми массами при ложных суставах и неправильно сросшихся переломах челюстей с сохранёнными зубными рядами и при частичной или полной утрате зубов.
13. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению (выравнивание протетической плоскости методами сошлифовывания суперконтактов и укорочения зубов).
14. Препарирование зубов при применении индивидуальных литых штифтово-культевых вкладок.
15. Препарирование зубов при применении цельнолитых, металлокерамических, безметалловых искусственных коронок.
16. Припасовка жестких индивидуальных ложек на беззубую верхнюю и нижнюю челюсти.
17. Временная защита препарированных зубов провизорными искусственными коронками.
18. Определение параметров артикуляции при помощи лицевых дуг и перенос их в индивидуализированный артикулятор.
19. Препарирование зубов при применении виниров.
20. Перебазировка съёмных протезов.
21. Планирование ортопедического лечения с использованием зубных имплантатов.
22. Припасовка и фиксация штифтовых конструкций.
23. Припасовка и фиксация коронок: цельнолитых, металлокерамических и безметалловых.
24. Устранение ошибок, возникших при определении центрального соотношения челюстей.
25. Провести и дать рекомендации по гигиеническим мероприятиям полости рта при наличии зубных имплантатов.
26. Определение степени подвижности зубов.
27. Препарирование зубов (с уступами различных видов) при применении цельнолитых, металлокерамических, и безметалловых коронок
28. Припасовка и фиксация адгезивных мостовидных протезов.
29. Припасовка и наложение съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
30. Припасовка и наложение съёмных цельнолитых шин и шин-протезов.

1.8.2. Тестовые задания

- 1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять**
 - 1) 13,7 кв.м

- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
 - 2) предстерилизационная очистка
 - 3) дезинфекция
 - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре

- 1) 125°C – 45 мин
- 2) 160°C – 40 мин
- 3) 180°C – 45 мин

- 4) 180°C – 60 мин
- 5) 200°C – 90 мин.

9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

11. Автоклавированием стерилизуются

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) глассперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются

инструменты:

- 21) зеркало, гладилка
- 22) зеркало, зонд
- 23) зеркало, пинцет
- 24) пинцет, зонд
- 25) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 5 раз в день
- 5) 2 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

23. Рентгенография зубов используется для

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей,

определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния пародонта

24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования

- 1) жевательной эффективности зубных рядов
- 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
- 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов

25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения

- 1) жевательной эффективности
- 2) выносливости пародонта
- 3) абсолютной силы жевательных мышц

26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины

- 1) межальвеолярной высоты
- 2) анатомической коронки зуба
- 3) клинической коронки зуба

27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с медиальной стороны
- 3) с оральной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший

28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет

- 1) выносливость пародонта
- 2) жевательную эффективность
- 3) степень сохранности зубных рядов

29. Нормой в зубочелюстной системе является

- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

30. Патологией называется

- 1) выявленные объективные признаки болезни
- 2) выявленные субъективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

31. Диагноз – это

- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
- 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
- 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
- 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни

32. При изучении диагностических моделей важна информация о

- 1) соотношении зубных рядов
- 2) форме зубных рядов
- 3) характере смыкания передних зубов
- 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
- 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов

- б) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта
- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**

- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба

- 2) алюмокалиевых квасцов
- 3) гидроокиси кальция
- 4) гидрохлорида эфедрина
- 5) трихлоруксусной кислоты
- 6) 0,05 – 0,1% раствора галозолина

55. Причинами появления пор в отображении препарированного зуба при получении двухфазных оттисков могут являться

- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
- 2) плохое проведение ретракции десны
- 3) получение оттиска с компрессией
- 4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое

56. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухфазном оттиске может быть обусловлено

- 1) плохо проведенной ретракцией десны
- 2) недостаточным высушиванием протезного ложа
- 3) недостаточным высушиванием базисного слоя оттиска
- 4) низкой текучестью корригирующего слоя
- 5) неравномерным распределением корригирующей массы в базисном слое

57. Эффект «широкой» литой коронки возникает

- 1) при усадке оттискного материала
- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при моделировании колпачка только с помощью адапты без уточнения пришеечной области воском
- 4) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки зуба

58. Эффект «узкой» литой коронки возможен

- 1) при усадке оттискного материала
- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
- 4) при использовании очень тонкого слоя компенсационного лака
- 5) при моделировке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава

59. Литые коронки изготавливают из

- 1) нержавеющей стали
- 2) кобальтохромового сплава
- 3) сплава золота 750 й пробы
- 4) сплава золота 900 й пробы
- 5) серебряно палладиевого сплава

60. Особенности препарирования зуба под металлокерамическую коронку

- 1) параллельность вертикальных стенок коронки зуба
- 2) отсутствие уступа в пришеечной области зуба
- 3) препарирование уступа в пришеечной области зуба
- 4) конусообразность коронки препарированного зуба

61. При частичном отсутствии зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов

- 1) наклоненные и перемещенные в сторону дефекта
- 2) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки
- 3) имеющие или не имеющие соседних зубов
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа)

62. К четвертому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

63. К первому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

64. К третьему классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) включенный дефект в боковом отделе

65. Количество типов соотношения зубных рядов при частичной адентии по классификации А.И. Бетельмана

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5.

66. К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

67. Ко 2 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

68. К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах;

- 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар;
- 4) беззубые челюсти.

69. К основным параметрам функциональной ценности зуба относятся

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

70. Выделите из перечисленных симптомов субъективные

- 1) боль при жевании
- 2) обнажение шейки зуба
- 3) чувство оскомины
- 4) увеличение подвижности зуба

71. К методам объективного обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) перкуссия
- 4) пальпация
- 5) инструментальное обследование
- 6) заполнение паспортной части истории болезни

72. К клиническим методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) реография
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) электромиография
- 8) зондирование

73. К параклиническим (дополнительным) методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) сбор анамнеза
- 2) реография
- 3) осмотр
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) телерентгенография
- 8) электромиография
- 9) зондирование
- 10) изучение диагностических моделей

74. История болезни является документом

- 1) статистическим

- 2) медицинским
 - 3) юридическим
- 75. Выделите из перечисленных симптомов объективные**
- 1) боль при жевании
 - 2) обнажение шейки зуба
 - 3) чувство оскомина
 - 4) увеличение подвижности зуба
- 76. Диагностические модели необходимы для**
- 1) антропометрических измерений
 - 2) определения наклона коронки зуба
 - 3) контроля эффективности лечения
 - 4) уточнения характера смыкания зубных рядов
 - 5) уточнения конструктивных особенностей зубных протезов
- 77. Выделите из перечисленных симптомов субъективные**
- 1) зуд десен
 - 2) боль при жевании
 - 3) увеличение подвижности зубов
 - 4) задержка пищи между зубами
 - 5) повышенная чувствительность к термическим раздражителям
- 78. Оздоровительная (санационная) подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) исправления положения отдельных зубов
 - 4) лечения заболеваний слизистой оболочки
 - 5) удаления рубцов по переходной складке
 - 6) удаления острых костных выступов на альвеолярном отростке
- 79. Специальная терапевтическая подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) депульпирования зубов, подлежащих значительному сошлифовыванию
 - 4) перепломбировки каналов корней зубов, подлежащих протезированию
 - 5) депульпирования наклоненных, аномально расположенных зубов
 - 6) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней
- 80. Методы исследования твёрдых тканей зубов включают**
- 10) зондирование
 - 11) перкуссия
 - 12) пальпация
 - 13) дентальная рентгенография
 - 14) электроодонтодиагностика
 - 15) окклюдозография
 - 16) тензометрия
 - 17) реография
 - 18) термометрия
- 81. Применение несъемных мостовидных протезов возможно при наличии в зубном ряду дефектов**
- 1) односторонних дистально не ограниченных (концевых)
 - 2) дистально ограниченных (включенных) в переднем отделе зубного ряда
 - 3) дистально ограниченных (включенных) в боковых отделах зубного ряда

- 4) двусторонних дистально не ограниченных (концевых)
- 82. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит от**
- 1) топографии дефекта зубного ряда
 - 2) протяженности дефекта зубного ряда
 - 3) состояния зубов антагонистов
 - 4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 83. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают**
- 1) состояние пародонта опорных зубов
 - 2) топографию дефекта зубного ряда
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) анатомическую форму опорных зубов
 - 5) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 6) абсолютную силу жевательных мышц
- 84. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза**
- 1) прогенический прикус
 - 2) подвижность опорных зубов
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) дистально не ограниченный (концевой) дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
- 85. Положительными качествами мостовидных протезов являются**
- 1) высокая гигиеничность
 - 2) необходимость препарирования зубов
 - 3) высокая жевательная эффективность
 - 4) небольшие размеры
 - 5) обеспечение пациенту характера жевания, приближенного к естественному
- 86. В качестве опор для мостовидных протезов используют**
- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом
 - 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки
 - 3) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами
 - 7) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоверхушечных тканях
 - 8) корни зубов с хорошо запломбированными корневыми каналами без признаков протекающего воспаления
- 87. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны**
- 1) отсутствие пор на поверхности отпечатка протезного ложа
 - 2) точность отображения переходной складки
 - 3) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
 - 4) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба
 - 5) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов
- 88. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере**
- 1) от одного до четырех резцов
 - 2) резцов и клыка
 - 3) клыка и премоляра
 - 4) премоляров
 - 5) двух премоляров и одного моляра

- 89. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным моментом является**
- 1) низкие эстетические качества протеза
 - 2) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 3) наличие опрокидывающего действия на опорный зуб
 - 4) функциональная перегрузка опорного зуба
- 90. Клиническими этапами протезирования паяными мостовидными протезами являются**
- 1) шлифовка и полировка протеза
 - 2) обследование пациента, анестезия, препарирование опорных зубов
 - 3) получение оттисков для изготовления опорных коронок
 - 4) загипсовка моделей в окклюдатор
 - 5) припасовка опорных коронок, получение оттисков
 - 6) моделирование промежуточной части протеза
 - 7) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом
 - 8) изготовление рабочей и вспомогательной моделей челюстей
 - 9) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом
- 91. Этап припасовки паяного мостовидного протеза включает проверку**
- 1) окклюзионных контактов
 - 2) подвижности опорных зубов
 - 3) качества мостовидного протеза на гипсовой модели
 - 4) контактных пунктов
 - 5) глубины погружения коронок в зубодесневой желобок
 - 6) соотношения промежуточной части протеза и десны
 - 7) плотности прилегания опорных коронок в области шеек зубов
- 92. К возможным осложнениям мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся**
- 1) окисление припоя
 - 2) быстрое истирание зубов антагонистов
 - 3) возникновение микротоков
 - 4) низкая жевательная эффективность
 - 5) привкус металла в полости рта
- 93. Возможные осложнения при пользовании металлокерамическими мостовидными протезами**
- 1) откол облицовки
 - 2) быстрое истирание облицовки
 - 3) изменение цвета облицовки
 - 4) повышенное стирание зубов антагонистов
- 94. Показания к протезированию пациентов с дефектами зубных рядов мостовидными протезами определяются**
- 1) желанием пациента
 - 2) состоянием пародонта опорных зубов
 - 3) величиной и топографией дефекта
 - 4) формой коронок опорных зубов
 - 5) видом прикуса
- 95. Клинически мостовидные протезы перед фиксацией оцениваются по следующим показателям**
- 1) легкость наложения на культи опорных зубов
 - 2) отсутствие преждевременных контактов
 - 3) правильность моделирования тела протеза относительно десны беззубой

- альвеолярной части (промывная, касательная)
- 4) точность воспроизведения окклюзионных поверхностей искусственных зубов
 - 5) погружение края фиксирующих коронок на 0,2–0,3мм в десневую бороздку по всему периметру шеек зубов
- 96. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является**
- 1) необходимость депульпирования опорных зубов
 - 2) препарирование большого количества опорных зубов
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
 - 4) сошлифовывание большого количества твердых тканей опорных зубов
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества
- 97. По способу изготовления мостовидные протезы классифицируются на**
- 1) металлические, неметаллические, комбинированные
 - 2) пластмассовые, паяные, комбинированные
 - 3) металлические, литые, пластмассовые
 - 4) паяные, полимеризованные, литые
- 98. Формы промежуточной части мостовидного протеза**
- 1) касательная, с гирляндой, промывная
 - 2) промывная, касательная, диаторическая
 - 3) промывная, касательная, седловидная
 - 4) седловидная, с гирляндой, касательная
- 99. Промежуточная часть в области боковых зубов верхней челюсти по отношению к десне моделируется**
- 1) промывной формы
 - 2) условно–касательной формы
 - 3) седловидной формы
 - 4) диаторической формы
- 100. Моделирование промежуточной части паяного мостовидного протеза производится**
- 1) перед моделированием опорных коронок
 - 2) одновременно с этапом моделирования опорных коронок
 - 3) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
 - 4) на этапе припасовки опорных коронок на модели.

1.8.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные зубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?

Ситуационная задача № 12

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 13

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз : пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс

комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 14

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

Ситуационная задача № 15

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить ?

Ситуационная задача № 16

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача- стоматолога. (Группа – ДЗ). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;

проведена оценка степени подвижности зубов;

определена глубина пародонтальных карманов;

заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

Ситуационная задача № 17

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съёмной цельнолитой шиной.

Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

К какой диспансерной группе относится данный больной?

3. Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?
4. Какова периодичность системного обследования данного пациента?

Ситуационная задача № 18

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

Укажите группу диспансеризации данной пациентки.

3. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
4. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?

Ситуационная задача № 19

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете группа Д2.
Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

1.9. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Клиническая. Поликлиника. "

1.9.1. Контрольные вопросы

1. Препарирование полостей под вкладки (инлей, онлей, оверлей).
2. Определение и регистрация центральной окклюзии.
3. Чтение рентгенограмм, ортопантомограмм, визиограмм.
4. Планирование конструкции бюгельного протеза на гипсовых моделях.
5. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей.
6. Пальпаторное исследование ВНЧС.
7. Наложение и коррекция боксёрских капп.
8. Изучение гипсовых моделей челюстей в параллеломере для определения объёма и мест препарирования зубов для кламмерной фиксации.
9. Припасовка и наложение бюгельных протезов.
10. Изготовление индивидуальных ложек при дефектах зубных рядов.
11. Припасовка и наложение съёмного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов.
12. Снятие слепков (оттисков) альгинатными и силиконовыми массами при ложных суставах и неправильно сросшихся переломах челюстей с сохранёнными зубными рядами и при частичной или полной утрате зубов.
13. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению (выравнивание протетической плоскости методами шлифования суперконтактов и укорочения зубов).
14. Препарирование зубов при применении индивидуальных литых штифтово-культевых вкладок.
15. Препарирование зубов при применении цельнолитых, металлокерамических, безметалловых искусственных коронок.
16. Припасовка жестких индивидуальных ложек на беззубую верхнюю и нижнюю челюсти.
17. Временная защита препарированных зубов провизорными искусственными коронками.

18. Определение параметров артикуляции при помощи лицевых дуг и перенос их в индивидуализированный артикулятор.
19. Препарирование зубов при применении виниров.
20. Перебазировка съемных протезов.
21. Планирование ортопедического лечения с использованием зубных имплантатов.
22. Припасовка и фиксация штифтовых конструкций.
23. Припасовка и фиксация коронок: цельнолитых, металлокерамических и безметалловых.
24. Устранение ошибок, возникших при определении центрального соотношения челюстей.
25. Провести и дать рекомендации по гигиеническим мероприятиям полости рта при наличии зубных имплантатов.
26. Определение степени подвижности зубов.
27. Препарирование зубов (с уступами различных видов) при применении цельнолитых, металлокерамических, и безметалловых коронок
28. Припасовка и фиксация адгезивных мостовидных протезов.
29. Припасовка и наложение съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
30. Припасовка и наложение съемных цельнолитых шин и шин-протезов.

1.9.2. Тестовые задания

1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
- 2) предстерилизационная очистка

- 3) дезинфекция
- 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
 - 6) верно 3, 2, 4, 1
- 5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**
 - 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
 - 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
 - 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
 - 1) 125°C – 45 мин
 - 2) 160°C – 40 мин
 - 3) 180°C – 45 мин
 - 4) 180°C – 60 мин
 - 5) 200°C – 90 мин.
- 9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**
 - 1) зеркала, изделия из стекла
 - 2) наконечники
 - 3) боры
 - 4) одноразовые шприцы
 - 5) перевязочный материал.
- 10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**
 - 1) пинцет, зонд
 - 2) зеркало, зонд
 - 3) зонд, шприц
 - 4) зеркало, шприц
 - 5) ватные шарики.
- 11. Автоклавированием стерилизуются**
 - 1) зеркала
 - 2) марлевые тампоны, наконечники
 - 3) одноразовый шприц
 - 4) пластмассовый шпатель

5) боры.

12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сушижаровой шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- 26) зеркало, гладилка
- 27) зеркало, зонд
- 28) зеркало, пинцет
- 29) пинцет, зонд
- 30) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 6 раз в день
- 5) 3 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
 - 2) внешний осмотр
 - 3) осмотр зубных рядов
 - 4) обследование полости рта
- 20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для выявления болевой реакции периодонта
 - 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
 - 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек
- 22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
 - 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для выявления болевой реакции периодонта
 - 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти
- 23. Рентгенография зубов используется для**
- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
 - 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
 - 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**

- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому

лечению

36. По назначению искусственные коронки бывают

- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
- 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными

37. По конструкции различают искусственные коронки

- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
- 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми

38. Провизорными называют коронки

- 1) защитные
- 2) постоянные
- 3) временные
- 4) 1 2
- 5) 1 3

39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть

- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
- 4) паяными, полимеризованными, литыми

40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются

- 1) изменение цвета эмали
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) острый периодонтит
- 4) заболевания слизистой оболочки полости рта

41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются

- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) некачественно запломбированный канал корня
- 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$

42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют

- 1) карборундовые фасонные головки
- 2) металлические сепарационные диски
- 3) вулканитовые диски
- 4) карборундовые круги

43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо

- 1) создать экватор на искусственной коронке
- 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
- 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
- 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами

44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на

- 1) 1,5 мм
- 2) 1,0 мм

- 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
 - 5) минимально, почти на уровне десны
 - 2) время спекания
 - 3) центрифугирование
 - 4) температура спекания
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- 1) 0,1 мм
 - 2) 0,2 мм
 - 3) 0,3 мм
 - 4) 0,5 мм
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- 1) $2 - 4^{\circ}$
 - 2) $5 - 10^{\circ}$
 - 3) $10 - 15^{\circ}$
 - 4) $15 - 20^{\circ}$
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарируют**
- 1) с циркулярным уступом
 - 2) с вестибулярным уступом
 - 3) без уступа
- 51. Укажите искусственные коронки, при протезировании которыми целесообразно препарирование с формированием уступа в пришеечной области опорных зубов**
- 1) штампованная коронка
 - 2) экваторная литая коронка
 - 3) фарфоровая коронка
 - 4) пластмассовая коронка

5) экваторная штампованная коронка

6) литая комбинированная коронка

52. Укажите виды искусственных коронок, при изготовлении которых применяется разборная комбинированная модель

1) фарфоровая коронка

2) пластмассовая коронка

3) штампованная коронка

4) цельнолитая коронка

5) штампованная комбинированная

6) металлокерамическая

53. При протезировании цельнолитыми, металлокерамическими и металлопластмассовыми коронками для получения рабочего оттиска применяют

1) гипс

2) термомассы

3) альгинатные материалы

4) силиконовые материалы

5) полисульфидные материалы

6) цинкоксидаэвгеноловые материалы

7) полиэфирные материалы

54. Механохимическое расширение десневых бороздок перед получением двухфазного оттиска проводят с помощью хлопчатобумажных нитей или ретракционных колец, пропитанных растворами

1) ортофосфорной кислоты

2) алюмокалиевых квасцов

3) гидроксида кальция

4) гидрохлорида эфедрина

5) трихлоруксусной кислоты

6) 0,05 – 0,1% раствора галозолина

55. Причинами появления пор в отображении препарированного зуба при получении двухфазных оттисков могут являться

1) недостаточное высушивание протезного ложа

2) плохое проведение ретракции десны

3) получение оттиска с компрессией

4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое

56. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухфазном оттиске может быть обусловлено

1) плохо проведенной ретракцией десны

2) недостаточным высушиванием протезного ложа

3) недостаточным высушиванием базисного слоя оттиска

4) низкой текучестью корригирующего слоя

5) неравномерным распределением корригирующей массы в базисном слое

57. Эффект «широкой» литой коронки возникает

1) при усадке оттискного материала

- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при моделировании колпачка только с помощью адапты без уточнения пришеечной области воском
- 4) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки зуба

58. Эффект «узкой» литой коронки возможен

- 1) при усадке оттискного материала
- 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
- 3) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
- 4) при использовании очень тонкого слоя компенсационного лака
- 5) при моделировке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава

59. Литые коронки изготавливают из

- 1) нержавеющей стали
- 2) кобальтохромового сплава
- 3) сплава золота 750 й пробы
- 4) сплава золота 900 й пробы
- 5) серебряно палладиевого сплава

60. Особенности препарирования зуба под металлокерамическую коронку

- 1) параллельность вертикальных стенок коронки зуба
- 2) отсутствие уступа в пришеечной области зуба
- 3) препарирование уступа в пришеечной области зуба
- 4) конусообразность коронки препарированного зуба

61. При частичном отсутствии зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов

- 1) наклоненные и перемещенные в сторону дефекта
- 2) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки
- 3) имеющие или не имеющие соседних зубов
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа)

62. К четвертому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

63. К первому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

64. К третьему классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) включенный дефект в боковом отделе

65. Количество типов соотношения зубных рядов при частичной адентии по классификации А.И. Бетельмана

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5.

66. К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

67. Ко 2 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

68. К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар;
- 4) беззубые челюсти.

69. К основным параметрам функциональной ценности зуба относятся

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

70. Выделите из перечисленных симптомов субъективные

- 1) боль при жевании
- 2) обнажение шейки зуба
- 3) чувство оскомины
- 4) увеличение подвижности зуба

71. К методам объективного обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) перкуссия
- 4) пальпация

- 5) инструментальное обследование
 - 6) заполнение паспортной части истории болезни
- 72. К клиническим методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся**
- 1) опрос
 - 2) осмотр
 - 3) реография
 - 4) жевательные пробы
 - 5) перкуссия, пальпация
 - 6) рентгенография зубов
 - 7) электромиография
 - 8) зондирование
- 73. К параклиническим (дополнительным) методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся**
- 1) сбор анамнеза
 - 2) реография
 - 3) осмотр
 - 4) жевательные пробы
 - 5) перкуссия, пальпация
 - 6) рентгенография зубов
 - 7) телерентгенография
 - 8) электромиография
 - 9) зондирование
 - 10) изучение диагностических моделей
- 74. История болезни является документом**
- 1) статистическим
 - 2) медицинским
 - 3) юридическим
- 75. Выделите из перечисленных симптомов объективные**
- 1) боль при жевании
 - 2) обнажение шейки зуба
 - 3) чувство оскомины
 - 4) увеличение подвижности зуба
- 76. Диагностические модели необходимы для**
- 1) антропометрических измерений
 - 2) определения наклона коронки зуба
 - 3) контроля эффективности лечения
 - 4) уточнения характера смыкания зубных рядов
 - 5) уточнения конструктивных особенностей зубных протезов
- 77. Выделите из перечисленных симптомов субъективные**
- 1) зуд десен
 - 2) боль при жевании
 - 3) увеличение подвижности зубов
 - 4) задержка пищи между зубами
 - 5) повышенная чувствительность к термическим раздражителям
- 78. Оздоровительная (санационная) подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) исправления положения отдельных зубов

- 4) лечения заболеваний слизистой оболочки
 - 5) удаления рубцов по переходной складке
 - 6) удаления острых костных выступов на альвеолярном отростке
- 79. Специальная терапевтическая подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) депульпирования зубов, подлежащих значительному сошлифовыванию
 - 4) перепломбировки каналов корней зубов, подлежащих протезированию
 - 5) депульпирования наклоненных, аномалийно расположенных зубов
 - 6) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней
- 80. Методы исследования твёрдых тканей зубов включают**
- 19) зондирование
 - 20) перкуссия
 - 21) пальпация
 - 22) дентальная рентгенография
 - 23) электроодонтодиагностика
 - 24) окклюдозография
 - 25) тензометрия
 - 26) реография
 - 27) термометрия
- 81. Применение несъемных мостовидных протезов возможно при наличии в зубном ряду дефектов**
- 1) односторонних дистально не ограниченных (концевых)
 - 2) дистально ограниченных (включенных) в переднем отделе зубного ряда
 - 3) дистально ограниченных (включенных) в боковых отделах зубного ряда
 - 4) двусторонних дистально не ограниченных (концевых)
- 82. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит от**
- 1) топографии дефекта зубного ряда
 - 2) протяженности дефекта зубного ряда
 - 3) состояния зубов антагонистов
 - 4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 83. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают**
- 1) состояние пародонта опорных зубов
 - 2) топографию дефекта зубного ряда
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) анатомическую форму опорных зубов
 - 5) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 6) абсолютную силу жевательных мышц
- 84. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза**
- 1) прогенический прикус
 - 2) подвижность опорных зубов
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) дистально не ограниченный (концевой) дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
- 85. Положительными качествами мостовидных протезов являются**
- 1) высокая гигиеничность
 - 2) необходимость препарирования зубов
 - 3) высокая жевательная эффективность

- 4) небольшие размеры
 - 5) обеспечение пациенту характера жевания, приближенного к естественному
- 86. В качестве опор для мостовидных протезов используют**
- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом
 - 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки
 - 3) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами
 - 9) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоверхушечных тканях
 - 10) корни зубов с хорошо запломбированными корневыми каналами без признаков протекающего воспаления
- 87. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны**
- 1) отсутствие пор на поверхности отпечатка протезного ложа
 - 2) точность отображения переходной складки
 - 3) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
 - 4) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба
 - 5) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов
- 88. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере**
- 1) от одного до четырех резцов
 - 2) резцов и клыка
 - 3) клыка и премоляра
 - 4) премоляров
 - 5) двух премоляров и одного моляра
- 89. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным моментом является**
- 1) низкие эстетические качества протеза
 - 2) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 3) наличие опрокидывающего действия на опорный зуб
 - 4) функциональная перегрузка опорного зуба
- 90. Клиническими этапами протезирования паяными мостовидными протезами являются**
- 1) шлифовка и полировка протеза
 - 2) обследование пациента, анестезия, препарирование опорных зубов
 - 3) получение оттисков для изготовления опорных коронок
 - 4) загипсовка моделей в окклюдатор
 - 5) припасовка опорных коронок, получение оттисков
 - 6) моделирование промежуточной части протеза
 - 7) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом
 - 8) изготовление рабочей и вспомогательной моделей челюстей
 - 9) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом
- 91. Этап припасовки паяного мостовидного протеза включает проверку**
- 1) окклюзионных контактов
 - 2) подвижности опорных зубов
 - 3) качества мостовидного протеза на гипсовой модели
 - 4) контактных пунктов
 - 5) глубины погружения коронок в зубодесневой желобок
 - 6) соотношения промежуточной части протеза и десны

- 7) плотности прилегания опорных коронок в области шеек зубов
- 92. К возможным осложнениям мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся**
- 1) окисление припоя
 - 2) быстрое истирание зубов антагонистов
 - 3) возникновение микротоков
 - 4) низкая жевательная эффективность
 - 5) привкус металла в полости рта
- 93. Возможные осложнения при использовании металлокерамическими мостовидными протезами**
- 1) откол облицовки
 - 2) быстрое истирание облицовки
 - 3) изменение цвета облицовки
 - 4) повышенное стирание зубов антагонистов
- 94. Показания к протезированию пациентов с дефектами зубных рядов мостовидными протезами определяются**
- 1) желанием пациента
 - 2) состоянием пародонта опорных зубов
 - 3) величиной и топографией дефекта
 - 4) формой коронок опорных зубов
 - 5) видом прикуса
- 95. Клинически мостовидные протезы перед фиксацией оцениваются по следующим показателям**
- 1) легкость наложения на культи опорных зубов
 - 2) отсутствие преждевременных контактов
 - 3) правильность моделирования тела протеза относительно десны беззубой альвеолярной части (промывная, касательная)
 - 4) точность воспроизведения окклюзионных поверхностей искусственных зубов
 - 5) погружение края фиксирующих коронок на 0,2–0,3 мм в десневую бороздку по всему периметру шеек зубов
- 96. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является**
- 1) необходимость депульпирования опорных зубов
 - 2) препарирование большого количества опорных зубов
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
 - 4) сошлифовывание большого количества твердых тканей опорных зубов
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества
- 97. По способу изготовления мостовидные протезы классифицируются на**
- 1) металлические, неметаллические, комбинированные
 - 2) пластмассовые, паяные, комбинированные
 - 3) металлические, литые, пластмассовые
 - 4) паяные, полимеризованные, литые
- 98. Формы промежуточной части мостовидного протеза**
- 1) касательная, с гирляндой, промывная
 - 2) промывная, касательная, диаторическая
 - 3) промывная, касательная, седловидная
 - 4) седловидная, с гирляндой, касательная
- 99. Промежуточная часть в области боковых зубов верхней челюсти по отношению к десне моделируется**
- 1) промывной формы

- 2) условно–касательной формы
- 3) седловидной формы
- 4) диаторической формы

100. Моделирование промежуточной части паяного мостовидного протеза производится

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) одновременно с этапом моделирования опорных коронок
- 3) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- 4) на этапе припасовки опорных коронок на модели.

1.9.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?

Ситуационная задача № 12

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 13

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз : пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 14

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

Ситуационная задача № 15

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить ?

Ситуационная задача № 16

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача- стоматолога. (Группа – ДЗ). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;
проведена оценка степени подвижности зубов;
определена глубина пародонтальных карманов;
заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

Ситуационная задача № 17

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съемной цельнолитой шиной. Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

К какой диспансерной группе относится данный больной?

5. Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?
6. Какова периодичность системного обследования данного пациента?

Ситуационная задача № 18

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

Укажите группу диспансеризации данной пациентки.

5. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
6. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?

Ситуационная задача № 19

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока.

Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

1.10. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Поликлиника."

1.10.1. Контрольные вопросы

1. Препарирование полостей под вкладки (инлей, онлей, оверлей).
2. Определение и регистрация центральной окклюзии.
3. Чтение рентгенограмм, ортопантомограмм, визиограмм.
4. Планирование конструкции бюгельного протеза на гипсовых моделях.
5. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей.
6. Пальпаторное исследование ВНЧС.

7. Наложение и коррекция боксёрских капп.
8. Изучение гипсовых моделей челюстей в параллеломере для определения объёма и мест препарирования зубов для кламмерной фиксации.
9. Припасовка и наложение бюгельных протезов.
10. Изготовление индивидуальных ложек при дефектах зубных рядов.
11. Припасовка и наложение съёмного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов.
12. Снятие слепков (оттисков) альгинатными и силиконовыми массами при ложных суставах и неправильно сросшихся переломах челюстей с сохранёнными зубными рядами и при частичной или полной утрате зубов.
13. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению (выравнивание протетической плоскости методами сошлифовывания суперконтактов и укорочения зубов).
14. Препарирование зубов при применении индивидуальных литых штифтово-культевых вкладок.
15. Препарирование зубов при применении цельнолитых, металлокерамических, безметалловых искусственных коронок.
16. Припасовка жестких индивидуальных ложек на беззубую верхнюю и нижнюю челюсти.
17. Временная защита препарированных зубов провизорными искусственными коронками.
18. Определение параметров артикуляции при помощи лицевых дуг и перенос их в индивидуализированный артикулятор.
19. Препарирование зубов при применении виниров.
20. Перебазировка съёмных протезов.
21. Планирование ортопедического лечения с использованием зубных имплантатов.
22. Припасовка и фиксация штифтовых конструкций.
23. Припасовка и фиксация коронок: цельнолитых, металлокерамических и безметалловых.
24. Устранение ошибок, возникших при определении центрального соотношения челюстей.
25. Провести и дать рекомендации по гигиеническим мероприятиям полости рта при наличии зубных имплантатов.
26. Определение степени подвижности зубов.
27. Препарирование зубов (с уступами различных видов) при применении цельнолитых, металлокерамических, и безметалловых коронок.
28. Припасовка и фиксация адгезивных мостовидных протезов.
29. Припасовка и наложение съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
30. Припасовка и наложение съёмных цельнолитых шин и шин-протезов.

1.10.2. Тестовые задания

- 1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять**

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария

- 1) контроль качества стерилизации
 - 2) предстерилизационная очистка
 - 3) дезинфекция
 - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1

5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре

- 1) 125°C – 45 мин
- 2) 160°C – 40 мин

- 3) 180°C – 45 мин
- 4) 180°C – 60 мин
- 5) 200°C – 90 мин.

9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

11. Автоклавированием стерилизуются

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) глассперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются

инструменты:

- 31) зеркало, гладилка
- 32) зеркало, зонд
- 33) зеркало, пинцет
- 34) пинцет, зонд
- 35) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 7 раз в день
- 5) 4 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

23. Рентгенография зубов используется для

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов

- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния пародонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни
 - 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей

- 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные
 - 4) 1 2
 - 5) 1 3
- 39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**
- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
 - 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
 - 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
 - 4) паяными, полимеризованными, литыми
- 40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) изменение цвета эмали
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) острый периодонтит
 - 4) заболевания слизистой оболочки полости рта

- 41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**
- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
 - 2) подвижность зубов 3 й степени
 - 3) некачественно запломбированный канал корня
 - 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$
- 42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**
- 1) карборундовые фасонные головки
 - 2) металлические сепарационные диски
 - 3) вулканитовые диски
 - 4) карборундовые круги
- 43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**
- 1) создать экватор на искусственной коронке
 - 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
 - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
 - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
 - 2) 1,0 мм
 - 3) 0,5–0,6 мм
 - 4) 0,2 – 0,3 мм
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
 - 2) конуса
 - 3) усеченного конуса
 - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
 - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
 - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
 - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

- 1) ортофосфорной кислоты
 - 2) алюмокалиевых квасцов
 - 3) гидроокиси кальция
 - 4) гидрохлорида эфедрина
 - 5) трихлоруксусной кислоты
 - 6) 0,05 – 0,1% раствора галозолина
- 55. Причинами появления пор в отображении препарированного зуба при получении двухфазных оттисков могут являться**
- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
 - 2) плохое проведение ретракции десны
 - 3) получение оттиска с компрессией
 - 4) неравномерное распределение корректирующей массы в базисном слое
- 56. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухфазном оттиске может быть обусловлено**
- 1) плохо проведенной ретракцией десны
 - 2) недостаточным высушиванием протезного ложа
 - 3) недостаточным высушиванием базисного слоя оттиска
 - 4) низкой текучестью корректирующего слоя
 - 5) неравномерным распределением корректирующей массы в базисном слое
- 57. Эффект «широкой» литой коронки возникает**
- 1) при усадке оттискного материала
 - 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
 - 3) при моделировании колпачка только с помощью адапты без уточнения пришеечной области воском
 - 4) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки зуба
- 58. Эффект «узкой» литой коронки возможен**
- 1) при усадке оттискного материала
 - 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
 - 3) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
 - 4) при использовании очень тонкого слоя компенсационного лака
 - 5) при моделировке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава
- 59. Литые коронки изготавливают из**
- 1) нержавеющей стали
 - 2) кобальтохромового сплава
 - 3) сплава золота 750 й пробы
 - 4) сплава золота 900 й пробы
 - 5) серебряно палладиевого сплава
- 60. Особенности препарирования зуба под металлокерамическую коронку**
- 1) параллельность вертикальных стенок коронки зуба
 - 2) отсутствие уступа в пришеечной области зуба
 - 3) препарирование уступа в пришеечной области зуба
 - 4) конусообразность коронки препарированного зуба

61. При частичном отсутствии зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов

- 1) наклоненные и перемещенные в сторону дефекта
- 2) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки
- 3) имеющие или не имеющие соседних зубов
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа)

62. К четвертому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

63. К первому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

64. К третьему классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) включенный дефект в боковом отделе

65. Количество типов соотношения зубных рядов при частичной адентии по классификации А.И. Бетельмана

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5.

66. К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

67. Ко 2 типу по А.И.Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

68. К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар;
- 4) беззубые челюсти.

69. К основным параметрам функциональной ценности зуба относятся

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

70. Выделите из перечисленных симптомов субъективные

- 1) боль при жевании
- 2) обнажение шейки зуба
- 3) чувство оскомина
- 4) увеличение подвижности зуба

71. К методам объективного обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) перкуссия
- 4) пальпация
- 5) инструментальное обследование
- 6) заполнение паспортной части истории болезни

72. К клиническим методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) реография
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) электромиография
- 8) зондирование

73. К параклиническим (дополнительным) методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) сбор анамнеза
- 2) реография
- 3) осмотр
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) телерентгенография
- 8) электромиография
- 9) зондирование
- 10) изучение диагностических моделей

- 74. История болезни является документом**
- 1) статистическим
 - 2) медицинским
 - 3) юридическим
- 75. Выделите из перечисленных симптомов объективные**
- 1) боль при жевании
 - 2) обнажение шейки зуба
 - 3) чувство оскомины
 - 4) увеличение подвижности зуба
- 76. Диагностические модели необходимы для**
- 1) антропометрических измерений
 - 2) определения наклона коронки зуба
 - 3) контроля эффективности лечения
 - 4) уточнения характера смыкания зубных рядов
 - 5) уточнения конструктивных особенностей зубных протезов
- 77. Выделите из перечисленных симптомов субъективные**
- 1) зуд десен
 - 2) боль при жевании
 - 3) увеличение подвижности зубов
 - 4) задержка пищи между зубами
 - 5) повышенная чувствительность к термическим раздражителям
- 78. Оздоровительная (санационная) подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) исправления положения отдельных зубов
 - 4) лечения заболеваний слизистой оболочки
 - 5) удаления рубцов по переходной складке
 - 6) удаления острых костных выступов на альвеолярном отростке
- 79. Специальная терапевтическая подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) депульпирования зубов, подлежащих значительному сошлифовыванию
 - 4) перепломбировки каналов корней зубов, подлежащих протезированию
 - 5) депульпирования наклоненных, аномалийно расположенных зубов
 - 6) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней
- 80. Методы исследования твёрдых тканей зубов включают**
- 28) зондирование
 - 29) перкуссия
 - 30) пальпация
 - 31) дентальная рентгенография
 - 32) электроодонтодиагностика
 - 33) окклюдозография
 - 34) тензометрия
 - 35) реография
 - 36) термометрия
- 81. Применение несъемных мостовидных протезов возможно при наличии в зубном ряду дефектов**
- 1) односторонних дистально не ограниченных (концевых)

- 2) дистально ограниченных (включенных) в переднем отделе зубного ряда
 - 3) дистально ограниченных (включенных) в боковых отделах зубного ряда
 - 4) двусторонних дистально не ограниченных (концевых)
- 82. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит от**
- 1) топографии дефекта зубного ряда
 - 2) протяженности дефекта зубного ряда
 - 3) состояния зубов антагонистов
 - 4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 83. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают**
- 1) состояние пародонта опорных зубов
 - 2) топографию дефекта зубного ряда
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) анатомическую форму опорных зубов
 - 5) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 6) абсолютную силу жевательных мышц
- 84. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза**
- 1) прогенический прикус
 - 2) подвижность опорных зубов
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) дистально не ограниченный (концевой) дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
- 85. Положительными качествами мостовидных протезов являются**
- 1) высокая гигиеничность
 - 2) необходимость препарирования зубов
 - 3) высокая жевательная эффективность
 - 4) небольшие размеры
 - 5) обеспечение пациенту характера жевания, приближенного к естественному
- 86. В качестве опор для мостовидных протезов используют**
- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом
 - 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки
 - 3) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами
 - 11) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоверхушечных тканях
 - 12) корни зубов с хорошо запломбированными корневыми каналами без признаков протекающего воспаления
- 87. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны**
- 1) отсутствие пор на поверхности отпечатка протезного ложа
 - 2) точность отображения переходной складки
 - 3) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
 - 4) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба
 - 5) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов
- 88. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере**
- 1) от одного до четырех резцов
 - 2) резцов и клыка
 - 3) клыка и премоляра

- 4) премоляров
 - 5) двух премоляров и одного моляра
- 89. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным моментом является**
- 1) низкие эстетические качества протеза
 - 2) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 3) наличие опрокидывающего действия на опорный зуб
 - 4) функциональная перегрузка опорного зуба
- 90. Клиническими этапами протезирования паяными мостовидными протезами являются**
- 1) шлифовка и полировка протеза
 - 2) обследование пациента, анестезия, препарирование опорных зубов
 - 3) получение оттисков для изготовления опорных коронок
 - 4) загипсовка моделей в окклюдатор
 - 5) припасовка опорных коронок, получение оттисков
 - 6) моделирование промежуточной части протеза
 - 7) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом
 - 8) изготовление рабочей и вспомогательной моделей челюстей
 - 9) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом
- 91. Этап припасовки паяного мостовидного протеза включает проверку**
- 1) окклюзионных контактов
 - 2) подвижности опорных зубов
 - 3) качества мостовидного протеза на гипсовой модели
 - 4) контактных пунктов
 - 5) глубины погружения коронок в зубодесневой желобок
 - 6) соотношения промежуточной части протеза и десны
 - 7) плотности прилегания опорных коронок в области шеек зубов
- 92. К возможным осложнениям мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся**
- 1) окисление припоя
 - 2) быстрое истирание зубов антагонистов
 - 3) возникновение микротоков
 - 4) низкая жевательная эффективность
 - 5) привкус металла в полости рта
- 93. Возможные осложнения при пользовании металлокерамическими мостовидными протезами**
- 1) откол облицовки
 - 2) быстрое истирание облицовки
 - 3) изменение цвета облицовки
 - 4) повышенное стирание зубов антагонистов
- 94. Показания к протезированию пациентов с дефектами зубных рядов мостовидными протезами определяются**
- 1) желанием пациента
 - 2) состоянием пародонта опорных зубов
 - 3) величиной и топографией дефекта
 - 4) формой коронок опорных зубов
 - 5) видом прикуса
- 95. Клинически мостовидные протезы перед фиксацией оцениваются по следующим показателям**
- 1) легкость наложения на культю опорных зубов

- 2) отсутствие преждевременных контактов
- 3) правильность моделирования тела протеза относительно десны беззубой альвеолярной части (промывная, касательная)
- 4) точность воспроизведения окклюзионных поверхностей искусственных зубов
- 5) погружение края фиксирующих коронок на 0,2–0,3мм в десневую бороздку по всему периметру шеек зубов

96. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является

- 1) необходимость депульпирования опорных зубов
- 2) препарирование большого количества опорных зубов
- 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
- 4) сошлифовывание большого количества твердых тканей опорных зубов
- 5) неудовлетворительные эстетические качества

97. По способу изготовления мостовидные протезы классифицируются на

- 1) металлические, неметаллические, комбинированные
- 2) пластмассовые, паяные, комбинированные
- 3) металлические, литые, пластмассовые
- 4) паяные, полимеризованные, литые

98. Формы промежуточной части мостовидного протеза

- 1) касательная, с гирляндой, промывная
- 2) промывная, касательная, диаторическая
- 3) промывная, касательная, седловидная
- 4) седловидная, с гирляндой, касательная

99. Промежуточная часть в области боковых зубов верхней челюсти по отношению к десне моделируется

- 1) промывной формы
- 2) условно–касательной формы
- 3) седловидной формы
- 4) диаторической формы

100. Моделирование промежуточной части паяного мостовидного протеза производится

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) одновременно с этапом моделирования опорных коронок
- 3) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- 4) на этапе припасовки опорных коронок на модели.

1.10.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные зубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 11. Назовите материалы, используемые для получения вспомогательных оттисков, при изготовлении бюгельных протезов. Можно ли их использовать для получения рабочих оттисков? Почему?

Ситуационная задача № 12

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины.

Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 13

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз : пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс

комплексной лечебно – профилактической терапии.

Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 14

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку.

Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

Ситуационная задача № 15

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет. Группа ДЗ подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить ?

Ситуационная задача № 16

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача- стоматолога. (Группа – ДЗ). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании :

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;

проведена оценка степени подвижности зубов;

определена глубина пародонтальных карманов;

заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

Ситуационная задача № 17

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съёмной цельнолитой шиной.

Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

К какой диспансерной группе относится данный больной?

7. Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?
8. Какова периодичность системного обследования данного пациента?

Ситуационная задача № 18

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

Укажите группу диспансеризации данной пациентки.

7. Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.
8. Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?

Ситуационная задача № 19

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока.

Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАВЕРШИВШИХ ИЗУЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

2.1. Задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

1. Препарирование полостей под вкладки (инлей, онлей, оверлей).
2. Определение и регистрация центральной окклюзии.
3. Чтение рентгенограмм, ортопантограмм, визиограмм.
4. Планирование конструкции бюгельного протеза на гипсовых моделях.
5. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей.
6. Пальпаторное исследование ВНЧС.
7. Наложение и коррекция боксёрских капп.
8. Изучение гипсовых моделей челюстей в параллелометре для определения объёма и мест препарирования зубов для кламмерной фиксации.
9. Припасовка и наложение бюгельных протезов.
10. Изготовление индивидуальных ложек при дефектах зубных рядов.
11. Припасовка и наложение съёмного пластиночного протеза при частичном отсутствии зубов.
12. Снятие слепков (оттисков) альгинатными и силиконовыми массами при ложных суставах и неправильно сросшихся переломах челюстей с сохранёнными зубными рядами и при частичной или полной утрате зубов.
13. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению (выравнивание протетической плоскости методами сошлифовывания суперконтактов и укорочения зубов).
14. Препарирование зубов при применении индивидуальных литых штифтово-культевых вкладок.
15. Препарирование зубов при применении цельнолитых, металлокерамических, безметалловых искусственных коронок.
16. Припасовка жестких индивидуальных ложек на беззубую верхнюю и нижнюю челюсти.
17. Временная защита препарированных зубов провизорными искусственными коронками.
18. Определение параметров артикуляции при помощи лицевых дуг и перенос их в индивидуализированный артикулятор.
19. Препарирование зубов при применении виниров.
20. Перебазировка съёмных протезов.
21. Планирование ортопедического лечения с использованием зубных имплантатов.
22. Припасовка и фиксация штифтовых конструкций.

23. Припасовка и фиксация коронок: цельнолитых, металлокерамических и безметалловых.
24. Устранение ошибок, возникших при определении центрального соотношения челюстей.
25. Провести и дать рекомендации по гигиеническим мероприятиям полости рта при наличии зубных имплантатов.
26. Определение степени подвижности зубов.
27. Препарирование зубов (с уступами различных видов) при применении цельнолитых, металлокерамических, и безметалловых коронок
28. Припасовка и фиксация адгезивных мостовидных протезов.
29. Припасовка и наложение съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
30. Припасовка и наложение съемных цельнолитых шин и шин-протезов.

2.2. Тестовые задания

2.2.1. Тестовые задания

- 1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять**
 - 1) 13,7 кв.м
 - 2) 10 кв.м
 - 3) 20 кв.м
 - 4) не менее 14 кв.м.
- 2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь**
 - 1) 10 кв.м
 - 2) 14 кв.м
 - 3) 7 10 кв.м
 - 4) 5 кв.м
 - 5) 13,7 кв.м.
- 3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть**
 - 1) оклеены обоями светлых тонов
 - 2) покрашены масляной краской светлых тонов
 - 3) побелены
 - 4) не имеет значения.
- 4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария**
 - 1) контроль качества стерилизации
 - 2) предстерилизационная очистка
 - 3) дезинфекция
 - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1

- 5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
 - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
 - 3) микроорганизмов, а также их спор
 - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
- 1) 125°C – 45 мин
 - 2) 160°C – 40 мин
 - 3) 180°C – 45 мин
 - 4) 180°C – 60 мин
 - 5) 200°C – 90 мин.
- 9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**
- 1) зеркала, изделия из стекла
 - 2) наконечники
 - 3) боры
 - 4) одноразовые шприцы
 - 5) перевязочный материал.
- 10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**
- 1) пинцет, зонд
 - 2) зеркало, зонд
 - 3) зонд, шприц
 - 4) зеркало, шприц
 - 5) ватные шарики.
- 11. Автоклавированием стерилизуются**
- 1) зеркала
 - 2) марлевые тампоны, наконечники
 - 3) одноразовый шприц
 - 4) пластмассовый шпатель
 - 5) боры.
- 12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются**
- 1) лотки
 - 2) эндодонтический инструментарий
 - 3) шовный материал
 - 4) зеркала

5) наконечники.

13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

14. После использования боры помещают в

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сушильной шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:

- 1) ВИЧ инфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- 36) зеркало, гладилка
- 37) зеркало, зонд
- 38) зеркало, пинцет
- 39) пинцет, зонд
- 40) зонд, штопфер.

17. Наконечник необходимо смазывать

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 8 раз в день
- 5) 5 раз в месяц

18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

- 21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
 - 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек
- 22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**
- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
 - 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
 - 3) для выявления болевой реакции периодонта
 - 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти
- 23. Рентгенография зубов используется для**
- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
 - 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
 - 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта
- 24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**
- 1) жевательной эффективности зубных рядов
 - 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
 - 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов
- 25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**
- 1) жевательной эффективности
 - 2) выносливости пародонта
 - 3) абсолютной силы жевательных мышц
- 26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**
- 1) межальвеолярной высоты
 - 2) анатомической коронки зуба
 - 3) клинической коронки зуба
- 27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**
- 1) с вестибулярной стороны
 - 2) с медиальной стороны
 - 3) с оральной стороны
 - 4) с дистальной стороны
 - 5) независимо от стороны, но наибольший
- 28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**
- 1) выносливость пародонта
 - 2) жевательную эффективность
 - 3) степень сохранности зубных рядов
- 29. Нормой в зубочелюстной системе является**
- 1) несущественные морфологические отклонения от оптимума
 - 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
 - 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума
 - 4) полноценное пережевывание пищи
- 30. Патологией называется**
- 1) выявленные объективные признаки болезни
 - 2) выявленные субъективные признаки болезни

- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
 - 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни
- 31. Диагноз – это**
- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
 - 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
 - 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенезе заболевания
 - 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни
- 32. При изучении диагностических моделей важна информация о**
- 1) соотношении зубных рядов
 - 2) форме зубных рядов
 - 3) характере смыкания передних зубов
 - 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
 - 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
 - 6) все перечисленное
- 33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**
- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
 - 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
 - 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии
- 34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**
- 1) факторы, отягощающие течение болезни
 - 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**
- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
 - 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
 - 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению
- 36. По назначению искусственные коронки бывают**
- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
 - 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 37. По конструкции различают искусственные коронки**
- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
 - 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
 - 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми
- 38. Провизорными называют коронки**
- 1) защитные
 - 2) постоянные
 - 3) временные

4) 1 2

5) 1 3

39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть

- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
- 4) паяными, полимеризованными, литыми

40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются

- 1) изменение цвета эмали
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) острый периодонтит
- 4) заболевания слизистой оболочки полости рта

41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются

- 1) атрофия костной ткани лунки на $\frac{2}{3}$ длины корня
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) некачественно запломбированный канал корня
- 4) разрушение коронковой части зуба более чем на $\frac{1}{2}$

42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют

- 1) карборундовые фасонные головки
- 2) металлические сепарационные диски
- 3) вулканические диски
- 4) карборундовые круги

43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо

- 1) создать экватор на искусственной коронке
- 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
- 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
- 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами

44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на

- 1) 1,5 мм
- 2) 1,0 мм
- 3) 0,5–0,6 мм
- 4) 0,2 – 0,3 мм
- 5) минимально, почти на уровне десны

2) время спекания

3) центрифугирование

4) температура спекания

45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид

- 1) цилиндра
- 2) конуса
- 3) усеченного конуса
- 4) обратноусеченного конуса

46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо

- 1) провести пескоструйную обработку
- 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
- 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку

47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
- 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба

48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее

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

49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет

- 1) $2 - 4^{\circ}$
- 2) $5 - 10^{\circ}$
- 3) $10 - 15^{\circ}$
- 4) $15 - 20^{\circ}$

50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарировывают

- 1) с циркулярным уступом
- 2) с вестибулярным уступом
- 3) без уступа

51. Укажите искусственные коронки, при протезировании которыми целесообразно препарирование с формированием уступа в пришеечной области опорных зубов

- 1) штампованная коронка
- 2) экваторная литая коронка
- 3) фарфоровая коронка
- 4) пластмассовая коронка
- 5) экваторная штампованная коронка
- 6) литая комбинированная коронка

52. Укажите виды искусственных коронок, при изготовлении которых применяется разборная комбинированная модель

- 1) фарфоровая коронка
- 2) пластмассовая коронка
- 3) штампованная коронка
- 4) цельнолитая коронка
- 5) штампованная комбинированная
- 6) металлокерамическая

53. При протезировании цельнолитыми, металлокерамическими и металлопластмассовыми коронками для получения рабочего оттиска применяют

- 1) гипс
- 2) термомассы
- 3) альгинатные материалы

- 4) силиконовые материалы
 - 5) полисульфидные материалы
 - 6) цинкооксидэвгеноловые материалы
 - 7) полиэфирные материалы
- 54. Механохимическое расширение десневых бороздок перед получением двухфазного оттиска проводят с помощью хлопчатобумажных нитей или ретракционных колеи, пропитанных растворами**
- 1) ортофосфорной кислоты
 - 2) алюмокалиевых квасцов
 - 3) гидроокиси кальция
 - 4) гидрохлорида эфедрина
 - 5) трихлоруксусной кислоты
 - 6) 0,05 – 0,1% раствора галозолина
- 55. Причинами появления пор в отображении препарированного зуба при получении двухфазных оттисков могут являться**
- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
 - 2) плохое проведение ретракции десны
 - 3) получение оттиска с компрессией
 - 4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое
- 56. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухфазном оттиске может быть обусловлено**
- 1) плохо проведенной ретракцией десны
 - 2) недостаточным высушиванием протезного ложа
 - 3) недостаточным высушиванием базисного слоя оттиска
 - 4) низкой текучестью корригирующего слоя
 - 5) неравномерным распределением корригирующей массы в базисном слое
- 57. Эффект «широкой» литой коронки возникает**
- 1) при усадке оттискного материала
 - 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
 - 3) при моделировании колпачка только с помощью адапты без уточнения пришеечной области воском
 - 4) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки зуба
- 58. Эффект «узкой» литой коронки возможен**
- 1) при усадке оттискного материала
 - 2) при гравировке пришеечной части гипсового штампа
 - 3) при нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
 - 4) при использовании очень тонкого слоя компенсационного лака
 - 5) при моделировке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава
- 59. Литые коронки изготавливают из**
- 1) нержавеющей стали
 - 2) кобальтохромового сплава
 - 3) сплава золота 750 й пробы
 - 4) сплава золота 900 й пробы
 - 5) серебряно палладиевого сплава
- 60. Особенности препарирования зуба под металлокерамическую коронку**
- 1) параллельность вертикальных стенок коронки зуба

- 2) отсутствие уступа в пришеечной области зуба
- 3) препарирование уступа в пришеечной области зуба
- 4) конусообразность коронки препарированного зуба

61. При частичном отсутствии зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов

- 1) наклоненные и перемещенные в сторону дефекта
- 2) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки
- 3) имеющие или не имеющие соседних зубов
- 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа)

62. К четвертому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

63. К первому классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) односторонний включенный дефект в боковом отделе
- 5) двухсторонний дефект в боковом отделе

64. К третьему классу дефектов зубных рядов по Э. Кеннеди относится

- 1) односторонний концевой дефект
- 2) двухсторонний концевой дефект
- 3) включенный дефект в переднем отделе
- 4) включенный дефект в боковом отделе

65. Количество типов соотношения зубных рядов при частичной адентии по классификации А.И. Бетельмана

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 4;
- 4) 5.

66. К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

67. Ко 2 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

68. К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар;
- 4) беззубые челюсти.

69. К основным параметрам функциональной ценности зуба относятся

- 1) воспаление десны и цвет зуба
- 2) цвет и размер зуба
- 3) атрофия кости и подвижность зуба
- 4) подвижность зуба и зубные отложения
- 5) зубные отложения и воспаление десны

70. Выделите из перечисленных симптомов субъективные

- 1) боль при жевании
- 2) обнажение шейки зуба
- 3) чувство оскомина
- 4) увеличение подвижности зуба

71. К методам объективного обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) перкуссия
- 4) пальпация
- 5) инструментальное обследование
- 6) заполнение паспортной части истории болезни

72. К клиническим методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) опрос
- 2) осмотр
- 3) реография
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) электромиография
- 8) зондирование

73. К параклиническим (дополнительным) методам обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии относятся

- 1) сбор анамнеза
- 2) реография
- 3) осмотр
- 4) жевательные пробы
- 5) перкуссия, пальпация
- 6) рентгенография зубов
- 7) телерентгенография
- 8) электромиография
- 9) зондирование
- 10) изучение диагностических моделей

74. История болезни является документом

- 1) статистическим
 - 2) медицинским
 - 3) юридическим
- 75. Выделите из перечисленных симптомов объективные**
- 1) боль при жевании
 - 2) обнажение шейки зуба
 - 3) чувство оскомины
 - 4) увеличение подвижности зуба
- 76. Диагностические модели необходимы для**
- 1) антропометрических измерений
 - 2) определения наклона коронки зуба
 - 3) контроля эффективности лечения
 - 4) уточнения характера смыкания зубных рядов
 - 5) уточнения конструктивных особенностей зубных протезов
- 77. Выделите из перечисленных симптомов субъективные**
- 1) зуд десен
 - 2) боль при жевании
 - 3) увеличение подвижности зубов
 - 4) задержка пищи между зубами
 - 5) повышенная чувствительность к термическим раздражителям
- 78. Оздоровительная (санационная) подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) исправления положения отдельных зубов
 - 4) лечения заболеваний слизистой оболочки
 - 5) удаления рубцов по переходной складке
 - 6) удаления острых костных выступов на альвеолярном отростке
- 79. Специальная терапевтическая подготовка полости рта пациентов к ортопедическому лечению складывается из**
- 1) лечения больных зубов
 - 2) удаления зубных отложений
 - 3) депульпирования зубов, подлежащих значительному сошлифовыванию
 - 4) перепломбировки каналов корней зубов, подлежащих протезированию
 - 5) депульпирования наклоненных, аномалийно расположенных зубов
 - 6) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней
- 80. Методы исследования твёрдых тканей зубов включают**
- 37) зондирование
 - 38) перкуссия
 - 39) пальпация
 - 40) дентальная рентгенография
 - 41) электроодонтодиагностика
 - 42) окклюдозография
 - 43) тензометрия
 - 44) реография
 - 45) термометрия
- 81. Применение несъемных мостовидных протезов возможно при наличии в зубном ряду дефектов**
- 1) односторонних дистально не ограниченных (концевых)
 - 2) дистально ограниченных (включенных) в переднем отделе зубного ряда
 - 3) дистально ограниченных (включенных) в боковых отделах зубного ряда
 - 4) двусторонних дистально не ограниченных (концевых)

- 82. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции мостовидного протеза зависит от**
- 1) топографии дефекта зубного ряда
 - 2) протяженности дефекта зубного ряда
 - 3) состояния зубов антагонистов
 - 4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект
- 83. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают**
- 1) состояние пародонта опорных зубов
 - 2) топографию дефекта зубного ряда
 - 3) величину дефекта зубного ряда
 - 4) анатомическую форму опорных зубов
 - 5) состояние пародонта зубов антагонистов
 - 6) абсолютную силу жевательных мышц
- 84. Противопоказания к изготовлению консольного мостовидного протеза**
- 1) прогенический прикус
 - 2) подвижность опорных зубов
 - 3) большое количество опорных зубов
 - 4) дистально не ограниченный (концевой) дефект
 - 5) большая протяженность дефекта зубного ряда
- 85. Положительными качествами мостовидных протезов являются**
- 1) высокая гигиеничность
 - 2) необходимость препарирования зубов
 - 3) высокая жевательная эффективность
 - 4) небольшие размеры
 - 5) обеспечение пациенту характера жевания, приближенного к естественному
- 86. В качестве опор для мостовидных протезов используют**
- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом
 - 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки
 - 3) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами
 - 13) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоворхушечных тканях
 - 14) корни зубов с хорошо запломбированными корневыми каналами без признаков протекающего воспаления
- 87. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны**
- 1) отсутствие пор на поверхности отпечатка протезного ложа
 - 2) точность отображения переходной складки
 - 3) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа
 - 4) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба
 - 5) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов
- 88. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере**
- 1) от одного до четырех резцов
 - 2) резцов и клыка
 - 3) клыка и премоляра
 - 4) премоляров
 - 5) двух премоляров и одного моляра
- 89. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным моментом является**
- 1) низкие эстетические качества протеза

- 2) необходимость депульпирования опорного зуба
 - 3) наличие опрокидывающего действия на опорный зуб
 - 4) функциональная перегрузка опорного зуба
- 90. Клиническими этапами протезирования паяными мостовидными протезами являются**
- 1) шлифовка и полировка протеза
 - 2) обследование пациента, анестезия, препарирование опорных зубов
 - 3) получение оттисков для изготовления опорных коронок
 - 4) загипсовка моделей в окклюдатор
 - 5) припасовка опорных коронок, получение оттисков
 - 6) моделирование промежуточной части протеза
 - 7) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом
 - 8) изготовление рабочей и вспомогательной моделей челюстей
 - 9) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом
- 91. Этап припасовки паяного мостовидного протеза включает проверку**
- 1) окклюзионных контактов
 - 2) подвижности опорных зубов
 - 3) качества мостовидного протеза на гипсовой модели
 - 4) контактных пунктов
 - 5) глубины погружения коронок в зубодесневой желобок
 - 6) соотношения промежуточной части протеза и десны
 - 7) плотности прилегания опорных коронок в области шеек зубов
- 92. К возможным осложнениям мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся**
- 1) окисление припоя
 - 2) быстрое истирание зубов антагонистов
 - 3) возникновение микротоков
 - 4) низкая жевательная эффективность
 - 5) привкус металла в полости рта
- 93. Возможные осложнения при использовании металлокерамическими мостовидными протезами**
- 1) откол облицовки
 - 2) быстрое истирание облицовки
 - 3) изменение цвета облицовки
 - 4) повышенное стирание зубов антагонистов
- 94. Показания к протезированию пациентов с дефектами зубных рядов мостовидными протезами определяются**
- 1) желанием пациента
 - 2) состоянием пародонта опорных зубов
 - 3) величиной и топографией дефекта
 - 4) формой коронок опорных зубов
 - 5) видом прикуса
- 95. Клинически мостовидные протезы перед фиксацией оцениваются по следующим показателям**
- 1) легкость наложения на культю опорных зубов
 - 2) отсутствие преждевременных контактов
 - 3) правильность моделирования тела протеза относительно десны беззубой альвеолярной части (промывная, касательная)
 - 4) точность воспроизведения окклюзионных поверхностей искусственных зубов
 - 5) погружение края фиксирующих коронок на 0,2–0,3 мм в десневую бороздку по всему периметру шеек зубов
- 96. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является**

- 1) необходимость депульпирования опорных зубов
 - 2) препарирование большого количества опорных зубов
 - 3) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
 - 4) сошлифовывание большого количества твердых тканей опорных зубов
 - 5) неудовлетворительные эстетические качества
- 97. По способу изготовления мостовидные протезы классифицируются на**
- 1) металлические, неметаллические, комбинированные
 - 2) пластмассовые, паяные, комбинированные
 - 3) металлические, литые, пластмассовые
 - 4) паяные, полимеризованные, литые
- 98. Формы промежуточной части мостовидного протеза**
- 1) касательная, с гирляндой, промывная
 - 2) промывная, касательная, диаторическая
 - 3) промывная, касательная, седловидная
 - 4) седловидная, с гирляндой, касательная
- 99. Промежуточная часть в области боковых зубов верхней челюсти по отношению к десне моделируется**
- 1) промывной формы
 - 2) условно–касательной формы
 - 3) седловидной формы
 - 4) диаторической формы
- 100. Моделирование промежуточной части паяного мостовидного протеза производится**
- 1) перед моделированием опорных коронок
 - 2) одновременно с этапом моделирования опорных коронок
 - 3) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
 - 4) на этапе припасовки опорных коронок на модели.

2.3. Тематика контрольных вопросов государственной итоговой аттестации

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Основные качественные и количественные показатели работы врача-ортопеда и ортопедического отделения в целом. Профилактическая направленность в деятельности ортопедических отделений.
2. Организация работы врача-стоматолога на ортопедическом приеме. Учетно-отчетная и финансовая документация. Оценка деятельности врача - ортопеда.
3. Методы обследования ортопедических больных.
4. ВИЧ — инфекция на ортопедическом приеме. Меры предупреждения.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти — окклюзаторы и артикуляторы. Правила работы с ними.
6. Классификация зубных протезов. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций протезов.

7. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки. Их значение при лечении съёмными конструкциями протезов.
8. Изменения в зубочелюстной системе с частичными дефектами зубных рядов. Патогенез. Клиника. Методы профилактики
9. Методы определения центрального соотношения челюстей при I, II и III типах дефектов по Бетельману
10. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клиничко-лабораторных этапов изготовления.
11. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок.
12. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клиничко-лабораторных этапов изготовления.
13. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок. Последовательность клиничко—лабораторных этапов изготовления металлических штампованных коронок.
14. Эстетические конструкции искусственных коронок. Их разновидности. Показания к применению.
15. Технология изготовления безметалловых конструкций протезов.
16. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъёмными протезами. Особенности препарирования зубов, клиничко-лабораторные этапы изготовления.
17. Отсутствие коронки зуба. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов. Клиничко-лабораторные этапы лечения штифтовыми конструкциями.
18. Показания к использованию и сохранению корней при ортопедическом лечении. Типы корней. Разновидности штифтовых конструкций.
19. Показания к лечению цельнолитыми мостовидными протезами. Особенности препарирования зубов. Методика получения двойного уточненного слепка. Клиничко-лабораторные этапы их изготовления
20. Клинические и технологические особенности лечения комбинированными зубными протезами.
21. Системы фиксации бюгельных протезов. Характеристика балочной, телескопической, замковой систем фиксации. Показания к применению.
22. Период адаптации к зубным протезам. Наставления больному.

23. Врачебные и технологические ошибки при лечении съемными протезами при частичном отсутствии зубов.
24. Пародонт. Морфо-функциональное строение и биомеханика пародонта.
25. Непосредственное протезирование. Конструкции имедиат-протезов. Показания. Методы изготовления.
26. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Локализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
27. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Генерализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
28. Деформации зубных рядов и прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
29. Виды и методы имплантации.
30. Имплантат. Определение. Конструктивные особенности основных видов имплантатов. Требования к конструкционным материалам Эстетика в ортопедической стоматологии.
31. Реализация эстетических закономерностей в конструировании съемных зубных протезов.
32. Влияние съемных пластиночных протезов на ткани протезного ложа. Клинические проявления стоматитов. Дифференциальная диагностика, онкологическая настороженность. Лечение. Профилактика.
33. Особенности строения и функции ВНЧС.
34. Методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
35. Методы ортопедического и комплексного лечения при заболеваниях ВНЧС
36. Избирательное пришлифование зубов как первый этап ортопедического лечения в комплексном лечении заболевания пародонта. Цель и задачи избирательного пришлифовывания. Методика проведения. Осложнения.
37. Кламмер. Виды кламмеров и их составные части. Роль кламмеров при распределении жевательного давления.
38. Особенности ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты и мини-имплантаты.
39. Особенности ортопедического лечения при хронических заболеваниях слизистой оболочки. Материалы.
40. Гальваноз. Клиника, диагностика, лечение.