Зачет второго семестра для ординаторов
по специальности стоматология ортопедическая

Экзаменационный билет № 1

1. Ошибки при протезировании больных с полной потерей зубов.
2. Особенности препарирования зубов под различные конструкции несъемных протезов. Реакция пульпы, пародонта и организма на препарирование.
3. Особенности моделирования и способы литья каркаса мостовидного протеза. Механическая и химическая обработка протеза.

Экзаменационный билет № 2

1. Технология комбинированной коронки.
2. Типы искусственных коронок, их характеристика, Последовательность клинических и лабораторных приемов протезирования комбинированной коронкой.
3. Несъемные и съемные шины и шины-протезы. Сравнительная характеристика. Показания к применению.

Экзаменационный билет № 3

1. Профилактика маргинальных протетических пародонтитов при протезировании несъемными конструкциям протезов.
2. Последовательность клинических и лабораторных приемов при протезировании частичными съемными протезами.
3. Особенности постановки зубов при верхней и нижней прогнатии, прямом и перекрестном соотношении беззубых челюстей.

Экзаменационный билет № 4

1. Конструкция мостовидных протезов с точки зрения биомеханики, гигиены, эстетики. Элементы мостовидного протеза, требования, предъявляемые к промежуточной части.
2. Выбор опорных зубов при протезировании мостовидными протезами. Ориентировочный расчет нагрузки на опорные зубы и способы разгрузки их пародонта.
3. Особенности постановки зубов при верхней и нижней прогнатии, прямом и перекрестном соотношении беззубых челюстей.

Экзаменационный билет № 5

1. Оценка качества полных съемных протезов.
2. Реакция тканей протезного ложа на полные съемные протезы.
3. Оценка эффективности ближайших и отдаленных результатов протезирования полными съемными протезами.

Экзаменационный билет № 6

1. Особенности препарирования зубов под различные конструкции несъемных протезов. Реакция пульпы, пародонта и организма на препарирование.
2. Особенности адаптации при протезировании полными съемными протезами. Факторы, влияющие на нее.
3. Типы искусственных коронок, их характеристика. Технология керамической коронки.

Экзаменационный билет № 7

1. Характеристика металлических сплавов, применяемых в ортопедической стоматологии.
2. Получение восковых базисов с окклюзионными валиками.
3. Зубной протез как лечебное и профилактическое средство.

Экзаменационный билет № 8

1. Типы искусственных коронок, их характеристика, Последовательность клинических и лабораторных приемов протезирования комбинированной коронкой.
2. Режим полимеризации пластмассы. Последствия его нарушений, виды пористости пластмасс, внутренние напряжения. Методы полимеризации пластмассы.
3. Последовательность протезирования мостовидными протезами.

Экзаменационный билет № 9

1. Индивидуальные ложки. Способы их получения.
2. Протезирование зубов полимерными и комбинированными коронками. Особенности препарирования зубов под коронки и получения оттисков
3. Реставрация (реконструкция) съемных пластиночных протезов (трещина, перелом базиса, добавление искусственных зубов, кламмеров).

Экзаменационный билет № 10

1. Методы конструирования искусственных зубных рядов при полной потере зубов.
2. Биомеханические основы шинирования. Типы иммобилизации зубов.
3. Технология полимерного базиса съемного протеза. Отделка; шлифование и полирование протезов.

Экзаменационный билет № 11

1. Границы базиса полных съемных протезов и их значение для фиксации.
2. Показания к применению временных шин. Требования, предъявляемые к ним. Материалы, применяемые при временном шинировании зубов.
3. Современные способы фиксации съемных протезов: замковые крепления, телескопические коронки, балочная (штанговая) система.

Экзаменационный билет № 12

1. Технология литой металлической коронки.

2. Особенности постановки зубов при верхней и нижней прогнатии, прямом и перекрестном соотношении беззубых челюстей.
3. Параллелометрия при планировании шинирующих аппаратов и протезов, показания к их применению.

Экзаменационный билет № 13

1. Конструкция мостовидных протезов с точки зрения биомеханики, гигиены, эстетики. Элементы мостовидного протеза, требования, предъявляемые к промежуточной части.
2. Типы искусственных коронок, их характеристика. Технология керамической коронки.
3. Привыкание к съемным протезам. Причины нарушения адаптации больного к протезам. Методика коррекции протезов.

Экзаменационный билет № 14

1. Технология цельнолитого мостовидного протеза.
2. Конструкция мостовидных протезов с точки зрения биомеханики, гигиены, эстетики. Элементы мостовидного протеза, требования, предъявляемые к промежуточной части.
3. Проверка конструкции протеза. Возможные ошибки, выявленные при проверке центрального соотношения челюстей, их признаки и методы устранения.

Экзаменационный билет № 15

1. Показания к применению искусственных коронок. Требования, предъявляемые к металлическим коронкам.
2. Показания к применению полимерных коронок. Последовательность этапов протезирования ими.
3. Оценка качества полных съемных протезов

Экзаменационный билет № 16

1. Особенности препарирования зубов под различные конструкции несъемных протезов. Реакция пульпы, пародонта и организма на препарирование.
2. Технология фарфоровой коронки.
3. Особенности повторного протезирования больных с полным отсутствием зубов.

Экзаменационный билет № 17

1. Правила получения восковых шаблонов при полном отсутствии зубов.
2. Типы искусственных коронок, их характеристика. Технология керамической коронки.
3. Привыкание к съемным протезам. Причины нарушения адаптации больного к протезам. Методика коррекции протезов.

Экзаменационный билет № 18

1. Типы искусственных коронок, их характеристика. Технология керамической коронки.
2. Дуговые (бюгельеые) протезы, их характеристика составные элементы. Показания к применению.
3. Технология металлокерамической коронки и мостовидного протеза.

Экзаменационный билет № 19

1. Ошибки при протезировании мостовидными конструкциями, их причины и способы устранения.
2. Последовательность протезирования мостовидными протезами.
3. Элементы современного съемного протеза, их назначение.

Экзаменационный билет № 20

1. Реставрация (реконструкция) съемных пластиночных протезов (трещина, перелом базиса, добавление искусственных зубов, кламмеров).
2. Специальная подготовка к протезированию при полном отсутствии зубов.
3. Окончательное моделирование воскового базиса съемного пластиночного протеза. Методы гипсования моделей челюстей в кюветы.

125. Для литых коронок используются:
1) нержавеющая сталь;
2) золотой сплав 750 пробы;
3) кобальтохромовый сплав;
4) серебряно-палладиевый сплав;
5) 2+3+4.

126. При изготовлении металлокерамической коронки, керамическую массу наносят на:
1) штампованный металлический колпачок;
2) литой металлический колпачок из КХС;
3) золото-платиновый колпачок;
4) штампик из огнеупорного материала;
5) 2+3.

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

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

129. Проверка металлокерамической коронки в полости рта включает:
1) оценку анатомической формы и цвета коронки;
2) проверку окклюзионных и межзубных контактов;
3) 1+2.

130. Мостовидные протезы показаны для замещения дефектов зубных рядов:
1) малых и средних включенных дефектов (2-3 зуба);
2) концевых дефектов;
3) в переднем отделе при отсутствии 4 резцов;
4) 1+3;
5) 1+2+3.

131. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают:
1) топографию дефекта зубного ряда;
2) состояние пародонта зубов - антагонистов;
3) протяженность дефекта зубного ряда;
4) абсолютную силу жевательных мышц;
5) анатомическую форму зубов;
6) состояние пародонта опорных зубов;
7) 1+3+6;
8) 1+2.

132. Выбор количества опорных зубов при планировании мостовидного протеза зависит от:
1) состояния пародонта зубов - антагонистов;
2) топографии дефекта зубного ряда;
3) протяженности дефекта зубного ряда;
4) состояния пародонта зубов, ограничивающих дефект;
5) материала и типа протеза;
6) 2+3+4;
7) 2+3+4+5.

133. Опорными элементами несъемных мостовидных протезов могут быть:
1) полные коронки (штампованные, литые);
2) телескопические коронки;
3) коронки на искусственной культе со штифтом;
4) замковые крепления;
5) вкладки;
6) 1+3+5;
7) 1+2+3+5.

134. Гипсовые модели челюстей возможно составить в положении центральной окклюзии без применения восковых шаблонов с прикусными валиками, если:

1) есть пары антагонирующих зубов находятся только с правой или левой стороны челюсти;
2) есть пары антагонирующих зубов, расположенных по вершинам равностороннего треугольника;
3) есть зубы на обеих или одной из челюстей, но они не антагонируют.

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

136. Противопоказания к применению мостовидного протеза с односторонней опорой:
1)подвижность опорных зубов;
2) концевой дефект;
3) повышенную стираемость опорных зубов;
4) аномальный прикус;
5) большая протяженность включенного дефекта зубного ряда;
6) 1+2+5;
7) 1+2+3+4+5.

137. Тело мостовидного протеза должно иметь в переднем отделе:
1) касательную форму;
2) висячую форму с промывным пространством;
3) может быть любой формы.

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

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

140. Для литых мостовидных протезов используются сплавы:
1) золота 900 пробы;
2) золота 750 пробы;
3) кобальта и хрома;
4) нержавеющую сталь;
5) 2+3;
6) 1+2+3+4.

141. Каркас металлокерамического мостовидного протеза получают из:
1) золота 900 пробы;
2) золота 750 пробы;
3) нержавеющей стали;
4) кобальта и хрома;
5) 2+4;
6) 1+2+3+4.

142. Полирование мостовидных протезов проводится с помощью:
1) полировочной пасты;
2) шлифовальных эластичных кругов;
3) щетинных и нитяных щеток;
4) войлочных фильцев;
5) 1+2+3;
6) 1+2+3+4.

143. Для временной фиксации мостовидных протезов применяют:
1) акрилоксид;
2) провикол;
3) цемент Висфат;
4) цемент Силидонт;
5) цинкоксидэвгеноловую пасту;
6) 2+5.

144. Для постоянной фиксации мостовидных протезов применяют:
1) цинкоксидэвгеноловую пасту;
2) цемент Адгезор;
3) искусственный дентин;
4) цемент Силидонт;
5) цемент Унифас;
6) стеклоиномерный цемент;
7) 2+5+6.

145. Возможные осложнения при пользовании металлоакриловыми мостовидными протезами:
1) откол облицовки;
2) изменения цвета облицовки;
3) стирание облицовки;
4) повышенная стираемость зубов – антагонистов;
5) 1+2+3;
6) 1+4.

146. К недостаткам паяных мостовидных протезов относят:
– наличие паяного шва;
– электрохимическое воздействие припоя;
– поломку протеза по линии пайки;
– почернение по линии соединения элементов;
– 2+3+4;
– 1+3+4;
– 2+5.

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

1. увеличение числа опорных зубов;
2. уменьшение площади жевательной поверхности промежуточной части мостовидного протеза;
3. моделирование зубов с меньшим коэффициентом жевательной эффективности;
4. моделирование невыраженных бугорков;
5. 1+2;
6. 1+2+3+4.

148. Преимущества мостовидных протезов перед частичными съемными пластиночными протезами:

1) максимальное восстановление жевательной эффективности;
2) надежная фиксация протезов;
3) быстрая адаптация к протезу;
4) минимальные размеры протеза;
5) 1+2+3;
6) 1+2+3+4.

149. Ошибкой при протезировании мостовидными протезами следует считать:

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

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

1) изменения вкусовой чувствительности;
2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта;
3) поражение кожи;
4) отек губ, щек, языка;
5) постоянное чувство жжения;
6) сухость полости рта;
7) обложенность, гиперемия, увеличение языка;
8) повышенная вязкость слюны;
9) все перечисленное.

151. Частичная потеря зубов приводит:

1) к гипертрофии альвеолярной части (отростка);
2) к деформациям окклюзионной поверхности зубных рядов;
3) к блокированию и необычности движений нижней челюсти;
4) к макроглоссии, гиперсаливации;
5) 1+2+3.

152. Постановка диагноза осуществляется на основе изучения:

1) жалоб пациента, осмотра лица и полости рта;
2) диагностических моделей челюстей;

3) внутриротовых рентгенограмм зубов, ортопантомограмм и телерентгенограмм;
4) мастикациографии и гнатодинамометрии;
5) 1+2+3+4.

153. Выбор количества опорных зубов для фиксации частичных съемных протезов зависит от:
1) состояния пародонта зубов-антагонистов;
2) топографии дефекта зубного ряда;
3) протяженности дефекта зубного ряда;
4) состояния пародонта опорных зубов;
5) от материала и типа протеза;
6) 2+3+4;
7) 2+3+4+5.

154. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является:
1. анатомический;
2. анатомо-функциональный;
3. антропометрический.

155. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации:
1) устойчивость зубов;
2) отсутствие хронического воспалительного околоверхушечного очага;
3) выраженная анатомическая форма;
4) все перечисленное.

156. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам:
1) площадь базиса протеза;
2) психосоматические особенности пациента;
3) толщина базиса протеза;
4) особенности конструирования искусственных зубных рядов;
5) метод фиксации съемного протеза;
6) 1+3+5;
7) 1+2+3+4+5.

157. Проверка конструкции пластиночного протеза включает в себя:
1) оценку рабочих моделей челюсти;
2) оценки конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе;
3) оценку репродукции протеза в полости рта;
4) 1+2+3.

158. Фиксация частичных съемных протезов осуществляется за счет:
1) адгезии базиса протеза;
2) анатомической ретенции и стабилизации;
3) механических приспособлений;
4) использования имплантатов;
5) применения поднадкостничных магнитов;
6) 1+2+3+4;
7) 1+2+3+4+5.

159. Постановку искусственных зубов на приточке проводят:
при короткой верхней губе;

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

160. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:
1. диагональное;
2. сагиттальное;
3. поперечное.

161. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти:
1) диагональное;
2) сагиттальное;
3) поперечное.

162. Свободное наложение съемного пластиночного протеза бывает затруднено из-за:
1) дефектов рабочей поверхности гипсовой модели;
2) дефектов базиса протеза;
3) вследствие помех в области экватора сохранившихся зубов;
4) отсутствия изоляции в области экзостозов и небного валика;
5) 1+3+4;
6) 1+2+3+4.

163. Преимущества пластмассовых искусственных зубов перед фарфоровыми проявляются в:
1) большей твердости;
2) надежном соединении с базисом протеза;
3) возможности поставить зубы на приточке;
4) возможности поставить зубы при глубоком прикусе;
5) более легкой коррекции окклюзионной поверхности;
6) высокой цветостойкости;
7) 2+3+4+5;
8) 1+2+4+6.

164. Для реставрации пластиночного протеза необходимо получить оттиск вместе с ним при:
1) переломе базиса;
2) трещине в базисе;
3) отломе кламмера;
4) добавлении искусственного зуба;
5) реставрации краев базиса протеза;
6) 1+2;
7) 3+4+5;
8) 1+2+3+4+5.

165. Показания к непосредственному протезированию:
1) множественный кариес;
2) удаление передних зубов;
3) деформация зубных рядов;

4) повышенная стираемость зубов.

166. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы готовят:
1) до операции;
2) через 5-7 дней после удаления зуба;
3) через 2 недели после удаления зуба.

167. При непосредственном протезировании и подготовке альвеолярного гребня на модели верхней челюсти в переднем участке гипс гравируют:
1) с вестибулярной стороны;
2) с оральной стороны;
3) с вестибулярной и оральной стороны;
4) не гравируют.

168. Применение непосредственных протезов позволяет:
1. сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих межальвеолярную высоту;
2. ускорить репаративные процессы альвеолярных частей;
3. предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов;
4. восстановить речь, функцию жевания;
5. устранить эстетические дефекты;
6. 1+2+3;
7. 2+4+5;
8. 1+2+3+4+5.

169. Виды съемных зубных протезов, где жевательное давление передается вертикально по оси опорного зуба и слизистую оболочку:
1) пластиночный протез с удерживающими кламмерами;
2) съемный малый седловидный протез;
3) дуговой протез;
4) 1+2;
5) 2+3.

170. Факторы, влияющие на длительность периода адаптации к съемным пластиночным протезам:
1) площадь базиса протеза;
2) индивидуальные особенности пациента;
3) толщина базиса протеза;
4) особенности конструирования зубных рядов;
5) метод фиксации протеза;
6) 1+2+3+4+5;
7) 1+3+5.

171. Первая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И.Гаврилову:
1) реакция на протез как на необычный раздражитель;
2) рефлекторная перестройка деятельности мышц и суставов.

172. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассовый, используют следующие способы гипсовки моделей в кювету:
1) прямой способ;
2) перекрестный способ;
3) обратный способ;

4) дублированный способ;
5) комбинированный способ;
6) 1+3+5;
7) 1+2+3+4+5.

173. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твердое происходит за счет:
1) кристаллизации;
2) полимеризации;
3) вулканизации.

174. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:
1) трещин;
2) газовой пористости;
3) гранулярной пористости.

175. При полимеризации пластмассы быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:
1) трещин;
2) газовой пористости;
3) гранулярной пористости.

176. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до:
1) 20%-30%;
2) 50%-70%;
3) 70%-90%;
4) 90%-100%.

177. Пациент назначается на контрольный осмотр после наложения съемного пластиночного протеза:
1. по мере возникновения боли;
2. на следующий день после наложения протеза;
3. через неделю после наложения протеза.

178. При наличии сильной боли перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется:
12. не снимать протез до посещения врача;
13. не пользоваться протезом, но надеть его за 3-4 часа перед коррекцией;
14. снять протез до посещения врача.

179. Лечение протетического стоматита включает:
1) замену протеза;
2) десенсибилизирующую терапию;
3) назначение витаминов А, Е, С;
4) обильное питье;
5) назначение мочегонных препаратов;
6) 1+2+3;
7) 1+2+3+4+5.

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

1. нарушение теплообмена;
2. несоответствие протеза протезному ложу;
3. изменение водородного показателя слюны;
4. наличие пластмассового базиса протеза в полости рта;
5. 3+4;
6. 1+2+3+4.

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

1) обязательно увеличить межальвеолярную высоту;
2) исключить увеличение межальвеолярной высоты;
3) применять только пластмассовые зубы;
4) использовать фарфоровые зубы;
5) полировать внутреннюю поверхность базиса протеза;
6) не полировать внутреннюю поверхность базиса протеза;
7) 1+3+6;
8) 2+4+5;
9) 1+4+6.

182. Основными элементами каркаса дугового съемного протеза являются:

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

183. Дуговой протез включает в себя:

1) искусственные зубы, базис, ответвления, опорно-удерживающие элементы;
2) дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы;
3) дугу, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы.

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

1) на периодонт опорных зубов;
2) на слизистую оболочку альвеолярных частей;
3) на височно-нижнечелюстной сустав;
4) 1+2.

185. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом:

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

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

1) линия анатомического экватора;

2) разделительная линия;
3) линия десневого края.

187. Линия, соединяющая удерживающие кончики кламмеров на опорных зубах, называется:
1) диагональной;
2) экваторной;
3) кламмерной.

188. Разделительную линию, проведенную на коронке зуба, должны пересекать:
1) окклюзионная накладка;
2) удерживающее плечо кламмера;
3) когтевидный отросток.

189. Функциональное назначение дробителя нагрузки (амортизатора жевательного давления):
1) уменьшение вертикального компонента функциональной нагрузки;
2) уменьшение горизонтального компонента функциональной нагрузки;
3) уменьшение опрокидывающего эффекта;
4) 1+3;
5) 1+2+3.

190. Удерживающий кламмер состоит из:
1) плеча;
2) отростка;
3) окклюзионной накладки;
4) тела;
5) ответвления;
6) 1+2+4;
7) 1+2+4+5.

191. Опорно-удерживающий кламмер состоит из:
1) плеча (или плеч);
2) отростка;
3) окклюзионной накладки;
4) тела;
5) ответвления;
6) 1+2+3+4;
7) 1+2+3+4+5;

192. Часть опорно-удерживающего кламмера, обеспечивающая фиксацию дугового протеза при вертикальных смещениях, располагается:
– в буферной зоне;
– в окклюзионной зоне;
– в ретенционной зоне;
– в зоне безопасности.

193. Плечо удерживающего кламмера должно:
1) располагаться между экватором и десной;
2) располагаться между экватором и жевательной поверхностью;
3) прилегать к зубу в одной точке;
4) прилегать к зубу в максимальном количестве точек;

5) 1+4;
6) 2+3.

194. Окклюзионная накладка должна располагаться по отношению к оси зуба следующим образом:
1) совпадать с продольной осью зуба;
2) перпендикулярно продольной оси зуба;
3) под углом в 45º к продольной оси зуба.

195. Зона расположения удерживающей части плеча кламмера:
1) область анатомического экватора зуба;
2) окклюзионная поверхность зуба;
3) придесневая область зуба.

196. Упругость плеча кламмера зависит от:
1) материала, из которого он сделан;
2) толщины плеча кламмера;
3) длины плеча;
4) вида прикуса;
5) 1+3+4
6) 1+2+3;

197. Функциональное назначение стабилизирующейся части плеча кламмера:
1) препятствует действию сил, направленных косо под углом;
2) препятствует действию сил, направленных горизонтально;
3) препятствует смещению в вертикальном направлении;
4) удерживает зуб от смещения при вертикальном его нагружении;
5) 1+2;
6) 3+4;
7) 1+2+3+4.

198. Часть поверхности коронки зуба, расположенная между разделительной линией и десневым краем, называется:
– областью поднутрения;
– окклюзионной или опорной частью;
– ретенционной или удерживающей частью;
– зоной безопасности;
– кламмерной зоной;
– 1+2;
– 1+3.

199. При нанесении разделительной линии на гипсовой модели с помощью параллелометра кончик грифеля должен находиться на уровне:
1) клинического экватора зуба;
2) анатомического экватора зуба;
3) середины коронки зуба;
4) шейки зуба.

200. Если при изучении модели челюсти в параллелометре используют ее передний наклон, то путь наложения дугового протеза будет:
вертикальный;
вертикальный задний;

вертикальный передний.

201. Если при изучении модели челюсти в параллелометре используют ее правый боковой наклон, то путь наложения дугового протеза будет:
1) вертикальный;
2) вертикальный задний;
3) вертикальный передний;
4) со стороны противоположной наклону.

202. Применение штанговой системы крепления рекомендуется:
- если альвеолярный гребень между опорными зубами приближен к прямолинейному, а клинические коронки опорных зубов высокие;
- если альвеолярный гребень между опорными зубами неравномерно атрофирован;:
- только в переднем отделе челюстей.

203. Штанга Дольдера в сечении:
1) прямоугольная;
2) каплевидная;
3) овальная.

204. Патологическое состояние, при котором повышенную функциональную нагрузку испытывает здоровый пародонт зуба при его преждевременном контакте (на одиночной коронке):
– первичная травматическая окклюзия;
– вторичная травматическая окклюзия.

205. Травматическая окклюзия может возникнуть:
1) при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов;
2) при значительной потере зубов;
3) при глотании;
4) при жевании;
5) 1+2.

206. Ортопедическое лечение первичной травматической окклюзии направлено:
1) на профилактику заболеваний твердых тканей зуба;
2) на устранение причин, вызвавших заболевание;
3) на устранение первичного травматического синдрома;
4) на шинирование зубов с пораженным пародонтом;
5) на предупреждение функциональной перегрузки здорового пародонта;
6) 1+3+4;
7) 2+3+4+5.

207. Вторичный травматический синдром развивается вследствие:
1) воздействия неадекватной нагрузки на интактный пародонт;
2) присоединения к хронической травме воспалительного процесса;
3) воздействия адекватной нагрузки на пораженный пародонт.

208. При ортопедическом лечении травматической окклюзии важно:
1) устранить или ослабить функциональную перегрузку пародонта;
2) восстановить жевательную эффективность;

3) разгрузить зубы с наиболее пораженным пародонтом за счет зубов, у которых он лучше сохранен;
4) вернуть зубному ряду утраченное единство;
5) предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной нагрузки;
6) провести шинирование зубов и протезирование;
7) 1+2+3+4;
8) 1+3+4+5+6.

209. Необходимо выявлять и устранять преждевременные контакты зубов:
1) в центральной, задней, передней и боковых окклюзиях;
2) в передней и боковых окклюзиях;
3) в центральной и боковых окклюзиях;
4) в центральной и передней окклюзиях.

210. Наличие преждевременных контактных пунктов зубов выявляется использованием:
1. восковой пластинки;
2. артикуляционной бумаги;
3. диагностических моделей челюстей;
4. визуально;
5. записи движения нижней челюсти;
6. 1+2+3;
7. 1+2+3+4+5.

211. Показания к применению метода избирательного пришлифовывания зубов при травматической окклюзии являются:
1) множественный кариес;
2) преждевременные контакты зубов;
3) деформации зубных рядов;
4) блокада движений нижней челюсти;
5) 1+2;
6) 1+3+4;
7) 2+3+4.

212. Избирательное пришлифовывание жевательных бугорков при травматической окклюзии проводится на зубах:
1) верхней челюсти;
2) нижней челюсти;
3) верхней и нижней челюсти.

213. Возможными осложнениями при избирательном пришлифовывании зубов при травматической окклюзии являются:
1) гиперестезия твердых тканей;
2) кариес;
3) пульпит;
4) периодонтит;
5) уменьшение межальвеолярной высоты;
6) ортодонтическое перемещение зуба;
7) 1+3+5;
8) 1+2+3+5+6.

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

1) режущий край и вестибулярную поверхность нижних зубов;
2) режущий край и небную поверхность верхних зубов;
3) 1+2.

215. При травматической окклюзии устраняют преждевременные контакты избирательным пришлифовыванием зубов в:
1) центральной окклюзии;
2) боковых окклюзиях;
3) передней окклюзии;
4) задней окклюзии;
5) 1+2+3+4;
6) 1+2;
7) 2+3.

216. Лечение разлитого пародонтита:
1) общее;
2) физиотерапевтическое;
3) хирургическое;
4) терапевтическое;
5) ортопедическое;
6) 1+2+3+4+5.

217. При ортопедическом лечении травматической окклюзии применяются следующие конструкции шин:
1) съемные;
2) несъемные;
3) временные;
4) постоянные;
5) 1+2;
6) 1+2+3+4..

218. К временным шинам относятся:
1) колпачковая шина;
2) шина из панцирных накладок;
3) шина Эльбрехта;
4) круговая (вестибуло-оральная) шина из быстротвердеющей пластмассы;
5) съемная шина Ванкевич.

219. Временные шины при лечении заболеваний пародонта должны:
1) способствовать равномерному распределению жевательного давления;
2) не препятствовать консервативной терапии;
3) не травмировать слизистую оболочку десны;
4) 2+3;
5) 1+2+3.

220. При разлитом пародонтите съемная шина должна обеспечить иммобилизацию:
1) переднюю;
2) боковую;
3) круговую;
4) поперечную;
5) 3+4.

221. При использовании капповой временной шины увеличение высоты центральной окклюзии на 2 мм:
1) недопустимо;
2) возможно;
3) желательно.

222. При развившейся стадии травматической окклюзии, сопровождающей разлитой пародонтит, в шину включают:
1. зубы с патологической подвижностью 3-4 степени;
2. все зубы (круговая иммобилизация);
3. все зубы (стабилизация по дуге и поперечная иммобилизация);
4. зубы с непораженным пародонтом наряду с зубами, у которых пародонт поражен;
5. 1+2;
6. 2+3+4.

223. Моделирование воском каркаса цельнолитой шины проводят:
1) на огнеупорной модели;
2) на рабочей модели;
3) непосредственно во рту пациента;
4) 1+2.

224. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает:
1) опорно-удерживающие кламмеры и дуги;
2) пластмассовый базис с искусственными зубами;
3) металлический каркас с шинирующими элементами;
4) 1+2;
5) 2+3.

225. В качестве шинирующих элементов в дуговых протезах могут использоваться:
1) круговые кламмеры;
2) коронки;
3) когтевидные отростки;
4) непрерывные многозвеньевые кламмеры;
5) шина-каппа;
6) 2+3+4+5;
7) 1+3+4.

226. Основным фактором, ведущим к возникновению деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов и прикуса, является:
1) неравномерная и очаговая стираемость зубов;
2) частичная потеря зубов;
3) разрушение или стирание пломбировочных материалов;
4) опухоли челюстей;
5) неправильно сросшиеся переломы челюстей;
6) 1+2+3;
7) 1+2+3+4+5.

227. Клиническими признаками деформаций зубных рядов при пародонтите являются:
1) вестибулярный наклон передних зубов;
2) зубоальвеолярное укорочение зубов при перегрузке их пародонта;
3) образование трем, диастем;
4) наклон зуба в область дефекта;

5) 3+4;
6) 1+2+3+4.

228. Деформации окклюзионной поверхности зубного ряда возникает вследствие:
1) отсутствия соседних зубов и зубов-антагонистов;
2) повышенной стираемости функционирующих групп зубов и отсутствия стираемости нефункционирующих групп зубов;
3) отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов;
4) изменение положения зубов вследствие поражения пародонта;
5) 3+4;
6) 1+2+4.

229. Клиническими признаками деформации зубных рядов при пародонтите являются:
– веерообразное расхождение передних зубов;
– перемещение зубов на место отсутствующих антагонистов;
– наклон зуба в область дефекта;
– 1+2+3.

230. Ортодонтическое исправление веерообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии:
– компенсации;
– обострения;
– субкомпенсации;
– декомпенсации.

231. Какие факторы определяют степень деформации зубных рядов:
1. давность удаления зубов;
2. возраст пациента;
3. на какой челюсти было проведено удаление;
4. вид прикуса;
5. 1+2+3+4..

232. Основная цель лечения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов:
1) нормализация функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц;
2) восстановление эстетики;
3) нормализация речи;
4) выравнивание окклюзионной поверхности зубов;
5) устранение функциональной перегрузки пародонта переместившихся зубов и зубов, блокирующих движение нижней челюсти;
6) 1+4+5;
7) 4+5.

233. В каком ответе наиболее полно перечислены возможные методы лечения деформаций:
1) ортодонтический, хирургический;
2) ортопедический, ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический;
3) ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический, терапевтический.

234. Общие причины, вызывающие повышенную стираемость зубов:
1) нарушение обмена веществ, эндокринные расстройства, генетическая предрасположенность;

2) множественное кариозное поражение зубов, пародонтопатии, заболевания костной системы;
3) дефицит кальция в организме, курение, алкоголизм, постоянная механическая травма (вредные привычки);
4) 1+3;
5) 1+2+3.

235. Местные факторы, оказывающие влияние на развитие повышенной стираемости зубов:
1. потеря боковых зубов, воздействие щелочей или кислот, парафункции, зубочелюстные аномалии;
2. чрезмерное употребление продуктов, содержащих кислоты, дефицит фтора в воде и пище;
3. отсутствие гигиены полости рта, неправильно изготовленные протезы, избыток фтора в воде и пище;
4. влияние профессиональных вредностей, избыток в организме гормонов с анаболическим действием, ответственных за усвоение кальция;
5. 1+3;
6. 1+2+4;
7. 1+2+3+4.

236. Третья степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей:
1. стираются бугорки боковых зубов и режущие края передних зубов;
2. до 2/3 высоты коронки зуба;
3. до экватора зуба;
4. в пределах дентина с просвечиванием полости зуба;
5. полное стирание коронки.

237. При очаговой форме повышенной стираемости высота нижнего отдела, как правило:
уменьшается;
увеличивается;
не измена.

238. Отсутствие уменьшения высоты нижнего отдела лица при разлитой компенсированной форме повышенной стираемости зубов обусловлено:
1. снижением межальвеолярной высоты;
2. ростом альвеолярных отростков челюстей;
3. изменением взаимоотношения элементов ВНЧС;
4. вертикальным перемещением зубов;
5. 1+2+3;
6. 1+2+4.

239. Для компенсированной формы разлитой стираемости зубов характерно:
1) уменьшение высоты нижнего отдела лица;
2) увеличение высоты нижнего отдела лица;
3) неизменность высоты нижнего отдела лица;

240. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости к протезированию включает в себя:
– нормализацию окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью временных ортопедических конструкций;

- депульпирование зубов с повышенной чувствительностью;
- восстановление нормальной окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью цельнолитых конструкций;
- 1+2.

241. Перестройка миостатического рефлекса при разобщении зубных рядов у больных с декомпенсированной разлитой формой повышенной стираемости, как правило, происходит в течение:
1) 1 месяц;
2) 1-3 месяца;
3) 3-6 месяцев;
4) 6-12 месяцев.

242. При всех формах повышенной стираемости показаны ортопедические конструкции:
1) цельнолитые;
2) штампованные;
3) адгезионные.

243. Клинические признаки полной потери зубов:
1. потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменения внешнего вида пациента;
2. увеличение угла нижней челюсти;
3. нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава;
4. 1+3;
5. 1+2+3.

244. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относят:
- анатомическую ретенцию и стабилизацию, внутрикостные имплантаты;
- использование магнитов, утяжеление протезов;
- явления адгезии.

245. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования:
1) пологая;
2) отвесная;
3) с навесами;
4) с выраженными верхнечелюстными буграми;
5) с неравномерной атрофией альвеолярного отростка;
6) 2+4;
7) 1+4.

246. Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют:
1) стандартные пластмассовые ложки;
2) перфорированные металлические ложки;
3) индивидуальные ложки.

247. Для получения функционального оттиска используют материалы:
1. термопластические;
2. альгинатные;
3. силиконовые;
4. гидроколлоидные;
5. цинкоксидэвгеноловые;

6. 1+3+5;
7. 3+5;
8. 1+2+3+5.

248. Компрессионный оттиск используется:
1) при высокой степени атрофии альвеолярных частей;
2) при податливой слизистой оболочке полости рта;
3) при низком прикреплении уздечек и тяжей;
4) при повышенной чувствительности слизистой оболочки;
5) 1+2;
6) 1+2+3.

249. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при функциональном покое:
1) одинаковые;
2) больше;
3) меньше.

250. На этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют:
1) на нижнем окклюзионном валике;
2) на верхнем окклюзионном валике;
3) на нижнем и верхнем окклюзионном валике;

251. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:
1) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм;
2) проходить строго по границе твердого и мягкого неба.

252. При проверке конструкции полного съемного протеза в клинику поступает:
– восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели;
– пластмассовый базис с искусственными зубами;
– восковой базис с зубами на гипсовой модели в окклюдаторе.

253. При проверке конструкции протезов обнаружена щель между передними зубами в положении центральной окклюзии, Ваша тактика:
– повторное определение центрального соотношения челюстей;
– повторная постановка зубов на верхней челюсти;
– повторная постановка зубов на нижней челюсти;
– повторная постановка зубов на верхней и нижней челюсти;
– 1+3;
– 3+4.

254. Что такое «стабилизация полного съемного протеза»:
1) устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам;
2) устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию;
3) 1+2.