

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Тема №1. Прикладная анатомия и физиология жевательно-речевого аппарата

001. Артикуляция – это:

- 1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии;
- 2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц;
- 3) вид смыкания зубов в передней окклюзии;
- 4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии;
- 5) цепь сменяющих друг друга окклюзий;
- 6) 2+5.

002. Прикус - это характер смыкания зубов в положении окклюзии:

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

003. К нормальному прикусу относится:

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

004. В норме, после полного прорезывания постоянных зубов между ними образуются:

- 1) межзубные площадки;
- 2) межзубные промежутки;
- 3) межзубные контакты.

005. Базальную дугу образуют:

- 1) режущий край и жевательные поверхности зубов;
- 2) верхушки корней;
- 3) вершина гребня альвеолярной части.

006. На верхней челюсти самой широкой дугой является:

- 1) альвеолярная;
- 2) базальная;
- 3) зубная.

007. Во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила:

- 1) 20-30 кг;
- 2) 10-15 кг;
- 3) 5-10 кг.

008. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается окклюзия:

- 1) передняя;
- 2) центральная;
- 3) задняя;
- 4) боковая.

009. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие:

- 1) дистального прикуса;
- 2) мезиального прикуса;
- 3) ортогнатического прикуса;
- 4) перекрестного прикуса.

010. К мышцам, опускающим нижнюю челюсть, относятся:
- 1) m. pterygoideus medialis;
 - 2) m. mylohyoideus;
 - 3) m. geniohyoideus;
 - 4) m. digastricus;
 - 5) 1+2+3;
 - 6) 2+3+4.
011. Угол сагиттального суставного пути равен:
- 1) 17°;
 - 2) 110°;
 - 3) 60°;
 - 4) 33°.
012. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен:
- 1) 110°;
 - 2) 30°;
 - 3) 17°;
 - 4) 60°.
013. Угол сагиттального резцового пути равен:
- 1) 30°;
 - 2) 45°;
 - 3) 110°;
 - 4) 17°.
014. Угол трансверзального резцового пути равен:
- 1) 110°;
 - 2) 17°;
 - 3) 30°;
 - 4) 60°.
015. Воображаемая линия от козелка уха до нижнего края крыла носа называется:
- 1) камперовской горизонталью;
 - 2) франкфуртской горизонталью;
 - 3) протетической горизонталью.
016. Воображаемая линия от нижнего края орбиты до верхнего края наружного слухового прохода называется:
- 1) камперовской горизонталью;
 - 2) франкфуртской горизонталью;
 - 3) протетической плоскостью.
017. В какой фазе жевания происходит смыкание зубов на рабочей стороне – одноименными бугорками, а на балансирующей – разноименными:
- 1) I;
 - 2) II;
 - 3) III;
 - 4) IV.
018. На верхней челюсти различают контрфорсы:
- 1) лобно-носовой;
 - 2) резцовый;
 - 3) скуловой;
 - 4) небный;
 - 5) крылонебный;
 - 6) 1+3+4+5.
019. Трехпунктный контакт Бонвилля возможен в:

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

020. Для какого прикуса характерны такие лицевые признаки как западение нижней губы и выступание верхней губы?

- 1) мезиального прикуса;
- 2) дистального прикуса;
- 3) глубокого прикуса;
- 4) открытого прикуса;
- 5) перекрестного прикуса;
- 6) 2+3.

021. Какой симптом является общим для некоторых форм дистального и глубокого прикуса?

- 1) смыкание боковых зубов как и при ортогнатическом прикусе;
- 2) пересечение верхнего и нижнего зубных рядов.
- 3) отсутствие режуще-бугоркового контакта передних зубов.

022. Сдвиг нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей:

- 1) латеральной крыловидной при ее одностороннем сокращении;
- 2) подбородочно-подъязычной;
- 3) височной;
- 4) медиальной крыловидной.

023. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет:

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

024. Классификация зубных рядов с дефектами по Гаврилову включает:

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

025. По классификации Е.И.Гаврилова и Кеннеди зубной ряд с двусторонним концевым дефектом относят к:

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

026. Клиническая шейка зуба соответствует:

- 1) границе эмали и цемента корня;
- 2) границе над- и поддесневой части зуба;
- 3) экватору зуба.

027. Анатомическая шейка зуба соответствует:

- 1) границе эмали и цемента корня;
- 2) границе над- и поддесневой части зуба;
- 3) экватору зуба.

028. Промежуток между центральными резцами называется:

- 1) диастемой;
- 2) тремой;
- 3) расщелиной.

029. Промежуток между зубами называют:

- 1) диастемой;
- 2) тремой;
- 3) расщелиной.

030. В состав пародонта входят:

- 1) ткани прикрепленной десны;
- 2) ткани альвеолы;
- 3) периодонт;
- 4) цемент корня;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2+4.

031. Часть жевательной силы, используемой при пережевывании пищи, называется:

- 1) жевательной нагрузкой;
- 2) жевательным давлением;
- 3) функциональной нагрузкой.

032. Суставной признак центральной окклюзии при ортогнатическом прикусе характеризуется локализацией головки нижней челюсти:

- 1) на скате суставного бугорка;
- 2) у основания ската суставного бугорка;
- 3) на вершине суставного бугорка.

033. К переходным формам прикуса относится

- 1) мезиальный прикус;
- 2) прямой прикус;
- 3) ортогнатический прикус;
- 4) глубокий прикус.

034. Аномальным прикусом является:

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

035. Термин «аномалия» означает:

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

036. Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов возникают:

- 1) у детей
- 2) у взрослых
- 3) 1+2.

037. К мышцам-выдвигателям нижней челюсти относятся:

- 1) собственно жевательные;
- 2) височные;
- 3) крыловидные латеральные;
- 4) крыловидные медиальные;
- 5) все выше перечисленные.

038. Мышцы-подниматели нижней челюсти:

- 1) собственно жевательные мышцы;
- 2) височные мышцы;
- 3) крыловидные латеральные мышцы;
- 4) крыловидные медиальные мышцы;
- 5) челюстно-подъязычные мышцы;
- 6) 1+2+3;
- 7) 1+2+4.

039. Классификация Келлера относится к беззубой:

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

040. Классификация Шредера относится к беззубой:

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

041. По классификации Оксмана значительная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится:

- 1) к первому типу;
- 2) ко второму типу;
- 3) к третьему типу;
- 4) к четвертому типу.

042. При ортогнатическом прикусе зубная дуга имеет форму:

- 1) верхняя – парабола, нижняя - полуэллипса;
- 2) верхняя - полуэллипса, нижняя - парабола;
- 3) верхняя - полуэллипса, нижняя - трапецевидная;
- 4) верхняя - седловидная, нижняя - парабола.

043. Смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени называется:

- 1) окклюзией;
- 2) артикуляцией;
- 3) прикусом;
- 4) 1+2+3.

044. Головка нижней челюсти, справа, слегка вращаясь, остается у основания суставного бугорка, а слева она смещается книзу – что соответствует:

- 1) центральной окклюзии;
- 2) передней окклюзии;
- 3) правой боковой окклюзии;
- 4) левой боковой окклюзии;
- 5) задней окклюзии.

045. При центральном соотношении челюстей:

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

Тема №2. Основы диагностики в клинике ортопедической стоматологии

046. Высота нижней части лица, измеряемая при сомкнутых зубах, называется:
- 1) высотой функционального покая;
 - 2) окклюзионной высотой;
 - 3) 1+2.
047. основоположником гнатостатической методики получения и изучения диагностических моделей челюстей является:
- 1) Шварц;
 - 2) Коркгауз;
 - 3) Брюкль;
 - 4) Симон;
 - 5) Герлах.
048. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях:
- 1) трансверзальной, сагиттальной, окклюзионной;
 - 2) трансверзальной, сагиттальной, горизонтальной;
 - 3) сагиттальной, вертикальной, переднезадней;
 - 4) трансверзальной, горизонтальной, вертикальной.
049. Метод, позволяющий изучить местоположение зубов в трансверзальном и сагиттальном направлениях, называют:
- 1) параллелография;
 - 2) симметроскопия;
 - 3) параллелометрия.
050. Метод исследования цифровых фотографий диагностических моделей челюстей или зубных рядов с проведением измерений на них:
- 1) симметрография;
 - 2) фотограмметрия;
 - 3) симметроскопия.
051. Измерения, проводимые на фотографиях лица, зубных рядов или диагностических моделей челюстей, называются:
- 1) антропометрией;
 - 2) морфометрией;
 - 3) фотограмметрией.
052. Измерения на рентгенограммах называются:
- 1) рентгенограмметрией;
 - 2) цефалометрией;
 - 3) телеметрией.
053. В положении центральной окклюзии перекрытие нижних зубов верхними свыше $\frac{1}{2}$ высоты коронок с сохранением режуще-бугоркового контакта говорит:
- 1) о глубоком прикусе;
 - 2) о глубоком резцовом перекрытии;
 - 3) о глубоком травмирующем прикусе.
054. Внеротовая запись суставного пути проводится с помощью:
- 1) цефалостата;
 - 2) гнатостата;
 - 3) аксиографа;
 - 4) параллелометра.
055. Методика сравнительного изучения длины зубного ряда по дуге и сумме ширины коронок его зубов предложена:
- 1) Тонном;
 - 2) Герлахом;
 - 3) Коркгаузом;

- 4) Нансе;
- 5) Поном.

056. Премолярный индекс Пона равен:

- 1) 64;
- 2) 85;
- 3) 60;
- 4) 65;
- 5) 80.

057. Данные миотонометрии позволяют судить:

- 1) о тоне жевательных мышц при различных состояниях;
- 2) о перестройке миотатического рефлекса;
- 3) об адаптационных возможностях мышц;
- 4) 1+2+3.

058. Биоэлектрическая активность круговой мышцы рта зависит от:

- 1) особенностей строения губ;
- 2) высоты нижней части лица;
- 3) степени выпуклости лица;
- 4) 1+2+3.

059. Метод аускультации височно-нижнечелюстного сустава для выявления в них степени и характера хруста, щелканья называется:

- 1) осциллография;
- 2) миоартрография;
- 3) артрофонография;
- 4) мастикациография.

060. При оценке жевательной эффективности в баллах за единицу измерения избрана функциональная способность:

- 1) клыков;
- 2) центральных резцов;
- 3) первых моляров;
- 4) боковых резцов;
- 5) третьих моляров.

061. Обследуемому предлагают разжевать 800 мг миндаля до появления рефлекса глотания во время функциональной жевательной пробы по:

- 1) Христиансену;
- 2) Гельману;
- 3) Рубинову;
- 4) Соловьеву.

062. Метод обследования, позволяющий одновременно оценить состояние костной ткани альвеол всех зубов:

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

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

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

064. Разделы рентгенцефалометрического исследования:

- 1) краниометрия, гнатометрия, профилометрия;
- 2) краниометрия, дентометрия, профилометрия;
- 3) фотограмметрия, профилометрия, дентометрия.

065. Показатели, отражающие индивидуальные особенности строения лицевого скелета по данным телерентгенограммы:
- 1) линейные;
 - 2) угловые;
 - 3) отношения линейных величин;
 - 4) 1+2+3.
066. Функция истории болезни:
- 1) медицинская;
 - 2) юридическая;
 - 3) научная;
 - 4) статистическая;
 - 5) 1+2+3+4.
067. Краткое заключение, отражающее состояние здоровья пациента и его прогноз, - это:
- 1) диагноз;
 - 2) эпикриз;
 - 3) 1+2.
068. Задачи ортопедического лечения:
- 1) восстановление эстетики лица;
 - 2) восстановление функции жевательно-речевого аппарата;
 - 3) создание состояния психологического комфорта;
 - 4) профилактика дальнейшего распада жевательно-речевого аппарата;
 - 5) 1+2+3.
069. Методы обследования больных наиболее точно можно разделить на:
- 1) субъективные и объективные;
 - 2) клинические и параклинические;
 - 3) анатомические и функциональные.
070. К клиническим методам обследования относятся:
- 1) опрос, осмотр;
 - 2) пальпация, зондирование;
 - 3) функциональные пробы;
 - 4) 1+2;
 - 5) 1+2+3.
071. К параклиническим методам обследования относятся:
- 1) инструментальные, лабораторные, рентгенологические;
 - 2) анатомические, рентгенологические, функциональные;
 - 3) лабораторные, цефалометрические, антропометрические.
072. Графический метод регистрации жевательных движений нижней челюсти осуществляется с помощью:
- 1) мастикациографии;
 - 2) гнатодинамометрии;
 - 3) реографии.
073. Исследование, характеризующее расположение челюстей по отношению к плоскости передней части основания черепа, называется:
- 1) профилометрией;
 - 2) гнатометрией;
 - 3) краниометрией.
074. Уточнить формы аномалий прикуса: зубоальвеолярную, гнатическую, сочетанную, а также основную локализацию аномалии, можно по:
- 1) телерентгенограмме;
 - 2) ортопантограмме;
 - 3) рентгенограмме кистей рук.

075. Нарушения в жевательно-речевом аппарате влияют на:

- 1) функцию опорно-двигательной аппарата;
- 2) функцию дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
- 3) функцию системы пищеварения;
- 4) психику;
- 5) 1+2+3+4.

076. Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него сифилиса, врач должен:

- 1) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания;
- 2) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием;
- 3) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи;
- 4) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови.

077. Гнатодинамометром измеряют:

- 1) абсолютную силу жевательных мышц;
- 2) выносливость пародонта;
- 3) жевательную эффективность;
- 4) жевательное давление.

078. К инструментальным методам обследования относится:

- 1) мастикациография;
- 2) электромиография;
- 3) функциональная проба Гельмана;
- 4) функциональная проба Рубинова;
- 5) 1+2+3+4.

079. В функциональных пробах Гельмана и Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром:

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

080. Функциональная проба Гельмана показывает:

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

081. Метод регистрации колебаний электрического сопротивления тканей пародонта при прохождении через него тока высокой частоты называется:

- 1) мастикациографией;
- 2) гнатодинамометрией;
- 3) реопародонтометрией.

082. По классификации Е.И.Гаврилова и Кеннеди двусторонний концевой дефект относится:

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

083. По классификации Кеннеди односторонний концевой дефект относится к:

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

084. По классификации Е.И.Гаврилова комбинированный дефект зубного ряда относится к:

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

085. По классификации Кеннеди включенный дефект в области передних зубов относится к:

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

086. Методы определения степени атрофии костной ткани альвеолы зуба:

- 1) рентгенологический;
- 2) клинический (зондирование);
- 3) клинический (осмотр);
- 4) пальпаторный;
- 5) с помощью электроодонтодиагностики;
- 6) 1+3;
- 7) 2+4;
- 8) 1+2+3+4.

087. . Функциональная проба по Рубинову показывает:

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

Тема №3. Материаловедение

088. Стоматологические материалы подразделяются на:

- 1) основные, вспомогательные, клинические;
- 2) основные, вспомогательные, эстетические;
- 3) клинические, технические, вспомогательные;
- 4) клинические, технические, оттисковые.

089. Клинические материалы используются:

- 1) врачом на клиническом приеме;
- 2) техником для создания протеза или аппарата.

090. К физическим свойствам материала относятся:

- 1) температура кипения;
- 2) теплопроводность;
- 3) поверхностное напряжение;
- 4) плотность;
- 5) 1 + 2 + 3+ 4.

091. Понятия «прочность, твердость, упругость, вязкость, пластичность» относят:

- 1) к химическим свойствам материала;
- 2) к механическим свойствам материала;
- 3) к физическим свойствам материала.

092. Являются ли синонимами понятия «пластичность» и «эластичность»:

- 1) да;
- 2) нет.

093. Вязкость – это:

- 1) способность газов и жидкостей оказывать сопротивление действию внешних сил, вызывающих их течение;
- 2) способность материала прилипать к рукам.

094. В характеристику химических свойств металлов и сплавов входят такие понятия, как:
- 1) коррозионная стойкость;
 - 2) окисляемость;
 - 3) растворимость;
 - 4) цветостойкость;
 - 5) 1 + 2 + 3;
 - 6) 1 + 2 + 3 + 4.
095. Стоматологический материал оказывает на организм следующее действие:
- 1) механическое;
 - 2) токсическое;
 - 3) аллергическое;
 - 4) термоизолирующее;
 - 5) 1 + 2 + 3 + 4..
096. Токсическое действие основного стоматологического материала на организм может быть:
- 1) непосредственным;
 - 2) опосредованным;
 - 3) и тем, и другим.
097. Главным токсикогенным фактором акриловой пластмассы является наличие в ее составе:
- 1) пластификаторов;
 - 2) стабилизаторов;
 - 3) красителей;
 - 4) мономера;
 - 6) консервантов.
098. Основной стоматологический материал должен быть:
- 1) безопасным для организма;
 - 2) достаточно прочным;
 - 3) эстетичным;
 - 4) технологичным;
 - 5) 1+2+3+4.
099. Оттисковые материалы условно делят на:
- 1) твердые и эластические;
 - 2) кристаллизирующиеся и термопластические;
 - 3) эластические, термопластические и твердые (кристаллизирующиеся).
100. Гипс относится к материалам :
- 1) твердым оттискным;
 - 2) моделировочным;
 - 3) вспомогательным;
 - 4) 1+2+3.
101. Супергипс получают путем:
- 1) нагревания двуводного гипса под давлением 1,3 атм.;
 - 2) добавления соли при замешивании;
 - 3) замешивания гипса в горячей воде.
102. Верно ли утверждение, что чем быстрее схватывается гипс, тем больше прочность полученной модели?
- 1) да;
 - 2) нет;
 - 3) зависит от вида гипса.
103. Цинкокси-двухфосфорную пасту «Репин» применяют для:
- 1) получения анатомических оттисков;
 - 2) получения функциональных оттисков;
 - 3) временной фиксации несъемных протезов;

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

104. Эластические оттисковые материалы делят на:

- 1) гипс, альгинатные, силиконовые;
- 2) альгинатные, термопластические, силиконовые;
- 3) альгинатные, полисульфидные, полиэфирные, силиконовые.

105. После получения оттиска альгинатным оттискным материалом необходимо:

- 1) позвать зубного техника;
- 2) проверить качество оттиска;
- 3) положить оттиск в воду;
- 4) провести дезинфекцию оттиска;
- 5) сразу отлить гипсовую модель;
- 6) 1+3;
- 7) 2 + 4+ 5.

106. Выделяют силиконовые материалы со следующими типами химических реакций:

- 1) кристаллизации;
- 2) поликонденсации;
- 3) полиприсоединения;
- 4) 1+2+3;
- 5) 2+3.

107. При замешивании силиконовой массы руками в латексных перчатках паста не затвердела, потому что:

- 1) истек срок годности материала;
- 2) сера из перчаток снизила активность платиносодержащего катализатора.

108. При протезировании металлокерамическими протезами для получения оттиска целесообразно применить:

- 1) гипс;
- 2) альгинатный материал;
- 3) силиконовый материал с использованием методики двойного оттиска;
- 4) любой оттисковой материал.

109. Двуокись свинца входит в состав катализаторной пасты оттисковых материалов из группы

- 1) альгинатных;
- 2) силиконовых;
- 3) тиоколовых;
- 4) кристаллизирующихся.

110. Термопластические оттисковые материалы применяют для:

- 1) получения функциональных оттисков;
- 2) окантовки краев индивидуальной ложки;
- 3) получения вспомогательных оттисков;
- 4) 2+3.

111. Для получения функционального оттиска с беззубых челюстей применяют:

- 1) стандартные ложки;
- 2) перфорированные ложки;
- 3) индивидуальные ложки.

112. По степени давления на ткани протезного ложа оттиски считаются:

- 1) анатомическими;
- 2) компрессионными;
- 3) разгружающими;
- 4) 1+2+3;
- 5) 2+3.

113. Все металлы принято делить на :

- 1) черные;

- 2) белые;
- 3) цветные;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+2;
- 6) 1+3.

114. К благородным металлам относят:

- 1) золото;
- 2) алюминий;
- 3) серебро;
- 4) палладий;
- 5) платину;
- 6) свинец;
- 7) 1+2+3+4+5;
- 8) 1+3+4+5.

115. К драгоценным металлам относят:

- 1) золото;
- 2) алюминий;
- 3) серебро;
- 4) палладий;
- 5) платину;
- 6) свинец;
- 7) 1+2+3+4+5;
- 8) 1+3+4+5.

116. В ортопедической стоматологии применяются следующие сплавы золота:

- 1) 900-й пробы;
- 2) 750-й пробы;
- 3) 1000-й пробы;
- 4) 583-й пробы;
- 5) 1+3;
- 6) 2+4;
- 7) 1+2.

117. Для искусственных коронок используют сплав золота:

- 1) 1000-й пробы;
- 2) 900-й пробы;
- 3) 583-й пробы.

118. Процесс отделения золота от примесей называется:

- 1) прокаткой;
- 2) аффинажем;
- 3) волочением.

119. Чистое золото в стоматологии не применяется по причине его:

- 1) дороговизны;
- 2) мягкости;
- 3) дефицита.

120. Процесс придания особых свойств металлам путем введения других металлов (элементов) называется:

- 1) закалкой;
- 2) легированием;
- 3) аффинажем;
- 4) фрезерованием.

121. Золото-платиновый сплав применяется для создания:

- 1) каркасов дуговых протезов и кламмеров;
- 2) искусственных коронок;
- 3) припоя.

122. Ограниченное применение серебряно-палладиевых сплавов обусловлено:
- 1) подверженностью сплава коррозии;
 - 2) трудоемкостью технологического процесса.
123. Припой должен иметь температуру плавления:
- 1) выше, чем у сплава металлов;
 - 2) ниже, чем у сплава металлов;
 - 3) равную таковой у сплава металлов.
124. Примерный состав припоя 750-й пробы (в % по массе):
- 1) золото-72, серебро-8, медь-13, кадмий-7;
 - 2) золото-80, медь-13, латунь-7;
 - 3) золото-75, серебро-5, медь-13, кадмий -5, латунь-2.
125. Если температура плавления сплава превышает 1500 °С, то такой сплав относится к:
- 1) легкоплавким;
 - 2) тугоплавким;
 - 3) среднеплавким
126. Добавление никеля в нержавеющую сталь повышает:
- 1) коррозионную стойкость сплава;
 - 2) пластичность сплава;
 - 3) однородность сплава металла. ????
127. Все хромоникелевые сплавы для ортопедической стоматологии должны содержать:
- 1) не более 1% углерода и не менее 25 % хрома;
 - 2) не менее 0,1% углерода и не менее 18% хрома.
128. Механические свойства нержавеющих сталей характеризуются:
- 1) высокой прочностью;
 - 2) высокой текучестью;
 - 3) высокой пластичностью;
 - 4) низкой прочностью.
129. Припои для соединения элементов каркаса протеза из нержавеющей стали:
- 1) серебряно-палладиевые;
 - 2) платиново-золотые;
 - 3) серебряно-кадмиевые.
130. Суммарное содержание кобальта, хрома и никеля в КХС должно быть не менее:
- 1) 75%;
 - 2) 90%;
 - 3) 85%.
131. Возможно ли улучшить механические и литейные качества кобальтохромового сплава (КХС), если повысить содержание хрома с 30% до 50%?
- 1) да;
 - 2) нет;
 - 3) содержание хрома ни на что не влияет.
132. Содержат ли никелехромовые сплавы углерод:
- 1) да, но не более 5%;
 - 2) нет;
 - 3) да, но не более 1%.
133. Для изготовления каркаса металлокерамических протезов применяют:
- 1) никелехромовый сплав;
 - 2) кобальтохромовый сплав;
 - 3) хромоникелевую сталь;

- 4) золото-палладиевый сплав;
- 5) 1+2+4;
- 6) 1+2+3;
- 7) 2+3.

134. Сплавы титана различных марок применяются для создания:

- 1) штампованных коронок и базисов;
- 2) каркасов литых съемных и несъемных конструкций протезов;
- 3) имплантатов;
- 4) 1+2+3.

135. Легкоплавкие сплавы относятся:

- 1) к вспомогательным материалам;
- 2) к основным материалам;
- 3) к клиническим материалам.

136. В состав сплава Меллота входят:

- 1) висмут;
- 2) свинец;
- 3) олово;
- 4) кадмий;
- 5) 1+2+3.

137. Легкоплавкие сплавы в ортопедической стоматологии применяют для:

- 1) получения коронок;
- 2) изготовления штампов;
- 3) спаивания деталей.

138. К важнейшим свойствам, которыми обладают легкоплавкие сплавы, относят их:

- 1) легкоплавкость;
- 2) твердость;
- 3) минимальную усадку;
- 4) антикоррозионную стойкость;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2+3.

139. Метилловый эфир метакриловой кислоты является результатом химических превращений:

- 1) формальдегида;
- 2) ацетона;
- 3) ацетальдегида.

140. При повышении температуры процесс полимеризации:

- 1) ускоряется;
- 2) замедляется;
- 3) не изменяется.

141. Для придания полимеру свойств пластичности в его состав вводят:

- 1) наполнители;
- 2) пластификаторы;
- 3) красители;
- 4) консерванты;
- 5) ароматизаторы;
- 6) ингибиторы.

142. Отрицательным свойством полимера является:

- 1) пластичность;
- 2) водопоглощение;
- 3) ударопрочность.

143. Полимеры возможно получить реакцией:

- 1) полиприсоединения;
- 2) поликонденсации;
- 3) 1 + 2.

144. Больше недостатков при замене воска на базисную пластмассу имеет метод:

- 1) компрессионного прессования;
- 2) инъекционно-литьевого прессования.

145. При нарушении режима полимеризации базисной пластмассы возникает пористость:

- 1) газовая;
- 2) термореактивная;
- 3) гранулярная;
- 4) сжатия;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+3+4.

146. Как правило, содержание остаточного мономера в быстротвердеющей пластмассе после полимеризации составляет:

- 1) 3-5%;
- 2) 1 %;
- 3) 0,2-0,5%.

147. Для облицовки каркасов несъемных протезов используется пластмасса:

- 1) фторакс;
- 2) моллопласт –Б;
- 3) синма –М.

148. Применение двойного базиса съемного протеза целесообразно при:

- 1) наличии острых костных выступов;
- 2) выраженной атрофии тела нижней челюсти;
- 3) неудовлетворительной фиксации протеза нижней челюсти;
- 4) проявлениях токсико-аллергического стоматита, вызванного базисным материалом;
- 5) 1+2+3+4.

149. Создание эластичной подкладки на базисе съемного протеза возможно при:

- 1) одновременной паковке эластичной и базисной пластмассы в гипсовую пресс-форму кюветы;
- 2) нанесении мягкой подкладки на базис готового протеза;
- 3) 1+2

150. Композиционные материалы химического отверждения дают усадку:

- 1) по направлению к центру;
- 2) от центра к поверхностным слоям.

151. Реакция полимеризации химически отверждаемых компомеров носит:

- 1) экзотермический характер;
- 2) эндотермический характер.

152. Связь акриловой полимерной облицовки с металлическим каркасом протеза обеспечивается за счет:

- 1) механического сцепления;
- 2) физико-химического соединения;
- 3) комбинированным способом;
- 4) 1+2+3.

153. Керомеры (керамикой оптимизированные полимеры) относят:

- 1) к фарфору;
- 2) к пластмассе;
- 3) к самостоятельной группе материалов.

154. Стекловолоконный материал «Вектрис» применяется для:

- 1) облицовки металлических каркасов протезов;

2) изготовление каркасов несъемных протезов.

155. Облицовочный керомер «Таргис» фиксируется на металлическом каркасе протеза:

- 1) при помощи механической ретенции в виде шариков;
- 2) без механической ретенции.

156. Прозрачность фарфора при увеличении содержания каолина:

- 1) повышается;
- 2) снижается;
- 3) не изменяется.

157. Фарфор с температурой обжига в диапазоне 870-1065 °С относится к группе:

- 1) тугоплавких фарфоров;
- 2) среднеплавких фарфоров;
- 3) низкоплавких фарфоров.

158. Основанием для одиночной фарфоровой коронки служит:

- 1) колпачок из КХС;
- 2) платиновый колпачок;
- 3) фарфор не требует основы;
- 4) колпачок из нержавеющей стали.

159. Фарфоровая облицовка прочно фиксируется на металлическом каркасе.

- 1) после пескоструйной и пароструйной его обработки;
- 2) после нанесения грунта и адгезива;
- 3) без проведения обработки каркаса.

160. Основной недостаток ситаллов:

- 1) низкая прочность;
- 2) химическая нестойкость;
- 3) одноцветность массы.

161. Исключите лишнее из классификации восковых композиций:

- 1) базисный воск;
- 2) бюгельный воск;
- 3) постановочный воск;
- 4) моделировочный воск;
- 5) профильный воск;
- 6) липкий воск.

162. Для моделирования коронок, облицовок, штифтовых зубов целесообразно применить:

- 1) липкий воск;
- 2) базисный воск;
- 3) моделировочный воск;
- 4) профильный воск.

163. При дублировании модели челюсти используют:

- 1) гидроколлоидный материал;
- 2) стомальгин;
- 3) воск;
- 4) силиконовый материал;
- 5) 1+4;
- 6) 2 + 3.

164. В стоматологии в качестве формовочных материалов используются:

- 1) гипсовые массы;
- 2) фосфатные массы;
- 3) силикатные массы;
- 4) 1+2+3.

165. Какой из ниже перечисленных абразивов не относится к полировочным?

- 1) окись железа;
- 2) мел;
- 3) окись хрома;
- 4) пемза;
- 5) паста ГОИ.

166. Для временной фиксации несъемных конструкций протезов используют:

- 1) цинкоксидэвгеноловые цементы;
- 2) цинк-силикатнофосфатные цементы;
- 3) цементы на основе полимеров.

167. Альгинатную массу применяют для получения оттисков при протезировании:

- 1) литыми коронками;
- 2) фарфоровыми коронками;
- 3) пластмассовыми коронками;
- 4) металлокерамическими коронками;
- 5) металлопластмассовыми коронками;
- 6) частичными съёмными протезами;
- 7). 1+3+5+6.

168. Паста «Репин» относится к группе материалов:

- 1) силиконовых ;
- 2) тиоколовых ;
- 3) альгинатных ;
- 4) цинкоксидэвгеноловых.

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

- 1) 2-3 мин;
- 2) 15 мин;
- 3) 60 мин;
- 4) 24 час.

170. Для получения функциональных оттисков используют материалы:

- 1) полиэфирные;
- 2) альгинатные;
- 3) силиконовые;
- 4) гидроколлоидные;
- 5) цинкоксидэвгеноловые;
- 6) 1+3+5;
- 7) 3+5;
- 8). 1+2 + 3+5.

171. К силиконовым оттискным материалам относятся:

- 1) стомальгин;
- 2) репин;
- 3) спидекс;
- 4) стэнс;
- 5) гипс.

172. Для двойного оттиска используются материалы:

- 1) твердые;
- 2) силиконовые;
- 3) альгинатные;
- 4) термопластические.

173. Для получения рабочих моделей челюстей используют:

- 1) супергипс;
- 2) обычный гипс;

- 3) огнеупорную массу;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.

174. Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют:

- 1) силиконовые массы;
- 2) термопластические массы;
- 3) гипс;
- 4) альгинатные массы.

175. Материал для реставрации съемных протезов:

- 1) эладент-100;
- 2) протакрил-М;
- 3) фарфоровая масса;
- 4) синма М.

Тема №4. Технология зубных протезов

176. Гипсование модели челюсти с восковой моделью протеза в кювету проводят:

- 1) прямым способом;
- 2) обратным способом;
- 3) комбинированным способом;
- 4) +2+3.

177. Отливку металлического каркаса дугового съемного протеза проводят на:

- 1) рабочей гипсовой модели челюсти;
- 2) модели из огнеупорной массы;
- 3) модели из высокопрочного гипса.

178. Моделирование цельнолитого каркаса мостовидного протеза проводят на:

- 1) модели челюсти из огнеупорной массы;
- 2) разборной комбинированной гипсовой модели челюсти;
- 3) модели челюсти из обычного медицинского гипса;
- 4) модели челюсти из высокопрочного гипса.

179. Для получения литых деталей зубных протезов используют:

- 1) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска в формах из огнеупорного материала;
- 2) метод литья по выплавляемым композициям из моделировочного воска на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала;
- 3) 1 + 2.

180. Процесс удаления окисной пленки (окалины) с поверхности металла называется:

- 1) отжигом;
- 2) закалкой;
- 3) отбеливанием;
- 4) отпуском;
- 5) легированием;
- 6) фрезерованием.

181. Процесс термической обработки металла для придания ему высокой твердости и повышенной прочности называется:

- 1) отжигом;
- 2) закалкой;
- 3) отбеливанием.

182. Для улучшения обрабатываемости, снятия внутренних напряжений, уменьшения твердости, увеличения пластичности и вязкости сплав металла подвергают:

- 1) отжигу;

- 2) закалке;
- 3) отбеливанию.

183. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса протезов за счет растворения мельчайших выступов и шероховатостей, называется:

- 1) электроэрозивной обработкой;
- 2) электрохимической полировкой;
- 3) пескоструйной обработкой.

184. Метод, позволяющий изменить поверхность металлического каркаса таким образом, чтобы на ней образовалась сеть однородных мельчайших выступов и шероховатостей, называется:

- 1) электроэрозивной обработкой;
- 2) электрохимической полировкой;
- 3) пескоструйной обработкой.

185. Разделительная линия:

- 1) является средним углом продольных осей зубов, выбранных для опоры;
- 2) делит поверхность зуба на удерживающую и опорную части;
- 3) всегда проходит по экватору зуба.

186. Прибор для определения разделительной линии на опорном зубе называется:

- 1) артикулятор;
- 2) параллелометр;
- 3) окклюдатор.

187. Толщина штампованной коронки равна:

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

188. Рекомендуемая толщина восковой репродукции каркаса металлокерамической коронки составляет:

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

189. Для моделирования каркаса металлокерамической коронки можно использовать:

- 1) беззольно-выгорающую пластмассу;
- 2) воск;
- 3) 1 + 2.

190. Первый слой керамической массы, наносимый на металлический каркас металлокерамической коронки, называется:

- 1) дентинным слоем;
- 2) эмалевым слоем;
- 3) глазурью;
- 4) грунтовым слоем.

191. Слой керамического покрытия, который придаёт металлокерамическому протезу основной цветовой тон, называют:

- 1) дентинным слоем;
- 2) эмалевым слоем;
- 3) глазурью;
- 4) грунтовым слоем.

192. Просвечивание металлического каркаса металлокерамического протеза можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы:

- 1) дентинного слоя;
- 2) эмалевого слоя;
- 3) глазури;
- 4) грунтового слоя.

193. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти в переднем отделе является:
- 1) седловидная форма;
 - 2) касательная форма;
 - 3) височная форма с промывным пространством.
194. Наиболее предпочтительной формой промежуточной части мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярной части в боковом отделе является:
- 1) седловидная форма;
 - 2) касательная форма;
 - 3) височная форма с промывным пространством.
195. Увеличение прочности пайки между опорными штампованными коронками и промежуточной частью мостовидного паяного протеза проводят за счет:
- 1) утолщения промежуточной части мостовидного протеза;
 - 2) уменьшения ширины режущего края или жевательной поверхности искусственных зубов;
 - 3) увеличения площади спаиваемых поверхностей;
 - 4) 1 + 2 + 3.
196. Основное отличие литых кламмеров от проволочных аналогов в том, что они:
- 1) более прочно соединяется с базисом протеза;
 - 2) передает жевательную нагрузку протеза на пародонт опорных зубов по продольной оси зуба;
 - 3) обеспечивает более надежную стабилизацию протеза;
 - 4) более эстетичны;
 - 5) 1+2+3;
 - 6) 3+4;
 - 7) 1+4.
197. Для определения разделительной линии на опорных зубах с помощью параллелометра применяют метод:
- 1) определения среднего угла наклона продольных осей зубов, выбранных в качестве опоры;
 - 2) выбора наклона модели (логический метод);
 - 3) 1+2.
198. Соединение кламмера с каркасом протеза может быть:
- 1) жестким;
 - 2) упругим;
 - 3) шарнирным;
 - 4) 1+2+3.
199. При заболеваниях пародонта желательно использовать следующий тип соединения кламмера с каркасом протеза:
- 1) жесткое соединение;
 - 2) упругое соединение;
 - 3) шарнирное соединение;
 - 4) 1+2+3..
200. Соединение искусственных пластмассовых зубов с базисом съемных протезов:
- 1) механическое;
 - 2) химическое.
201. Соединение искусственных фарфоровых зубов с пластмассовым базисом протеза осуществляется:
- 1) механически;
 - 2) химическим путем.
202. При создании съемных протезов на верхнюю челюсть используют вариант постановки искусственных передних зубов:
- 1) на приточке;
 - 2) на искусственной десне;
 - 3) 1 + 2.

203. Основным критерием для выбора формы искусственных зубов при протезировании полным съемным протезом является:
- 1) величина альвеолярной части;
 - 2) форма лица;
 - 3) анатомические ориентиры: крылья носа, состояние красной каймы губ при улыбке;
 - 4) желание пациента.
204. Прибор, имитирующий движения нижней челюсти, называется:
- 1) окклюдатор;
 - 2) артикулятор;
 - 3) параллелометр;
 - 4) 1+2.
205. Фиксация адгезионных мостовидных протезов зависит от площади накладок, используемых для фиксации:
- 1) прямо пропорционально;
 - 2) обратно пропорционально;
 - 3) не зависит.
206. При протезировании мостовидными протезами малых включенных дефектов зубных рядов наиболее щадящим для опорных зубов является:
- 1) металлокерамический протез;
 - 2) металлопластмассовый протез;
 - 3) адгезионный протез.
207. К основным преимуществам адгезионных мостовидных протезов относят:
- 1) эстетичность;
 - 2) щадящее препарирование;
 - 3) прочность конструкции;
 - 4) 1+2;
 - 5) 1+2+3;
 - 6) 2+3
208. Для создания вкладок используют:
- 1) фарфоровые массы;
 - 2) полимерные и композиционные материалы;
 - 3) сплавы металлов;
 - 4) 1 + 2 + 3.
209. Основными элементами каркаса дугового съемного протеза являются:
- 1) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + опорно-удерживающие кламмеры + дробители нагрузки;
 - 2) дуга + опорно-удерживающие кламмеры + пластмассовый базис;
 - 3) металлические крепления для фиксации пластмассы + дуга + дробители нагрузки.
210. Основным преимуществом использования протезов с балочным креплением является:
- 1) технологичность;
 - 2) дополнительное шинирующее действие на опорные зубы;
 - 3) высокая эстетичность протезов;
 - 4) 2+3
211. При деформациях зубных рядов, вызванных мезиодистальным смещением зубов, при малых и средних включенных дефектах, когда из-за сильного наклона опорных зубов требуется девитализация пульпы, наиболее рациональным считается протезирование:
- 1) металлокерамическими мостовидными протезами;
 - 2) паяными мостовидными протезами;
 - 3) разборными мостовидными протезами.
212. К непрямым фиксаторам дугового съемного протеза относят:

1) окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза;

2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза.

213. Прямыми фиксаторами дугового съемного протеза принято считать:

1) различного рода окклюзионные накладки, непрерывные кламмеры, отростки базиса и другие приспособления для предупреждения опрокидывания протеза (т.е. вращения его вокруг кламмерной линии);

2) различные кламмерные системы, обеспечивающие фиксацию протеза непосредственной ретенцией.

214. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковых репродукций металлом:

1) паяльная комната;

2) гипсовочная комната;

3) полировочная комната;

4) литейная комната;

5) полимеризационная комната.

215. Производственное помещение зуботехнической лаборатории для замены восковой модели протеза на пластмассу:

1) паяльная комната;

2) гипсовочная комната;

3) полировочная комната;

4) литейная комната;

5) полимеризационная комната.

216. При моделировании искусственных коронок в артикуляторе жевательные бугорки должны иметь анатомическую форму:

1) невыраженную;

2) резко выраженную;

3) умеренно выраженную;

4) подобную таковой у одноименного зуба на противоположной стороне;

5) 3+4.

217. Для создания искусственных зубов в мостовидном протезе применяют воск:

1) базисный;

2) липкий;

3) моделировочный для мостовидных работ;

4) лавакс.

218. При создании искусственных коронок гипсовые модели челюстей укрепляются:

1) в окклюдаторе;

2) в артикуляторе;

3) в эстезиометре;

4) в параллеломере;

5) в гнатодинамометре;

6) не используют дополнительных устройств;

7) 1+2;

8) 1+2+3+4+5.

219. При создании штампованной коронки моделирование воском проводят на:

1) гипсовом штампе;

2) гипсовой модели челюсти;

3) разборной модели челюсти;

4) огнеупорной модели челюсти;

5) 1+2+3+4.

220. 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 окисной пленки;

3) пескоструйную обработку каркаса и получение окисной пленки.

221. При создании металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме естественного зуба:

- 1) несколько меньшем;
- 2) полном;
- 3) несколько большем.

222. Разборная гипсовая модель необходима при создании искусственной коронки:

- 1) штампованной;
- 2) пластмассовой;
- 3) металлокерамической;
- 4) штампованной, облицованной пластмассой;
- 5) фарфоровой;
- 6) 1+2+4;
- 7) 3+5.

223. Полирование несъемных мостовидных протезов проводят с помощью:

- 1) полировочной пасты;
- 2) шлифовальных эластических кругов;
- 3) щетинных и нитяных щеток;
- 4) войлочных фильцев;
- 5) 1+2+3+4.

224. Флюсы при паянии необходимы для:

- 1) очищения спаиваемых поверхностей элементов протеза;
- 2) уменьшения температуры плавления припоя;
- 3) увеличения площади спаиваемых поверхностей;
- 4) предотвращения образования пленки окислов;
- 5) предварительного соединения спаиваемых деталей.

225. Температура плавления припоя должна быть:

- 1) выше температуры плавления соединяемых частей протеза;
- 2) ниже температуры плавления соединяемых частей протеза;
- 3) равна температуре плавления соединяемых частей протеза.

226. Моделирование тела паяного мостовидного протеза проводят:

- 1) перед моделированием опорных коронок;
- 2) на этапе проверки опорных коронок на модели;
- 3) одновременно с моделированием опорных коронок;
- 4) после проверки опорных коронок в клинике.

227. Нагнетание расплавленного сплава металлов в форму-опоку осуществляется методом:

- 1) вакуумирования;
- 2) давления;
- 3) разогрева бензиновой горелкой;
- 4) центробежного литья;
- 5) 1+2+4;
- 6) 1+2+3+4.

228. Для плавления кобальтохромового сплава при литье используют:

- 1) газовую горелку;
- 2) бензиновую горелку;
- 3) вольтовую дугу;
- 4) высокочастотное электрическое поле;
- 5) 1+3.

229. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассовый используют способ гипсовки моделей в кювету:

- 1) прямой;

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

Тема №5. Протезирование больных с частичным разрушением коронки зуба

230. Полное разрушение коронки зуба обусловлено:

- 1) отломом коронки при обширной пломбе;
- 2) травмой зуба;
- 3) заболеванием пародонта;
- 4) повышенной стираемостью до шейки зуба;
- 5) 1+3;
- 6) 1+2+4.

231. Периапикальные изменения, позволяющие использовать корень зуба для ортопедического лечения:

- 1) хронический фиброзный периодонтит;
- 2) хронический гранулирующий периодонтит с длительной ремиссией;
- 3) киста;
- 4) 1+ 2.

232. Искусственными культевыми коронками можно восстановить:

- 1) однокорневые;
- 2) многокорневые;
- 3) резцы верхней челюсти;
- 4) 1+2

233. В однокорневых зубах штифт искусственной культы зуба должен заходить в корневой канал на:

- 1) 1/3 длины корня;
- 2) 1/2 длины корня;
- 3) 2/3 длины корня;
- 4) всю длину корня.

234. В многокорневых зубах штифт должен заходить в корневой канал на:

- 1) всю длину корня;
- 2) 2/3 длины корня;
- 3) 1/2 - 1/3 длины корня.

235. К противопоказаниям для протезирования штифтовыми зубами относят:

- 1) короткие искривленные корни, глубокое разрушение корня под десной, заболевание пародонта, неполное пломбирование канала;
- 2) многокорневые зубы с непараллельными каналами;
- 3) гиперплазированная десна, закрывающая корень;
- 4) хронический воспалительный процесс в области верхушки корня в стадии ремиссии.

236. Обязательные элементы искусственной культевой коронки:

- 1) искусственная культя со штифтом;
- 2) искусственная коронка;
- 3) 1 + 2.,???????

237. Возможные способы моделирования искусственной культы со штифтом

- 1) прямой - врачом, непосредственно в полости рта;
- 2) зубным техником на модели по полученному врачом двойному оттиску зубного ряда;
- 3) 1+2.

238. Показания к применению литых цельнометаллических коронок:

- 1) нарушение анатомической формы коронок естественных зубов;

- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов;
- 3) нарушение цвета коронок естественных зубов;
- 4) 1+2.

239. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок:

- 1) нарушение анатомической формы и цвета коронок естественных зубов;
- 2) повышенное стирание твердых тканей зубов;
- 3) непереносимость пластмассовых облицовок;
- 4) 1+2+3.

240. При препарировании зубов под литые коронки уступ формируется:

- 1) недоходя до десны;
- 2) на уровне десны;
- 3) апикальнее десневого края;
- 4) 2+3.

241. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при протезировании металлокерамической коронкой?

- 1) желобообразный;
- 2) под углом 135° к продольной оси зуба;
- 3) не нужно уступа.

242. Культия, подготовленная под металлокерамическую коронку зуба, должна иметь наклон боковых стенок в пределах:

- 1) $20-25^\circ$;
- 2) $10-12^\circ$;
- 3) $5-7^\circ$.

243. По периметру шейки зуба при протезировании металлокерамической коронкой формируется уступ шириной:

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

244. Оттиск при протезировании металлокерамической коронкой получают с помощью:

- 1) альгинатных материалов;
- 2) силиконовых материалов;
- 3) гипса;
- 4) термопластических материалов.

245. При протезировании металлокерамической коронкой получают оттиск:

- 1) двойной;
- 2) функциональный;
- 3) частичный.

246. Возможно ли применение пластмассовых коронок для иммобилизации подвижных зубов

- 1) да, как постоянная шина, особенно при наличии невысоких коронок или депульпированных зубов;
- 2) нет;
- 3) да, но только как временное средство при протезировании металлополимерными или металлокерамическими коронками.

247. При препарировании твердых тканей клыков верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует проявлять:

- 1) на вершках бугорков;
- 2) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности;
- 3) в оральной вогнутости коронки.

248. При подготовке полости под вкладку делают фальц:

- 1) на $1/3$ толщины эмали;
- 2) на всю толщину эмали;
- 3) на $1/2$ толщины эмали;
- 4) в пределах твердых тканей, отступив от полости на 0,5-1 мм.

249. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью:
- 1) предупреждения смещения вкладки;
 - 2) исключения опрокидывающего момента;
 - 3) лучшей фиксации и прилегания;
 - 4) исключения сколов эмали.
250. Режим препарирования зуба под вкладку:
- 1) охлаждение, острый центрированный вращающийся инструмент, минимальное давление;
 - 2) без охлаждения, острый инструментарий, максимальное давление;
 - 3) без охлаждения, не оказывая никакого давления.
251. Сколько поверхностей коронковой части зуба необходимо препарировать под искусственную коронку:
- 1) 3;
 - 2) 4;
 - 3) 5.
252. Для препарирования твердых тканей зуба применяются:
- 1) сепарационные диски;
 - 2) алмазные и карборундовые фасонные головки;
 - 3) алмазные круги;
 - 4) 1+2+3.
253. Степень разобщения препарированного зуба с антагонистами проверяют с помощью:
- 1) копировальной бумаги;
 - 2) обычной папиросной бумаги;
 - 3) полоски разогретого воска.
254. Слой ткани, сошлифованный с жевательной поверхности зуба при препарировании под штампованную металлическую коронку, должен быть не менее:
- 1) 0,3 мм;
 - 2) 0,2 мм;
 - 3) 1 мм.
255. Для получения оттисков после препарирования коронки зуба под искусственную коронку нужно использовать:
- 1) гипс;
 - 2) альгинатные массы;
 - 3) силиконовые массы;
 - 4) термопластические материалы;
 - 5) 2 или 3.
256. При препарировании зуба под пластмассовую или фарфоровую коронку целесообразно создавать циркулярный придесневой уступ под углом:
- 1) 45°;
 - 2) 90°, 135°;
 - 3) 30°.
257. При препарировании зуба под фарфоровую коронку слой сошлифованной ткани с жевательной поверхности или режущего края составляет:
- 1) 1,5-2 мм;
 - 2) 0,5-1 мм;
 - 3) 0,2-0,3 мм.
258. Искусственная штампованная коронка должна погружаться в зубодесневую бороздку не более чем на:
- 1) 0,2 – 0,3 мм;
 - 2) 1 мм;
 - 3) 2 мм.
259. Для постоянной фиксации искусственных коронок используют:
- 1) фосфат-цемент;

- 2) репин;
- 3) стекло-иономерный цемент;
- 4) поликорбаксилатный цемент;
- 5) 1+3+4.

260. Первый клинический прием при протезировании искусственной коронкой включает в себя:

- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования, рентгенологическое обследование, препарирование зуба, получение рабочего и вспомогательного оттисков, определение центрального соотношения челюстей;
- 2) получение оттиска;
- 3) опрос, осмотр, рентгенологическое исследование, получение оттиска.

261. При протезировании цельнолитой искусственной коронкой для получения рабочего и вспомогательного оттисков применяют:

- 1) альгинатные массы;
- 2) альгинатные и силиконовые материалы;
- 3) термопластические массы;
- 4) любой оттисковой материал.

262. Какие оттисковые массы следует использовать при протезировании полимерными коронками?

- 1) кристаллизующиеся, альгинатные, силиконовые;
- 2) силиконовые;
- 3) термопластические, кристаллизующиеся.

263. На какую толщину проводят препарирование твердых тканей при протезировании пластмассовыми коронками?

- 1) на 0,25 – 0,3 мм;
- 2) от 0,7 до 1,5 – 2 мм;
- 3) на толщину соответствующей пришеечной части.

264. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под пластмассовую коронку?

- 1) форму цилиндра;
- 2) форму конуса (наклон боковых стенок не более 3 – 5°);
- 3) форма не имеет значения.

265. Что должен сделать врач после препарирования зубов при протезировании искусственными коронками:

- 1) получить оттиски челюстей;
- 2) определить центральное соотношение челюстей;
- 3) получить модели челюстей;
- 4) покрыть зуб фтор-лаком;
- 5) покрыть зуб временной коронкой
- 6) 1+4+5.

266. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под цельнолитую коронку?

- 1) конуса;
- 2) цилиндра;
- 3) соответствовать анатомической форме своей функциональной группы;
- 4) 2+3.

267. Укрепление пластмассовой коронки на опорном зубе включает в себя:

- 1) оценку качества коронки в ротовой полости;
- 2) оценку качества коронки на модели, медикаментозную обработку коронки, проверку коронки в полости рта, фиксацию коронки цементом;
- 3) фиксацию коронки цементом на опорном зубе.

268. Проверка металлокерамической коронки в полости рта включает:

- 1) оценку анатомической формы и цвета коронки;
- 2) проверку окклюзионных и межзубных контактов;
- 3) 1+2.

269. Первый клинический прием при протезировании пластмассовой коронкой включает в себя:

- 1) опрос, осмотр, составление плана протезирования;
- 2) рентгенологическое обследование;
- 3) препарирование зуба, получение рабочего и вспомогательного оттисков, определение центрального соотношения, выбор цвета коронки;
- 4) 1+2+3.

270. Создание культи зуба конической формы с углом конвергенции 3-5° обеспечивает:

- 1) свободное наложение металлокерамического протеза;
- 2) исключает напряжение в цельнолитом каркасе;
- 3) предупреждает сколы керамической облицовки;
- 4) 1+2+3.

271. Препарирование зубов под искусственные коронки проводят:

- 1) твердосплавными борами;
- 2) алмазными головками;
- 3) фрезами;
- 4) карборундовыми камнями;
- 5) сепарационными дисками;
- 6) 1 + 2+4+5.

272. При препарировании зуба под металлическую коронку необходимо:

- 1) сошлифовать твердые ткани на толщину металла;
- 2) сошлифовать твердые ткани в соответствии с диаметром клинической шейки зуба;
- 3) создать просвет между зубами (препарированным и антагонистом) на толщину металлической коронки и слоя фиксирующего цемента;
- 4) 2+3.

273. Величина сошлифовывания твердых тканей зуба при препарировании под искусственную коронку зависит от:

- 1) анатомической формы зуба;
- 2) анатомической формы зуба и материалов для искусственной коронки;
- 3) типа коронки.

274. Искусственную металлическую коронку по показаниям можно снять с опорного зуба, используя:

- 1) колесовидный бор;
- 2) вулканитовый диск;
- 3) фрезу;
- 4) алмазную головку;
- 5) карборундовую головку;
- 6) 1+2;
- 7) 3+4.

275. При моделировании искусственных коронок в окклюдаторе жевательные бугорки должны иметь анатомическую форму:

- 1) невыраженную;
- 2) резко выраженную;
- 3) умеренно выраженную;
- 4) одноименного зуба на противоположной стороне;
- 5) 3+4.

276. Причины протетического гингивита или пародонтита при протезировании искусственными коронками:

- 1) отсутствие экватора;
- 2) широкий периметр коронки в области шейки зуба;
- 3) длинный край коронки;
- 4) отсутствие контактного пункта с соседними зубами;
- 5) 1+2+3+4.

277. Вкладки и искусственные коронки используются для:

- 1) замещения дефекта коронки зуба;
- 2) замещения дефекта зубного ряда;
- 3) опоры мостовидных протезов;

- 4) предупреждения дальнейшего повышенного стирания зубных тканей;
- 5) 1+2;
- 6) 1+ 3 + 4

278. Дефект коронки зуба замещают:

- 1) штифтовым зубом;
- 2) искусственной коронкой;
- 3) мостовидным протезом;
- 4) вкладкой;
- 5) полукоронкой;
- 6) 1+2+4 + 5.

279. Опасность пульпита при препарировании зубов можно уменьшить:

- 1) изменением скорости вращения инструмента;
- 2) более точной центровкой инструмента;
- 3) охлаждением зуба;
- 4) непрерывным сошлифовыванием зуба;
- 5) 1+2+3.

280. Для литых коронок используются:

- 1) нержавеющая сталь;
- 2) золотой сплав 750 пробы;
- 3) кобальтохромовый сплав;
- 4) серебряно-палладиевый сплав;
- 5) титановый сплав;
- 6) 2+3+4 +5.

281. Ретракционные нити используют для:

- 1) связывания подвижных зубов перед снятием оттиска;
- 2) фармако-механического расширения десневой бороздки перед снятием двойного оттиска;
- 3) 1+2.

282. Для устранения клиновидных дефектов используют:

- 1) вкладки;
- 2) искусственные коронки;
- 3) съемные конструкции протезов;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.

Тема № 6. Ортопедическое лечение при полном разрушении коронковой части зуба

283. Противопоказаниями для протезирования искусственной культей со штифтом являются:

- 1) короткие искривленные корни, глубокое разрушение корня под десной, заболевание пародонта, неполное пломбирование канала;
- 2) многокорневые зубы с непараллельными каналами;
- 3) гиперплазированная десна, закрывающая корень;
- 4) хронический воспалительный процесс в области верхушки корня в стадии ремиссии.

284. Причина трещин корня при протезировании штифтовыми конструкциями:

- 1) использование укороченного штифта;
- 2) асимметричный профиль поперечного сечения штифта;
- 3) изменения в периодонте протезируемого корня;
- 4) чрезмерное расширение корневого канала;
- 5) 1+4

285. Показание к применению искусственной культи со штифтом (штифтами):

- 1) устойчивые корни зубов;
- 2) массивное или полное разрушение коронковой части зуба
- 3) поддесневое разрушение корня;;
- 3) искривленные корни с тонкими стенками;

- 4) заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни;
- 5) устойчивые зубы после гемисекции.

286. Материал для изготовления искусственной культи со штифтом:

- 1) золото 900-й пробы;
- 2) золото 750-й пробы;
- 3) нержавеющая сталь;
- 4) КХС, серебряно-палладиевый сплав;
- 5) 1 золото-платиновые сплавы;
- 6) 2+3+4+5.

287. Раскрытие и расширение корневых каналов под штифт должно проводиться:

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

288. Требования к корням зубов при протезировании штифтовыми конструкциями:

- 1) пломбированы до верхушки, отсутствие очагов хронических инфекций в периодонте, прямые, устойчивые;
- 2) количество корней 2 или 3;
- 3) канал запломбирован на 2/3, подвижность II степени.

289. Прямой способ создания искусственной культи со штифтом предполагает:

- 1) моделирование репродукции вкладки из воска врачом, замещаемой в лаборатории на металл;
- 2) снятие двойного оттиска с заранее подготовленного канала, после чего зубной техник получает огнеупорную модель, моделирует вкладку из воска, заменяет воск металлом;
- 3) вытачивание вкладки из стандартных заготовок.

290. Недостаточное раскрытие корневого канала под искусственную кулю со штифтом приводит:

- 1) к раскалыванию корня;
- 2) к нарушению фиксации;
- 3) 1+2;
- 4) к изменениям в пародонте.

291. Воск для моделирования искусственной культи со штифтом называется:

- 1) лавакс;
- 2) базисный воск;
- 3) воск моделировочный для мостовидных протезов;
- 4) липкий воск;
- 5) быстродействующая масса «Дюра-Лей» (Фирма Dentsply).

292. Оптимальный материал для получения оттисков при непрямом методе создания искусственной культи со штифтом:

- 1) силиконовая оттискная масса;
- 2) оттискные массы на основе альгиновой кислоты;
- 3) гипс;
- 4) термопластические массы.

293. Косвенный метод создания литой культи со штифтом:

- 1) получение двойного оттиска, отливку зубным техником огнеупорной модели, создание на модели из восковой репродукции искусственной культи с последующей ее заменой на сплав металлов;
- 2) моделировка культи из воска в полости рта, отливка в лаборатории из металла;
- 3) припасовка стандартных заготовок штифтов с фарфоровыми коронками.

294. Раскрытие корневого канала под штифт можно проводить:

- 1) шаровидными и фиссурными борами;
- 2) дрельборами;
- 3) 1+2;
- 4) алмазными головками.

295. Ориентиром для выбора направления движения бора при раскрытии и расширении канала служит:
- 1) внутривитовой прицельный рентгеновский снимок;
 - 2) пятно пломбировочного материала в канале;
 - 3) ориентиров не существует;
 - 4) 1+2
296. Круглое сечение штифта используется для:
- 1) предотвращения вращения штифта в канале;
 - 2) облегчения припасовки штифта;
 - 3) предотвращения раскола корня;
 - 4) 1+2;
 - 5) создание параллельности опорных культей.
297. В качестве временного протеза может быть использован штифтовой зуб, имеющий в своем составе:
- 1) штифт и металлическую коронку;
 - 2) штифт, надкорневую защитную пластинку и пластмассовую коронку;
 - 3) штифт и пластмассовую коронку.
298. Для более надежной фиксации пластмассового зуба к штифту:
- 1) на штифте делают насечки;
 - 2) штифт изгибают в виде петли;
 - 3) 1+2;
 - 4) используют стандартные штифты.
299. Разрушение коронковой части зуба на 2/3 и более является показанием к протезированию:
- 1) обычной искусственной коронкой;
 - 2) искусственной культевой коронкой;
 - 3) частичным съемным протезом;
 - 4) вкладкой.
300. Обязательные элементы любой штифтовой конструкции:
- 1) штифт внутриканальный;
 - 2) искусственная культя;
 - 3) надкорневая защитная пластинка;
 - 4) 1+2.
301. Культя зуба может быть использована под штифтовую конструкцию без предварительной подготовки, если она разрушена:
- 1) выше уровня десны;
 - 2) на уровне десневого края;
 - 3) ниже десневого края;
 - 4) 1+2.
302. Удалению подлежат корни:
- 1) с патологической подвижностью II-III степени;
 - 2) прикрытые гиперплазированной десной;
 - 3) при пломбировании на 2/3 длины корня.
303. Методы обследования корней зубов:
- 1) УЗИ;
 - 2) рентгенологический;
 - 3) тепловизионный.
304. Корни с I степенью патологической подвижности:
- 1) подлежат удалению;
 - 2) могут использоваться как составной элемент шинирующей конструкции;
 - 3) используются для протезирования штифтовыми конструкциями.
305. Разборная искусственная культя со штифтом используется при протезировании:

- 1) многокорневых зубов с параллельными каналами;
- 2) многокорневых зубов с непараллельными каналами;
- 3) однокорневых зубов;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+3;
- 6) 2+3.

306. Преимущество штифтов, сделанных заводским способом:

- 1) они могут быть размещены и фиксированы за одно посещение;
- 2) сокращают время подготовительных процедур.

307. По форме штифты могут быть:

- 1) коническими;
- 2) цилиндрическими;
- 3) комбинированными;
- 4) 1+2+3.

308. По способу фиксации различают штифты:

- 1) ввинчивающиеся;
- 2) фиксируемые цементом (гладкие и зубчатые);
- 3) 1+2.

309. Для улучшения фиксации штифта в канале корня:

- 1) на поверхности создают нарезки;
- 2) создают дополнительное место в устьевой части корня для вкладочной части искусственной культи;
- 3) 1+2.

310. При протезировании искусственной культей со штифтом возможны следующие осложнения:

- 1) продольный перелом корня зуба;
- 2) перфорация стенок корня;
- 3) нарушение фиксации;
- 4) 1+2+ 3;
- 5) 1 +3.

311. В каких случаях для армирования зубов лучше использовать фиксируемые цементом штифты?

- 1) у лиц пожилого возраста;
- 2) если эндодонтическое лечение зуба проводилось более двух лет назад;
- 3) если корень зуба искривлен и облитерирован;
- 4) 1+2;
- 5) 1 +2 + 3.

312. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

- 1) обычной искусственной коронкой;
- 2) штифтовой конструкцией;
- 3) съемным протезом;
- 4) вкладкой;
- 5) искусственной коронкой, с предварительным созданием искусственной культи со штифтом.

313. Требование к корням зубов, используемых для литой искусственной культи со штифтом:

- 1) пломбирование до верхушки корня;
- 2) пломбирование до верхушки корня не обязательно;
- 3) корень с расширенной периодонтальной щелью;
- 4) искривленный канал, пломбированный до верхушки.

314. Искусственная культа со и штифтом может быть использована на:

- 1) однокорневых зубах верхней и нижней челюстей;
- 2) резцах, клыках и премолярах верхней челюсти;
- 3) резцах, клыках и премолярах нижней челюсти;
- 4) любых зубах верхней и нижней челюстей;
- 5) 1+2+3.

315. У штифтовых зубов длина штифта относительно высоты искусственной коронки должна составлять:

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

Тема №7. Ортопедическое лечение при повышенной стираемости зубов

316. В каком ответе наиболее полно перечислены эндогенные факторы, влияющие на развитие повышенной стираемости зубов?

- 1) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, заболевания щитовидной железы;
- 2) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов;
- 3) нарушение обмена веществ, нарушения гистогенеза, неполноценная структура твердых тканей зубов, генетическая предрасположенность, нарушение процесса минерализации твердых тканей зубов и функции желез внутренней секреции.

317. К местным факторам, влияющим на развитие повышенной стираемости зубов, относят:

- 1) функциональную перегрузку пародонта передних зубов вследствие потери премоляров и моляров, влияние профессиональных вредностей, неравномерную концентрацию жевательного давления, бруксизм;
- 2) наличие зубочелюстных аномалий;
- 3) нарушения витаминного баланса, синдром Стентона-Капдепона, хронические химические повреждения эмали.

318. Горизонтальная форма повышенной стираемости зубов характеризуется:

- 1) убылью твердых тканей в вестибуло-оральном направлении.
- 2) убылью твердых тканей в горизонтальной плоскости;
- 3) неравномерным ускоренным стиранием твердых тканей без уменьшения межальвеолярной высоты.

319. Вертикальная форма повышенной стираемости зубов характеризуется:

- 1) убылью твердых тканей в вестибуло-оральном направлении.
- 2) убылью твердых тканей в горизонтальной плоскости;
- 3) неравномерным ускоренным стиранием твердых тканей без уменьшения межальвеолярной высоты.

320. Первая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей:

- 1) до 1/3 высоты коронки зуба;
- 2) до 1/2 высоты коронки зуба;
- 3) 2/3 высоты коронки зуба.

321. Вторая степень повышенной стираемости зубов означает убыль твердых тканей:

- 1) до контактных пунктов (от 1/3 до 2/3 высоты коронки зуба);
- 2) от 2/3 высоты коронки зуба;
- 3) до 1/3 высоты коронки зуба;
- 4) в пределах дентина.

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

- 1) до 1/3 высоты коронки зуба;
- 2) от 2/3 высоты коронки зуба;
- 3) до экватора зуба;
- 4) в пределах дентина с просвечиванием полости зуба.

323. 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.

324. Для декомпенсированной формы разлитой стираемости зубов характерно:
- 1) снижение высоты нижнего отдела лица;
 - 2) повышение высоты нижнего отдела лица;
 - 3) неизменность высоты нижнего отдела лица.
325. Разлитая стираемость зубов компенсируется:
- 1) расслаблением жевательных мышц;
 - 2) вакатной гипертрофией альвеолярной части;
 - 3) появлением подвижности зубов;
 - 4) повышением тонуса жевательных мышц.
326. Ортопедическое лечение больных с повышенной стираемостью зубов направлено на:
- 1) восстановление высоты нижнего отдела лица, обеспечение множественных окклюзионных контактов и выравнивание окклюзионной поверхности, замещение дефектов зубных рядов;
 - 2) уменьшение гиперэстезии эмали;
 - 3) замещение дефектов зубных рядов.
327. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости к протезированию включает в себя:
- 1) нормализацию окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью временных ортопедических конструкций;
 - 2) депульпирование зубов с повышенной чувствительностью;
 - 3) восстановление нормальной окклюзионной высоты и положения нижней челюсти с помощью цельнолитых протезов;
 - 4) 1+2.
328. Назовите поверхности зубов, подвергающиеся функциональному стиранию:
- 1) вестибулярные (щечные) поверхности;
 - 2) жевательные бугорки (режущие края);
 - 3) контактные поверхности;
 - 4) 2+3;
 - 5) язычные (небные) поверхности;
 - 6) 1+2.
329. Убыль твердых тканей зубов у лиц молодого и среднего возраста при функциональной стираемости происходит в пределах:
- 1) эмали;
 - 2) дентина;
 - 3) до полости зуба.
330. Убыль твердых тканей зубов при повышенной стираемости происходит в пределах:
- 1) эмали;
 - 2) дентина;
 - 3) 1+2
331. При повышенной стираемости зубов чувствительность дентина может:
- 1) понижаться;
 - 2) оставаться в пределах нормы;
 - 3) повышаться;
 - 4) 2+3;
 - 5) 1+2+3
332. Наибольшую микротвердость имеет следующая ткань зуба:
- 1) дентин;
 - 2) эмаль;
 - 3) цемент;
 - 4) пульпа.
333. При повышенной стираемости микротвердость обнаженного дентина:
- 1) понижается;

- 2) не изменяется;
- 3) повышается.

334. При локализованной форме повышенной стираемости высота нижнего отдела лица, как правило:

- 1) уменьшается;
- 2) увеличивается;
- 3) не изменена.

335. При повышенной стираемости зубов может наблюдаться повышенная чувствительность дентина к следующим раздражителям:

- 1) химическим;
- 2) температурным;
- 3) тактильным;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.

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

- 1) 1 месяца;
- 2) 1-3 месяцев;
- 3) 3-6 недель;
- 4) 6-12 месяцев.

337. К возможным лицевым симптомам при разлитой декомпенсированной форме повышенной стираемости можно отнести:

- 1) опущенные углы рта, заеды;
- 2) втянутые щеки;
- 3) выраженные носогубные и подбородочные складки;
- 4) асимметрия лица;
- 5) западение губ;
- 6) 1+2+3+5;
- 7) 1+3.

338. Возможный отоневрологический синдром при уменьшении нижней части лица проявляется:

- 1) головокружением, шаткой походкой, хрустом и щелканьем в височно-нижнечелюстном суставе;
- 2) ощущением заложенности в ухе, головокружением, понижением слуха;
- 3) глухотой, звоном в ушах, усиливающимся при наклоне головы в стороны, хрустом и щелканьем в височно-нижнечелюстном суставе;
- 4) головокружением, тошнотой, рвотой, общим недомоганием.

339. Назовите общие причины, вызывающие повышенную стираемость:

- 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).

340. Назовите 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.

341. Миостатический рефлекс - это:

- 1) установление новой толщины жевательных мышц;
- 2) рефлекторный спазм с жевательных мышц в ответ на растяжение;?????
- 3) 1+2.

Тема №8. Протезирование при частичной потере зубов мостовидными конструкциями

342. По классификации Кеннеди зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе относят:
- 1) к первому классу;
 - 2) к второму классу;
 - 3) к третьему классу;
 - 4) к четвертому классу.
343. Если в зубном ряду несколько дефектов, относящихся к различным классам, то по классификации Кеннеди зубную дугу относят к:
- 1) меньшему по порядку классу;
 - 2) большему по порядку классу.
344. По классификации Е.И. Гаврилова челюсти с одиночно сохранившимися зубами относят:
- 1) к первому классу;
 - 2) ко второму классу;
 - 3) к третьему классу;
 - 4) к четвертому классу.
345. При удалении зубов зубной ряд распадается на группы зубов:
- 1) жевательные группы;
 - 2) функционирующие группы;
 - 3) нефункционирующие группы;
 - 4) 2+3.
346. Патологическое состояние, при котором повышенную функциональную нагрузку здоровый пародонт зуба испытывает при его преждевременном контакте (на одиночной коронке):
- 1) первичная травматическая окклюзия;
 - 2) вторичная травматическая окклюзия.
347. Вторичная травматическая окклюзия возникает вследствие:
- 1) изменения направления, величины, времени действие нагрузки на здоровый пародонт;
 - 2) дистрофии или воспаления пародонта, делающие его неспособным воспринимать нагрузку, которая ранее была адекватной;
 - 3) преждевременного контакта зубов.
348. Травматическая окклюзия может возникнуть:
- 1) при деформациях окклюзионной поверхности зубных рядов;
 - 2) при частичной потере зубов;
 - 3) 1+2;
 - 4) при глотании.
349. Явления компенсации функциональной перегрузки пародонта выражаются:
- 1) в усилении кровообращения;
 - 2) в увеличении числа и толщины маргинальных волокон периодонта;
 - 3) в явлениях гиперцементоза и остеосклероза;
 - 4) 1+2+3.
350. Резервные силы пародонта – это:
- 1) способность выдерживать жевательное давление;
 - 2) способность пародонта приспособливаться к повышению функциональной нагрузки;
 - 3) способность воспринимать жевательное давление в условиях его дистрофии и воспаления.
351. Преимущество мостовидных протезов перед частичными съемными пластиночными протезами:
- 1) максимальное восстановление жевательной эффективности;
 - 2) надежная фиксация протезов;
 - 3) быстрая адаптация к протезам;
 - 4) минимальные размеры протеза;
 - 5) 1+2+3+4.
352. 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 до 4 резцов;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

353. К методам нормализации распределения жевательного давления опорных зубов при протезировании мостовидными протезами относят:

- 1) увеличение количества опорных зубов;
- 2) уменьшение площади жевательной поверхности промежуточной части мостовидного протеза;
- 3) моделировка зуба с меньшим жевательным коэффициентом;
- 4) моделировка невыраженных бугорков;
- 5) 1+2+3+4.

354. В боковом отделе промывное пространство мостовидного протеза должно составлять:

- 1) 4-5 мм;
- 2) 3-4 мм;
- 3) не должно быть промывного пространства;
- 4) 1-2 мм.

355. Для опоры мостовидного протеза можно использовать зубы, каналы которых пломбированы:

- 1) до верхушки корня;
- 2) за верхушку корня;
- 3) не полностью;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3;
- 6) 1+2+3.

356. Тело мостовидного протеза в боковом отделе по отношению к альвеолярному гребню во всех случаях должно иметь:

- 1) прямоугольную форму;
- 2) чечевицеобразную форму;
- 3) любую форму;
- 4) промывное пространство.

357. Мостовидные протезы противопоказаны при протезировании:

- 1) больших дефектов, ограниченных зубами с различным функциональным назначением;
- 2) дефектов, ограниченных дистально зубом с патологической подвижностью;
- 3) дефектов, ограниченных зубами с низкими клиническими коронками;
- 4) 1+2+3.

358. При создании металлокерамического мостовидного протеза анатомическую форму будущей искусственной коронки опорного зуба восстанавливают за счет:

- 1) металла;
- 2) керамического покрытия;
- 3) 1+2.

359. Протезирование после удаления боковых зубов позволяет:

- 1) восстановить непрерывность зубного ряда;
- 2) обеспечить боковую защиту сустава;
- 3) предупредить снижение межальвеолярной высоты;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

360. Опорными элементами несъемных мостовидных протезов могут быть:

- 1) полные коронки (штампованные, литые);
- 2) телескопические коронки;
- 3) коронки на искусственной культе со штифтом;
- 4) вкладки во вкладке;
- 5) вкладки;
- 6) 1+2;

7) 1+3+4+5.

361. При поражении краевого пародонта экваторные коронки, как опора мостовидных протезов:

- 1) могут применяться;
- 2) не могут применяться.

362. Возможно ли использовать один корень нижнего моляра после гемисекции в качестве опоры мостовидного протеза?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) возможно, если удаление корня приведет к образованию одностороннего концевое дефекта.

363. Вкладки, как фиксирующие элементы мостовидного протеза, используются:

- 1) на зубах с низкой клинической коронкой;
- 2) при повышенной стираемости зубов;
- 3) при дефектах в пределах одной функциональной группы зубов;
- 4) 1+2+3.

364. Фиксация мостовидного протеза вкладками применяются при дефектах зубного ряда:

- 1) большой протяженности;
- 2) при небольших дефектах, расположенных в пределах одной функциональной группы зубов;
- 3) любой протяженности.

365. К недостаткам паянных мостовидных протезов относят:

- 1) наличие паянного шва;
- 2) электролитическое воздействие припоя;
- 3) поломку протеза по линии пайки;
- 4) почернение по линии соединения элементов;
- 5) 2+3+4.

366. Ошибкой при протезировании мостовидными протезами следует считать:

- 1) необоснованное расширение показаний к протезированию мостовидным протезом;
- 2) отсутствие множественных контактов мостовидного протеза с зубами-антагонистами;
- 3) неправильную моделировку каркаса протеза;
- 4) увеличение межальвеолярной высоты;
- 5) неудовлетворительные эстетические качества протеза;
- 6) 1 + 2+3+4 + 5.

367. При моделировании контактных поверхностей опорных коронок паяного мостовидного протеза экватор должен быть:

- 1) хорошо выражен;
- 2) не выражен
- 3) отсутствовать.

368. В каком случае необходимо от тела мостовидного протеза на язычную поверхность опорной коронки отвести отросток (лапку)?

- 1) когда коронка имеет значительную высоту;
- 2) в любом случае;
- 3) когда контактная поверхность, обращенная к дефекту, имеет малую площадь.

369. Нарушения нормальной деятельности височно-нижнечелюстного сустава при частичной потере зубов можно объяснить:

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

370. При наличии раковин и пор в каркасе металлокерамического протеза следует:

- 1) наносить керамическое покрытие, которое закрывает дефект;

- 2) наносить керамическое покрытие, если дефекты незначительны;
- 3) переделать каркас на этом этапе.

371. При препарировании зубов под металлокерамические опорные коронки мостовидного протеза уступ с вестибулярной стороны располагают:

- 1) на уровне десны;
- 2) ниже уровня края десны;
- 3) выше уровня десны.

372. При препарировании опорных зубов под штампованную коронку снимают слой тканей, равный:

- 1) 0,25-0,3 мм;
- 2) 0,5-1 мм;
- 3) 1-2 мм;
- 4) 1,5-2,5 мм.

373. Литье промежуточной части мостовидного протеза происходит:

- 1) под давлением;
- 2) центробежно;
- 3) вакуумно;
- 4) по выплавляемым моделям на огнеупорных моделях, помещенных в формы из огнеупорного материала;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1 +2 + 3+ 4.

374. Огнеупорные модели челюстей готовят:

- 1) без дублирования гипсовых моделей;
- 2) с дублированием гипсовых моделей;
- 3) 1+2.

375. При протезировании переднего отдела зубного ряда металлоакриловыми мостовидными протезами к слизистой оболочке должна прилегать:

- 1) металлическая часть, что предотвращает травму слизистой при набухании пластмассовой облицовки;
- 2) пластмассовая часть, что предотвращает травму слизистой оболочки металлической частью тела протеза;
- 3) не должны прилегать элементы тела протеза.

376. Минимальная толщина стенки восковой модели каркаса коронки (с учетом пластмассового колпачка) для обеспечения качества отливок и допуска на механическую обработку металла должна быть:

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

377. На всей поверхности каркаса металлокерамического протеза при моделировании:

- 1) не должно быть острых углов, резких поднутрений;
- 2) должны быть хорошо выражены углы;
- 3) должны быть хорошо выражены углы и поднутрения.

378. Показания к протезированию разборной мостовидной конструкцией:

- 1) подвижность опорных зубов;
- 2) концевой дефект зубного ряда;
- 3) большое количество опорных зубов;
- 4) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект;
- 5) большая протяженность дефекта зубного ряда.

379. Опорами съемного мостовидного протеза могут быть:

- 1) вкладки, полукоронки, коронки, штифтовые зубы;
- 2) вкладки, полукоронки, коронки, искусственные культы со штифтом;
- 3) вкладки, полукоронки, искусственные культы со штифтом, литые кламмеры;
- 4) полукоронки, штифтовые зубы, литые кламмеры, телескопические коронки;
- 5) телескопические коронки, литые кламмеры, замковые крепления, балки.

380. Составными частями несъемного мостовидного протеза являются

- 1) опорные коронки;
- 2) промежуточная часть;
- 3) кламмеры;
- 4) дуга;
- 5) 1+2;
- 6) 3+4.

381. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до:

- 1) 30%;
- 2) 60%;
- 3) 100%.

382. Способ передачи жевательного давления в мостовидных протезах:

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

383. Выбор количества опорных зубов при планировании конструкции 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 метода изготовления протеза;
- 6) 2+3+4;
- 7) 1+2+3+4+5.

384. Промежуточная часть мостовидного протеза при отсутствии 11 и 12 зуба имеет:

- 1) седловидную форму;
- 2) промывную форму;
- 3) касательную форму.

385. Несъемные мостовидные протезы имеют опорные элементы:

- 1) коронки;
- 2) полукоронки;
- 3) замковые крепления;
- 4) вкладки;
- 5) штифтовые зубы;
- 6) кламмеры;
- 7) 1+2+4+5;
- 8) 3+6.

386. Противопоказания к протезированию мостовидным протезом с односторонней опорой

- 1) подвижность зубов, ограничивающих дефект зубного ряда;
- 2) концевой дефект;
- 3) большое количество опорных зубов;
- 4) мезиальный прикус;
- 5) большая протяженность дефекта зубного ряда;
- 6) 1+2+5;
- 7) 3+4.

387. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным является:

- 1) необходимость депульпирования опорного зуба;
- 2) неудовлетворительное эстетическое качество;
- 3) наличие опрокидывающего и вывихивающего моментов в области опорного зуба;
- 4) сошлифовывание большого количества тканей опорного зуба.

388. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают:

- 1) топографию дефекта зубного ряда;
- 2) состояние пародонта зубов-антагонистов;
- 3) величину дефекта зубного ряда;

- 4) абсолютную силу жевательных мышц;
- 5) анатомическую форму зубов;
- 6) состояние пародонта опорных зубов;
- 7) 1+2+3+6;
- 8) 4+5.

389. Форма тела мостовидного протеза:

- 1) седловидная, промывная, касательная;
- 2) промывная, цельнолитая, диаторическая;
- 3) касательная, перекрестная, с гирляндой.

390. Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

- 1) касается её всей поверхностью;
- 2) касается в двух точках;
- 3) касается в одной точке;
- 4) не касается.

391. Форма тела мостовидного протеза в области боковых зубов:

- 1) касательная;
- 2) висячая с промывным пространством;
- 3) седловидная;
- 4) может быть любой;
- 5) зависит от протяженности дефекта.

392. Форма тела мостовидного протеза в области передних зубов:

- 1) касательная;
- 2) висячая с промывным пространством;
- 3) седловидная;
- 4) может быть любой;
- 5) зависит от протяженности дефекта.

393. Коррекция каркаса опорных коронок является клиническим этапом при протезировании мостовидным протезом:

- 1) любым;
- 2) паяным;
- 3) цельнолитым;
- 4) металлоакриловым;
- 5) металлокерамическим.

394. На этапе проверки конструкции паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории:

- 1) на модели;
- 2) без модели;
- 3) на гипсовых и/или металлических штампах.

395. Для постоянной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

- 1) репин;
- 2) цемент Унифас или Айрекс;
- 3) искусственный дентин;
- 4) цемент Силидонт.

Тема № 9. Протезирование при частичной потере зубов пластиночными съемными протезами

396. Пластиночный протез состоит из:

- 1) базиса с искусственными зубами в области отсутствующих зубов;
- 2) кламмеров;
- 3) замковых креплений;
- 4) 1+2;
- 5) 1+2+3.

397. Границы базиса съемного пластиночного протеза с вестибулярной стороны проходят:

- 1) по переходной складке верхней и нижней челюсти;
- 2) по переходной складке верхней челюсти, обходя уздечку верхней губы и верхние щечные уздечки;
- 3) по переходной складке нижней челюсти в области преддверия полости рта, обходя уздечку нижней губы и нижние щечные уздечки;
- 4) 2+3.

398. Кламмеры делятся на следующие группы:

- 1) по форме;
- 2) по технологии;
- 3) по величине охвата естественного зуба, по функции;
- 4) удерживающие, опорно-удерживающие, опирающиеся;
- 5) 1+2+3;
- 6) 2+4.

399. По величине охвата естественного зуба различают кламмеры:

- 1) одноплечие;
- 2) двухплечие;
- 3) расщепленные, перекидные;
- 4) кольцевые, многозвеньевые;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2+4.

400. Воображаемая линия, проходящая через опорные зубы, называется:

- 1) диагональной;
- 2) экваторной;
- 3) кламмерной.

401. Элементом проволочного кламмера является:

- 1) плечо;
- 2) отросток;
- 3) тело;
- 4) окклюзионная накладка;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+3+4.

402. Литой кламмер состоит из:

- 1) плеча;
- 2) отростка;
- 3) тела;
- 4) окклюзионной накладки;
- 5) ответвления;
- 6) 1+2+3+4;
- 7) 1+2+3+4+5.

403. Проволочное плечо 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.

404. Упругость плеча кламмера зависит от:

- 1) материала;
- 2) толщины ;
- 3) длины;
- 4) вида прикуса;
- 5) 1+3+4;
- 6) 1+2+3.

405. Функциональное назначение стабилизирующей части плеча кламмера:
- 1) препятствует действию сил, направленных косо под углом;
 - 2) препятствует действию сил, направленных горизонтально;
 - 3) препятствует смещению шины в вертикальном направлении;
 - 4) удерживает зуб от смещения при вертикальном его нагружении;
 - 5) 1+2;
 - 6) 3+4;
 - 7) 1+2+3+4.
406. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации:
- 1) устойчивость зубов;
 - 2) отсутствие хронического воспалительного околоверхушечного очага;
 - 3) выраженная экваторная часть коронки;
 - 4) 1+2+3.
407. Показания к использованию искусственных коронок для кламмерной фиксации:
- 1) аномальная форма зуба;
 - 2) большая часть зуба восстановлена пломбирочным материалом;
 - 3) обнажение шейки зуба;
 - 4) гиперестезия эмали;
 - 5) наклон зуба в сторону дефекта;
 - 6) 1+ 2 +3+ 4+ 5.
408. Съёмные протезы и ортодонтические аппараты, поступающие из зуботехнической лаборатории, перед применением во врачебном кабинете подвергают:
- 1) стерилизации;
 - 2) промыванию в проточной воде;
 - 3) дезинфекции.
409. Выбор количества опорных зубов для фиксации частичных съёмных протезов 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) 1+2+3+4+5.
410. Существуют следующие способы соединения кламмера с базисом протеза:
- 1) жесткое;
 - 2) пружинящее;
 - 3) линейное;
 - 4) суставное;
 - 5) 1+2+4;
 - 6) 1+2+3;
 - 7) 1+2+3+4;
 - 8) 2+4.
411. Легче определить центральную окклюзию:
- 1) при полном отсутствии зубов;
 - 2) при одиночно сохранившихся зубах;
 - 3) при наличии зубов-антагонистов.
412. Окклюзионная поверхность прикусного валика в переднем отделе должна быть параллельна:
- 1) линии от козелка уха до кончика носа;
 - 2) зрачковой линии;
 - 3) линии надбровных дуг.
413. Окклюзионная поверхность прикусного валика в боковом отделе должна быть параллельна:
- 1) линии от козелка уха до кончика носа;

- 2) зрачковой линии;
- 3) линии края нижней челюсти.

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

- 1) анатомический;
- 2) анатомо-функциональный;
- 3) антропометрический.

415. Функциональный покой жевательной мускулатуры и нижней челюсти характеризуется:

- 1) наличием межокклюзионного расстояния;
- 2) плотно сжатыми зубами;
- 3) открытым ртом.

416. Искусственные зубы для съемных протезов подбираются по:

- 1) форме;
- 2) цвету;
- 3) размеру;
- 4) величине;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+4.

417. Режущие края искусственных центральных резцов в съемном протезе должны:

- 1) при закрытом рте совпадают с линией смыкания губ;
- 2) при разговоре видны на 1 - 2 мм;
- 3) не видны вообще;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2.

418. Искусственные зубы для съемных протезов бывают:

- 1) металлические;
- 2) пластмассовые;
- 3) фарфоровые;
- 4) комбинированные;
- 5) 2+4;
- 6) 1+2+3.

419. Постановку искусственных зубов на приточке осуществляют:

- 1) при короткой верхней губе;
- 2) при длинной верхней губе;
- 3) при выраженном альвеолярном отростке в переднем отделе;
- 4) при атрофии альвеолярного отростка в переднем отделе;
- 5) 1+3;
- 6) 2+4.

420. Преимущества пластмассовых искусственных зубов перед фарфоровыми:

- 1) больше твердость;
- 2) более надежное соединение с базисом протеза;
- 3) возможность постановки на приточке;
- 4) возможность использования при глубоком прикусе;
- 5) более легкая коррекция окклюзионной поверхности;
- 6) 2+3+4+5;
- 7) 1+2+4.

421. Проверку восковой конструкции пластиночного протеза начинают:

- 1) с определения высоты нижней части лица;
- 2) с введения репродукции протеза в полость рта;
- 3) с оценки конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе.

422. Постановка боковых искусственных зубов в съемном протезе на верхнюю челюсть осуществляется:

- 1) на 1,5 мм вестибулярнее вершины альвеолярного гребня;

2) посередине альвеолярного отростка;

3) на 1,5 мм оральнее вершины альвеолярного гребня.

423. Проверка восковой репродукции съёмного пластиночного протеза проводится:

1) зубным техником на модели;

2) врачом в полости рта;

3) 1+2.

424. При проверке конструкции частичного съёмного протеза на стадии постановки искусственных зубов в полости рта должно быть плотное смыкание:

1) между искусственными и естественными зубами-антагонистами, а также между естественными зубами-антагонистами;

2) между искусственными и естественными зубами-антагонистами при наличии щели 1,5 - 2 мм между естественными зубами-антагонистами;

3) между естественными зубами-антагонистами при наличии щели 1,5 - 2 мм между искусственными и естественными зубами-антагонистами.

425. Возможные выявляемые ошибки при проверке конструкции частичного съёмного протеза:

1) неправильно определенное положение центральной окклюзии;

2) не совпадение цвета искусственных и естественных зубов;

3) граница базиса не соответствуют клиническим условиям;

4) 1+2;

5) 1+2+3.

426. Свободное наложение съёмного пластиночного протеза часто бывает затруднено из-за:

1) дефектов рабочей поверхности гипсовой модели;

2) дефектов базиса протеза;

3) выраженного экватора сохранившихся зубов;

4) отсутствия изоляции костных выступов и небного валика (торуса);

5) 1+2+3+4.

427. К факторам, влияющим на длительность периода адаптации к съёмным пластиночным протезам, относят:

1) площадь базиса протеза;

2) индивидуальные психофизиологические особенности пациента;

3) толщину базиса протеза;

4) особенности конструирования искусственных зубных рядов;

5) метод фиксации протеза;

6) 1+2+3+5;

7) 1+3+5.

428. Первая фаза адаптации к съёмному протезу по Гаврилову:

1) реакция на протез как на инородное тело;

2) рефлекторная перестройка деятельности мышц и суставов;

3) протекает без каких-либо реакций.

429. Съёмные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до:

1) 20-40 %;

2) 50-70 %;

3) 70-90 %;

4) 90-100 %.

430. При реставрации пластиночного протеза оттиск необходимо получить при:

1) переломе базиса;

2) трещине в базисе;

3) отломе кламмера;

4) добавлении искусственного зуба;

5) уточнении границ базиса протеза;

6) 1+2;

7) 3+4+5;

8) 1+2+3+4+5.

431. Показанием к непосредственному протезированию является:

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

432. При непосредственном протезировании зубных рядов протезы готовят:

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

433. Применение непосредственных протезов позволяет:

- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица;
- 2) ускорить репаративные процессы альвеолярных частей;
- 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов;
- 4) восстановить речь, функцию жевания;
- 5) устранить эстетические дефекты;
- 6) воздействовать психотерапевтически;
- 7) 2+4+5;
- 8) 1+2+3+4+5 +6.

434. Способ передачи жевательного давления частичных съемных пластиночных протезов на ткани протезного ложа считается:

- 1) физиологическим;
- 2) нефизиологическим;
- 3) полуфизиологическим.

435. При непосредственном протезировании рабочие оттиски снимают:

- 1) через 4 и более недель после удаления зубов;
- 2) через 1-5 дней после удаления зубов;
- 3) до удаления зубов.

436. Для определения центрального соотношения челюстей из зуботехнической лаборатории в клинику поступают гипсовые модели челюстей:

- 1) фиксированные в окклюдаторе;
- 2) с восковыми базами и окклюзионными валиками;
- 3) с восковыми базами и окклюзионными валиками, фиксированными в окклюдаторе.

437. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти:

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

438. Фарфоровые искусственные зубы фиксируются в базе протеза:

- 1) механическим способом;
- 2) химическим способом;
- 3) 1+2.

439. Удержание съемного протеза при действии вертикальных сбрасывающих сил называется:

- 1) ретенцией;
- 2) стабилизацией.

440. Удержание съемного протеза при действии горизонтальных сбрасывающих сил называется:

- 1) фиксацией;
- 2) стабилизацией.

441. Линия, соединяющая зубы, на которых располагаются кламмера, называется:

- 1) диагональной;
- 2) экваторной;

- 3) кламмерной;
- 4) разделительной;
- 50 линией «А».

442. На этапе проверки восковой конструкции съемного протеза в клинику поступают:

- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели;
- 2) пластмассовый базис с зубами и кламмерами;
- 3) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели;
- 4) восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе.

443. Плотность фиссурбугоркового контакта между искусственными зубами частичных съемных пластиночных протезов проверяют на этапе:

- 1) припасовки и наложения протезов;
- 2) коррекции протезов;
- 3) определения центрального соотношения челюстей;
- 4) проверки восковой конструкции протеза в полости рта;
- 5) 1+2+4.

444. После наложения частичного съемного протеза пациенту рекомендуют явиться на контрольный осмотр для коррекции протеза:

- 1) по мере возникновения боли;
- 2) на следующий день после наложения протеза;
- 3) через неделю после наложения протеза.

445. Проверка частичного съемного пластиночного протез проводится:

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

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

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

447. Вторая фаза адаптации к съемному протезу по Е.И.Гаврилову:

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

448. Третья фаза адаптации к съемному протезу по Е.И.Гаврилову:

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

449. При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется:

- 1) не снимать протез до посещения врача;
- 2) снять протез, но надеть за 3-4 часа до посещения врача;
- 3) снять протез до посещения врача.

Тема № 10. Ортопедическое лечение при частичной потере зубов дугowymi протезами

450. Дуговой протез включает в себя:

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

451. Литой кламмер состоит из:

- 1) плеча;
- 2) окклюзионной накладки;
- 3) тела;

- 4) отростка;
- 5) ответвления;
- 6) 1+2+3+4.

452. При использовании дугового протеза во время жевания давление передается на:

- 1) пародонт опорных зубов;
- 2) слизистую оболочку альвеолярных частей;
- 3) височно-нижнечелюстной сустав;
- 4) контрфорсы верхней и траектории нижней челюсти;
- 5) 1+2+3 +4.

453. Базисом в дуговом протезе является:

- 1) седло (а);
- 2) дуга;
- 3) ретенционная решетка.

454. Функция дуги в дуговом протезе:

- 1) вспомогательная роль - соединительный элемент;
- 2) распределение жевательной нагрузки;
- 3) дробитель нагрузки;
- 4) 1+2.

455. Число седел должно соответствовать числу дефектов:

- 1) да;
- 2) нет.

456. Типы креплений дугового протеза на опорных зубах:

- 1) замковое;
- 2) литые кламмеры;
- 3) балочное;
- 4) телескопические коронки;
- 5) 1+2 +3+4.

457. Из какого материала отливается каркас дугового протеза?

- 1) сталь нержавеющей;
- 2) хромокобальтовый сплав;
- 3) серебряно-палладиевый сплав;
- 4) золото-платиновый сплав;
- 5) сплав титана;
- 6) 2 +4 +5.

458. Какая пластмасса используется для базиса дугового протеза?

- 1) этакрил;
- 2) протакрил;
- 3) синма-М;
- 4) фторакс;
- 5) 1 + 4;
- 6) 2+3.

459. Огнеупорная модель при создании дуговых (бюгельных) протезов применяется для:

- 1) компенсации усадки металлической отливки;
- 2) лучшей фиксации протеза;
- 3) определения путей введения протеза;
- 4) устранения деформации восковой конструкции;
- 5) 1+ 4.

460. Толщина дуги в каркасе дугового (бюгельного) протеза верхней челюсти составляет:

- 1) 0,2 мм;
- 2) 1-1,5 мм;
- 3) 0,6 мм.

461. Ширина дуги в каркасе дугового (бюгельного) протеза верхней челюсти составляет:
- 1) 2 мм;
 - 2) 10 - 12 мм;
 - 3) 5 - 8 мм.
462. Толщина дуги в каркасе дугового (бюгельного) протеза нижней челюсти составляет:
- 1) 5 - 8 мм;
 - 2) 1 - 1,5 мм;
 - 3) 1,5 - 2 мм.
463. Ширина дуги в каркасе дугового (бюгельного) протеза нижней челюсти составляет:
- 1) 3 - 5 мм;
 - 2) 6 - 8 мм;
 - 3) 10 - 12 мм.
464. На какую величину должна отстоять дуга верхней челюсти от слизистой оболочки:
- 1) 0,1 - 0,3 мм;
 - 2) 0,5 мм;
 - 3) 0,7 - 0,9 мм.
465. На какую величину должна отстоять дуга нижней челюсти от слизистой оболочки:
- 1) 1 - 1,5 мм;
 - 2) 0,2 мм;
 - 3) 2,0 - 2,5 мм.
466. Какая технология дуговых протезов отвечает современным требованиям?
- 1) получение цельнолитого каркаса дугового протеза;
 - 2) получение паяного каркаса дугового протеза.
467. Каков оптимальный вариант расположения кламмерной линии дугового протеза верхней челюсти?
- 1) трансверзальный
 - 2) диагональный;
 - 3) парасагиттальный.
468. Каков оптимальный вариант расположения кламмерной линии дугового протеза нижней челюсти?
- 1) сагиттальный;
 - 2) диагональный;
 - 3) трансверзальный;
 - 4) разделительный.
469. Типы соединения кламмера дугового протеза с седлом:
- 1) жесткое;
 - 2) шарнирное;
 - 3) пружинящее;
 - 4) 1+2+3.
470. Телом кламмера называется его:
- 1) пружинящая часть;
 - 2) неподвижная часть;
 - 3) та часть, которая служит креплением кламмера в протезе.
471. При использовании дуговых протезов наибольшее распространение получили следующие типы кламмеров:
- 1) литые;
 - 2) гнутые;
 - 3) петлевидные.
472. Упругость кламмер зависит от:
- 1) металла, из которого он сделан;
 - 2) термической обработки;

- 3) профиля поперечного сечения;
- 4) длины плеча;
- 5) 1+2+3+4.

473. Линия, которую очерчивает графитовый стержень параллелометра на гипсовом зубе, называется:

- 1) линией А;
- 2) разделительной линией;
- 3) кламмерной линией;
- 4) линией клинического экватора;
- 5) линией анатомического экватора.

474. Крепления Шредера, Румпеля, Дольдера - это:

- 1) балочные системы крепления;
- 2) многозвеньевые кламмеры;
- 3) замковые крепления.

475. Какой элемент дугового протеза обеспечивает его стабилизацию?

- 1) дуга;
- 2) литой кламмер;
- 3) седло;
- 4) ответвление;
- 5) 2+3.

476. Ориентировочной линией при топографии элементов литого кламмера на опорном зубе является:

- 1) линия анатомического экватора;
- 2) разделительная линия;
- 3) линия десневого края;
- 4) кламмерная линия.

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

- 1) уменьшение передачи давления с седла на опорный зуб;
- 2) уменьшение горизонтального компонента функциональной нагрузки;
- 3) уменьшение опрокидывающего эффекта;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

478. Фиксирующая часть литого кламмера, обеспечивающая ретенцию дугового протеза при вертикальных смещениях, располагается:

- 1) в буферной зоне;
- 2) в окклюзионной зоне;
- 3) в ретенционной зоне;
- 4) в зоне безопасности.

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

- 1) совпадать с продольной осью зуба;
- 2) быть приблизительно перпендикулярной продольной оси зуба;
- 3) быть под углом в 45° к вертикальной оси зуба.

480. Упругость плеча кламмера зависит от:

- 1) материала, из которого сделан;
- 2) толщины кламмера;
- 3) длины плеча;
- 4) вида прикуса;
- 5) 1+3+4;
- 6) 1+2+3.

481. Если при изучении моделей челюстей в параллелометре используют ее задний наклон, то путь наложения дугового протеза будет:

- 1) вертикальным;
- 2) горизонтальным;

- 3) спереди назад;
- 4) сзади наперед.

482. Если при изучении моделей челюстей в параллелометре используют ее правый боковой наклон, то путь наложения дугового протеза будет:

- 1) вертикальным;
- 2) горизонтальным;
- 3) сзади наперед.
- 4) слева направо;
- 5) спереди налево;
- 6) справа налево.

483. Разделительная линия, проведенная на коронке зуба, должна пересекаться:

- 1) окклюзионной накладкой;
- 2) удерживающим плечом кламмера;
- 3) когтевидным отростком.

Тема № 11. Ортопедическое лечение при деформациях окклюзионных поверхностей зубных рядов

484. Основным фактором, ведущим к возникновению деформации окклюзионной поверхности зубных рядов и прикуса, является:

- 1) множественное кариозное поражение окклюзионной поверхности зубов;
- 2) неравномерная локализованная стираемость зубов;
- 3) частичная потеря зубов;
- 4) разрушение или истираение пломбировочных материалов;
- 5) новообразования челюстей;
- 6) травматические поражения челюстей;
- 7) 1+2+3+4+5+6.

485. Частичная потеря зубов может приводить:

- 1) к деформации альвеолярной части (отростка);
- 2) к смещению зубов, блокирование движений нижней челюсти;
- 3) к макроглоссии, гиперсаливации;
- 4) 1+2.

486. Постановка диагноза «деформация зубных рядов» осуществляется на основе осмотра и изучения:

- 1) прицельных рентгенограмм зубов;
- 2) жалоб пациента и внешнего осмотра лица;
- 3) диагностических моделей челюстей, ортопантограммы и телерентгенограммы;
- 4) мастикациограммы и гнатодинамометрии.

487. Аппаратурно-хирургический метод исправления деформаций зубных рядов включает в себя:

- 1) избирательное сошлифовывание зубов, перемещение нижней челюсти;
- 2) покрытие зубов искусственными коронками, применение аппарата для перемещения зубов в вестибулооральном, мезиодистальном направлении;
- 3) компактостеотомию, аппаратурное лечение, протезирование.

488. Основная цель лечения деформации 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 блокирующих движение нижней челюсти;
- 6) 1+4+5.

489. Причинами возникновения синдрома Костена являются:

- 1) травма височно-нижнечелюстного сустава, общие инфекционные заболевания, ревматизм, подагра, уменьшение межальвеолярной высоты;

- 2) уменьшение межальвеолярной высоты, сифилис, неврит лицевого нерва, новообразования в области ВНЧС;
- 3) перелом в области шейки мыщелкового отростка, анкилоз ВНЧС, туберкулез кости;
- 4) уменьшение межальвеолярной высоты.

490. Синдром Костена проявляется в следующем:

- 1) боль при перкуссии зубов, гипертрофия слизистой оболочки альвеолярного гребня, шум в ушах, сухость во рту, головокружение;
- 2) боль или хруст в ВНЧС, шум в ушах, головокружение, боли в ушах и заушной области, в шейном отделе и затылочной области, головная боль, чувство жжения в языке и глотке, сухость во рту или повышенное слюноотделение, тризм, боль в области придаточных пазух носа;
- 3) боль и хруст в ВНЧС, иррадиирующие в ухо, верхнюю и нижнюю челюсть, а также соответствующую половину головы, головная боль, тяжесть и ломота в суставах всего тела, самопроизвольные ноющие боли отдельных зубов.

491. Изменения, возможные в жевательном аппарате больных при нарушении окклюзионных взаимоотношений и уменьшении межальвеолярной высоты:

- 1) нарушение жевательной функции, неравномерное распределение жевательного давления, формирование глубокого травмирующего прикуса, дисфункция ВНЧС;
- 2) нарушение дикции, заболевания языка и ЛОР-органов, парафункции мышц;
- 3) травмирование слизистой оболочки полости рта, заболевания губ, асимметрия лица, заеды в углах рта.

492. Назовите главные симптомы деформаций, возникающих вследствие потери зубов при зубочелюстных аномалиях:

- 1) увеличение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, мезиальный сдвиг нижней челюсти;
- 2) уменьшение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти;
- 3) перемещение зубов, уменьшение межальвеолярной высоты, блокада движений нижней челюсти, дистальный или боковой сдвиг нижней челюсти.

493. Назовите цели выравнивания окклюзионной поверхности деформированного зубного ряда при полном отсутствии зубов на другой челюсти:

- 1) устранение блокады движений нижней челюсти;
- 2) улучшение стабилизации полного съемного протеза;
- 3) улучшение фиксации полного съемного протеза;
- 4) нормализация межальвеолярной высоты;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+3;
- 7) 3+4.

494. Возникновение преждевременных контактов отдельных зубов при смыкании челюстей происходит вследствие:

- 1) деформации окклюзионной поверхности зубных рядов;
- 2) повышенной стираемости пломбы на окклюзионной поверхности зуба-антагониста;
- 3) неравномерной стираемости или отсутствия стираемости отдельных зубов, групп зубов;
- 4) изменения положения зубов вследствие поражения пародонта
- 5) 1+2 +4;
- 6) 3+4.

495. Деформация окклюзионной поверхности зубного ряда возникает вследствие:

- 1) отсутствия соседних зубов и зубов-антагонистов;
- 2) повышенной стираемости отдельных групп зубов и отсутствия стираемости других групп зубов;
- 3) отсутствие стираемости отдельных зубов, групп зубов;
- 4) изменение положения зубов вследствие поражения пародонта;
- 5) 1+2+4;
- 6) 3+4.

496. Показанием к избирательному пришлифовыванию зубов является:

- 1) преждевременный контакт или наличие контакта только на отдельных зубах при смыкании челюстей в центральной, боковых и передней окклюзии;
- 2) открытый прикус;

3) перекрестный прикус.

497. Шина – это:

- 1) средство замещения дефектов зубных рядов;
- 2) аппарат для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда;
- 3) аппарат для нормализации межальвеолярной высоты прикуса.

498. Каким аппаратом можно провести изменение межальвеолярной высоты?

- 1) съемным накусочным;
- 2) несъемной зубной каппой;
- 3) дуговым (бюгельным) протезом;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+2.

Тема № 12. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов

499. Какие из ниже перечисленных материалов позволяют получить «жемчужный» феномен искусственных зубов?

- 1) диметакрилаты;
- 2) люминофоры;
- 3) гидроксипапатиты.

500. Какие из ниже перечисленных материалов используют для получения функциональных оттисков с беззубых челюстей?

- 1) силиконовые;
- 2) альгинатные;
- 3) полиэфирные;
- 4) 1+3;
- 5) 2+3;
- 6) 1+2.

501. Какие из нижеперечисленных материалов используют для базисов полных съемных протезов?

- 1) Комподент, Эвикрол, Микрофил;
- 2) Сикор, Силит;
- 3) Этакрил, Фторакс, Бакрил.

502. Клинические признаки полной потери зубов:

- 1) потеря фиксированной межальвеолярной высоты, изменение внешнего вида пациента;
- 2) изменение угла нижней челюсти;
- 3) уменьшение размеров языка;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3.

503. Угол сагиттального суставного пути составляет:

- 1) 33°;
- 2) 95°;
- 3) 113°.

504. Угол Беннетта или угол трансверзального суставного пути составляет:

- 1) 15°;
- 2) 33°;
- 3) 110°.

505. Понятие «буферные зоны» было введено:

- 1) Оксманом;
- 2) Васильевым;
- 3) Гавриловым.

506. К биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относится:

- 1) анатомическая ретенция, внутрикостные имплантаты;
- 2) использование магнитов, утяжеление протезов;

3) явление адгезии.

????? 507. К биофизическим методам фиксации полных съемных протезов относится:

- 1) крепление с помощью пружин Фошара;
- 2) присасывающие камеры;
- 3) утяжеление нижних протезов;
- 4) создание краевого замыкающего клапана.

508. Проба «глотания слюны» применяется для припасовки индивидуальной ложки на нижней челюсти в области:

- 1) края расположенного в ретромолярной области на язычном скате альвеолярного гребня;
- 2) вдоль челюстно-подъязычной линии;
- 3) на подъязычном крае ложки.

509. Проба «широкое открывание рта» применяется для коррекции индивидуальной ложки на верхней челюсти в области:

- 1) щечных уздечек;
- 2) переднего отдела;
- 3) альвеолярных бугров до места постановки моляров.

510. После наложения полного съемного протеза на верхнюю челюсть нарушается произношение фонемы «К» в результате:

- 1) утолщения и удлинения дистального отдела протеза;
- 2) укорочения дистального отдела протеза;
- 3) утолщения базиса протеза в области боковых зубов.

511. У пациента после реставрации полного съемного протеза верхней челюсти спустя 5 дней появилось ощущение жжения под протезом. Объективно: гиперемия, отек и разрыхление слизистой оболочки твердого неба. Предположительный диагноз:

- 1) токсический стоматит;
- 2) обострение хронического гастрита;
- 3) острая респираторная вирусная инфекция.

512. Универсальную классификацию беззубых челюстей предложил:

- 1) Оксман;
- 2) Келлер;
- 3) Шредер.

513. Проба «вытягивания губ» требует коррекции индивидуальной ложки верхней челюсти в области:

- 1) проекции расположения передних зубов;
- 2) щечных уздечек;
- 3) проекции расположения боковых зубов.

514. Компрессионный оттиск используется при:

- 1) резкой атрофии альвеолярных частей;
- 2) податливой слизистой оболочки протезного ложа;
- 3) низком прикреплении уздечек и тяжей.

515. Хирургическая подготовка при полной потере зубов необходима в случае:

- 1) хейлита, кандидоза;
- 2) наличия рубцов на слизистой оболочке, острой зубчатой вершины альвеолярного гребня;
- 3) снижения межальвеолярной высоты.

516. Что такое «стабилизация полного съемного протеза»?

- 1) устойчивость протеза к горизонтальным и косым нагрузкам;
- 2) устойчивость протеза к вертикальному сбрасыванию;
- 3) 1+2.

517. Что такое «ретенция полного съемного протеза»?

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

3) 1+2.

518. Компрессионный оттиск желательнее получить под давлением:

- 1) произвольным;
- 2) жевательным;
- 3) дозированным.

519. При проверке конструкции съемных протезов обнаружена щель между передними искусственными зубами в положении центральной окклюзии. Ваша тактика:

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

520. При наложении готового протеза на верхнюю челюсть наблюдается его балансирование. Причина:

- 1) отсутствие изоляции небного валика;
- 2) нарушение окклюзии при постановке зубов;
- 3) атрофия альвеолярного отростка 4 класса по Оксману.

521. В течение какого времени происходит окончательная адаптация к полным съемным протезам при первичном протезировании больных?

- 1) 3 – 6 месяцев – 1 год;
- 2) 1 – 2 месяца;
- 3) 2 – 3 недели.

522. Какой фонетической пробой определяют правильность положения передних зубов у полного съемного протеза на верхней челюсти?

- 1) «вэф», «свифт»;
- 2) «сос»;
- 3) «боб», «поп».

523. Наиболее объективным методом определения межальвеолярной высоты является:

- 1) анатомический;
- 2) анатомо-функциональный;
- 3) антропометрический;
- 4) функциональный.

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

- 1) восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели;
- 2) пластмассовый базис с искусственными зубами;
- 3) восковой базис с искусственными зубами на гипсовой модели в окклюдаторе или артикуляторе.

525. Для получения рабочих моделей при протезировании полным съемным пластиночным зубным протезом функциональные оттиски заполняют:

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

526. Отмечается значительная стираемость искусственных зубов на протезе. Имеется западение щек, резкая выраженность носогубных и подбородочных складок. Ваша тактика перед повторным протезированием:

- 1) повторное протезирование с применением фарфоровых зубов;
- 2) специальная ортопедическая подготовка с нормализацией межальвеолярной высоты на старом протезе;
- 3) хирургическая подготовка.

527. Материал, используемый для коррекции полных съемных протезов при повышенной чувствительности слизистой оболочки к пластмассе, костных выступам:

- 1) Ортосил-М;
- 2) Стомальгин;
- 3) Геркулайт.

528. Основным методом фиксации полных съемных протезов в настоящее время является:

- 1) биофизический;
- 2) применение клеящих кремов и порошков;
- 3) применение имплантантов.

Тема №13. Ортопедическое лечение при заболеваниях пародонта

529. Вторичный травматический синдром развивается вследствие:

- 1) воздействия неадекватной нагрузки на ранее интактный пародонт;
- 2) присоединения к хронической травме воспалительного процесса;
- 3) воздействие адекватной нагрузки на ослабленный пародонт.

530. Первичный травматический синдром развивается вследствие:

- 1) воздействия неадекватной нагрузки на ранее интактный пародонт;
- 2) присоединения к хронической травме воспалительного процесса;
- 3) воздействие адекватной нагрузки на ослабленный пародонт.

531. Лечение генерализованного пародонтита:

- 1) общее;
- 2) физиотерапевтическое;
- 3) хирургическое;
- 4) терапевтическое;
- 5) ортопедическое;
- 6) 1+2+3+4+5;
- 7) 3+4+5.

532. Наличие преждевременных окклюзионных контактов зубов выявляется использованием:

- 1) восковой пластинки;
- 2) копировальной бумаги;
- 3) диагностических моделей челюстей;
- 4) визуально;
- 5) записи движения нижней челюсти;
- 6) 1+2+3+4+5;
- 7) 1+2+5.

533. 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 перегрузки;
- 6) шинировать зубы и протезировать больного;
- 7) 1+2+3+4;
- 8) 1+3+4+5+6.

534. Избирательное шлифование зубов наиболее эффективно:

- 1) при патологической подвижности зубов;
- 2) в ранних стадиях заболевания пародонта;
- 3) одинаково эффективно независимо от стадии заболевания.

535. Необходимо выявлять и устранять преждевременные контакты зубов:

- 1) в задней, центральной, передней и боковых окклюзиях;
- 2) в передней и боковых окклюзиях;
- 3) в центральной и боковых окклюзиях;
- 4) в центральной и передней окклюзиях.

536. К возможными осложнениям при избирательном шлифованием зубов относят:

- 1) гиперестезию твердых тканей зубов;
- 2) кариес;
- 3) пульпит;

- 4) снижение межальвеолярной высоты;
- 5) выключение зубов из окклюзионных контактов;
- 6) 1+3+4+5;
- 7) 1+2+3+4+5.

537. При ортогнатическом прикусе сошлифовыванию для устранения преждевременных контактов чаще всего подлежат:

- 1) вертикально переместившиеся резцы;
- 2) нижние щечные и верхние небные бугорки;
- 3) верхние щечные и нижние язычные бугорки;
- 4) нижние щечные и верхние щечные бугорки;
- 5) верхние небные и нижние язычные бугорки;
- 6) 1+3.

538. Использование временных шин целесообразно:

- 1) в период консервативной и хирургической терапии пародонта;
- 2) при подвижности зубов III -IV степени;
- 3) как ретенционный аппарат после ортодонтического перемещения зубов;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+3.

539. К временным шинам относится:

- 1) колпачковая шина;
- 2) шина из панцирных накладок;
- 3) шина Эльбрехта;
- 4) круговая (вестибуло-оральная) шина из быстротвердеющих пластмасс;
- 5) съемная шина Ванкевич;
- 6) стекловолоконно-компомерная шина;
- 7) 4+6;
- 8) 1+2+3.

540. Съемные временные назубные шины готовят из:

- 1) сплава металлов;
- 2) пластмассы;
- 3) стекловолоконного компомера;
- 4) 1+2;
- 5) 2+3.

541. При ортопедическом лечении травматической окклюзии применяют следующие конструкции:

- 1) съемные;
- 2) несъемные;
- 3) временные;
- 4) постоянные;
- 5) 1+2+3+4.

542. Временные шины для лечения болезней пародонта должны:

- 1) равномерно распределять жевательное давление;
- 2) не препятствовать консервативной терапии;
- 3) не травмировать слизистую оболочку десны;
- 4) 1+2+3;
- 5) 2+3.

543. Шина при лечении болезней пародонта:

- 1) способствует сагиттальному перемещению нижней челюсти;
- 2) обеспечивает иммобилизацию группы зубов или всех зубов зубного ряда;
- 3) способствует профилактике заболеваний твердых тканей зуба.

544. Наибольший эффект при травматической окклюзии достигается иммобилизацией зубов:

- 1) передней и боковой;
- 2) переднебоковой;

- 3) поперечной;
- 4) круговой (по дуге).

545. Шинирование передних и боковых зубов с одной стороны челюсти называется иммобилизацией:

- 1) передней;
- 2) боковой;
- 3) переднебоковой;
- 4) поперечной;
- 5) круговой (по дуге).

546. 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.

547. К несъемным постоянным шинам относятся:

- 1) балочная шина, шина Ван -Тилля, колпачковая шина, кольцевая шина;
- 2) шина из экваторных коронок на боковые зубы, вкладочная шина, шина Эльбрехта;
- 3) шина Мамлока, шина из панцирных накладок с парапульпарными штифтами, шина из полукоронок, экваторных коронок, колпачковая шина;
- 4) балочная шина с парапульпарными штифтами, шина Шпренга, шина Мамлока.

548. Выбор вида и конструкции шины зависит от:

- 1) степень резорбции костной ткани пародонта;
- 2) расположения уздечек верхней и нижней губы;
- 3) вида прикуса;
- 4) целостности коронок зубов;
- 5) величины и топографии дефектов зубных рядов;
- 6) 1+2+3+4+5.

549. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает:

- 1) литые кламмеры и дуги;
- 2) пластмассовый базис с искусственными зубами;
- 3) металлический каркас с шинирующими элементами;
- 4) 1+2;
- 5) 2+3.

550. Для получения оттиска при непосредственном протезировании применяют:

- 1) силиконовые массы;
- 2) термопластические массы;
- 3) альгинатные массы;
- 4) гипс.

551. Для непосредственного протезирования вторичной травматической окклюзии чаще наиболее пригоден:

- 1) дуговой протез;
- 2) временный мостовидный протез;
- 3) съемный пластиночный протез;
- 4) дуговой протез с шинирующими элементами.

552. При протезировании съемным непосредственным протезом исключается клинический этап:

- 1) получения оттисков и моделей;
- 2) определения центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей;
- 3) проверки конструкции протеза.

553. Применение непосредственных протезов при заболеваниях пародонта позволяет:

- 1) сохранить высоту нижнего отдела лица;

- 2) устранить эстетический и фонетический недостаток при удалении передних зубов;
- 3) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов, восстановить функцию жевания;
- 4) нормализовать репаративные процессы альвеолярного гребня;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2+3.

554. Клиническим признаком деформаций зубных рядов при пародонтите является:

- 1) веерообразное расхождение передних зубов;
- 2) вестибуло-оральное смещение зубов;
- 3) зубоальвеолярное удлинение и укорочение;
- 4) наклон зубов в сторону дефекта;
- 5) 1+2+3+4.

555. Для ортодонтического лечения веерообразного расхождения передних зубов при вторичной травматической окклюзии применяется:

- 1) связывание зубов лигатурной проволокой;
- 2) пластиночные съемные аппараты с вестибулярной ретракционной дугой;
- 3) несъемные дуговые аппараты;
- 4) 2 + 3.

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

- 1) круговые кламмеры;
- 2) полукоронки;
- 3) когтеобразные отростки;
- 4) непрерывные многосвязные кламмеры;
- 5) шина-каппа;
- 6) 3+4+5;
- 7) 2+3+4.

557. Показанием к применению метода избирательного пришлифовывания зубов при травматической окклюзии является:

- 1) множественный кариес;
- 2) наличие преждевременных межзубных контактов;
- 3) деформация зубных рядов;
- 4) блокада движений нижней челюсти;
- 5) 1+2;
- 6) 2+3+4.

558. Избирательное пришлифовывание бугорков и изменение наклона их скатов при травматической окклюзии проводится на зубах:

- 1) верхней челюсти;
- 2) нижней челюсти;
- 3) верхней и нижней челюсти.

559. При травматической окклюзии устраняют преждевременные контакты избирательным сошлифовыванием зубов :

- 1) в задней окклюзии;
- 2) в центральном соотношении;
- 3) в боковых окклюзиях;
- 4) в передней окклюзии;
- 5) 1+2+3+4;
- 6) 1+2;
- 7) 2+3+4.

560. Ортодонтическое лечение веерообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии:

- 1) компенсации;
- 2) обострения и декомпенсации;
- 3) субкомпенсации;
- 4) 1 + 3.

Тема №14. Протезирование больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта

561. Для дифференциальной диагностики между лейкоплакией и молочницей применяют метод исследования:
- 1) цитологический;
 - 2) серологический;
 - 3) бактериологический;
 - 4) иммунологический.
562. Санация полости рта при лейкоплакии и красном плоском лишае включает:
- 1) устранение разноименных металлов и рациональное протезирование;
 - 2) шинирование зубов;
 - 3) сошлифовывание острых краев зубов и пломб;
 - 4) избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей;
 - 5) 1+3;
 - 6) 2+4.
563. Аллергия на стоматологические материалы относится:
- 1) к реакциям гиперчувствительности немедленного типа;
 - 2) к реакциям гиперчувствительности замедленного типа.
564. Жалоба больных при протетическом стоматите:
- 1) чувство жжения;
 - 2) сухость во рту;
 - 3) нарушение вкусовой чувствительности;
 - 4) 1+2+3.
565. Протетический стоматит обусловлен:
- 1) влиянием на слизистую оболочку полости рта остаточного мономера низкомолекулярных соединений, входящих в состав пластмасс;
 - 2) токсическим воздействием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов протезного ложа;
 - 3) 1+2.
566. Лечение протетического стоматита включает:
- 1) замену протеза;
 - 2) десенсибилизирующую терапию;
 - 3) назначение витамина С;
 - 4) обильное питье;
 - 5) назначение мочегонных препаратов;
 - 6) 1+2+3+4+5.
567. При протезировании больных с лейкоплакией съемными протезами использовать бесцветную пластмассу:
- 1) рекомендуется;
 - 2) не рекомендуется.
568. При протезировании больных с лейкоплакией несъемными протезами рекомендуется использовать:
- 1) однородный металл с полировкой мест пайки;
 - 2) цельнолитые мостовидные протезы;
 - 3) 1+2.
569. При протезировании больных с красным плоским лишаем несъемными протезами применять цельнолитые конструкции из однородного металла:
- 1) целесообразно;
 - 2) не целесообразно.
570. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами можно отнести:
- 1) нарушение теплообмена;
 - 2) несоответствие протеза протезному ложу;
 - 3) изменение водородного показателя слюны;

- 4) 1+2;
- 5) процессы истирания пластмассового базиса;
- 6) 1+2+3+5.

571. Нормальный показатель микротоков полости рта:

- 1) 1-3 мкА;
- 2) 2-6 мкА;
- 3) 2-5 мкА;
- 4) 3-7 мкА.

572. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при пользовании металлическими конструкциями протезов, относят:

- 1) коррозионные процессы;
- 2) изменение водородного показателя слюны в кислую сторону;
- 3) процессы истирания сплавов металлов;
- 4) тепловой эффект;
- 5) 1+2+3.

573. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложена проба:

- 1) аппликационная по Сорокину;
- 2) провокационная;
- 3) экспозиционная;
- 4) лейкопеническая;
- 5) 1+2+3+4.

574. Появление эрозивно-язвенной формы хронических заболеваний полости рта обусловлено:

- 1) осложнениями частичной потери зубов;
- 2) зубоальвеолярным выдвиганием;
- 3) наличием в полости рта протезов из разнородных металлов.

575. При системной красной волчанке при протезировании предпочтительнее использовать сплав металлов:

- 1) КХС;
- 2) серебряно-палладиевый сплав;
- 3) золотой сплав;
- 4) 2+3

576. При хронической заеде целесообразно применять протезы:

- 1) с использованием пластмассовых искусственных зубов;
- 2) с использованием фарфоровых искусственных зубов;
- 3) восстанавливающие высоту нижнего отдела лица.

577. Для восстановления нормального состояния слизистой оболочки полости рта и микроэлементного состава слюны показано:

- 1) применение обволакивающих средств;
- 2) удаление протезов из разнородных металлов;
- 3) применение местноанестезирующих средств.

578. К основным принципам протезирования при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай) относят:

- 1) протезирование преимущественно съёмными протезами;
- 2) использование только удерживающих кламмеров;
- 3) расширение показаний к несъёмным протезам с опорой на оставшихся зубах.

579. К стоматологическим проявлениям болезни Шегрена относят:

- 1) паротит;
- 2) ксеростомию;
- 3) множественный кариес;
- 4) гиперсаливация;
- 5) хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта;
- 6) 1+2+3;

7) 2+5.

580. При протезировании больных с синдромом Шегрена нужно:

- 1) расширить показания к несъемным протезам;
- 2) расширить показания к съемным протезам с повышением нагрузки на слизистую оболочку;
- 3) расширить показания к съемным конструкциям протезов, разгружающим слизистую оболочку полости рта.

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

- 1) гипс;
- 2) эластичные оттисковые массы;
- 3) термопластические массы.

582. 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.

583. К характерным признакам аллергического стоматита, вызванного протезами из сплавов металлов, относят:

- 1) изменение вкусовой чувствительности;
- 2) разлитую гиперемию слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта;
- 3) поражения кожи;
- 4) отек губ, щек, языка
- 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек;
- 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти;
- 7) сухость полости рта;
- 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка;
- 9) повышенную вязкость слюны;
- 10) 1+2+3+4+5+6+7+8+9;
- 11) 2+3+4+6;
- 12) 3+6+7+9.

584. Характерным признаком аллергического стоматита, вызванного акрилатами, является:

- 1) изменение вкусовой чувствительности;
- 2) разлитая гиперемия слизистой оболочки, часто с эрозивными участками на щеках, языке, дне полости рта;
- 3) поражения кожи;
- 4) отек губ, щек, языка
- 5) наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек;
- 6) постоянное чувство жжения, более выраженное на верхней челюсти;
- 7) сухость полости рта;
- 8) обложенность, гиперемия, увеличение языка;
- 9) повышенная вязкость слюны;
- 10) 1+2+3+4+5+6+7+8+9;;
- 11) 2+3+4+6;
- 12) 3+6+7+9.

585. Характерными для токсического стоматита являются:

- 1) первые признаки, возникающие через 1-7 суток;
- 2) первые признаки, возникающие через месяц и более;
- 3) неизменность жжения слизистой оболочки после снятия протеза;
- 4) уменьшение жжения слизистой оболочки при снятии протеза;
- 5) гиперемия, отек только под базисом протеза;

6) гиперемия, отек не только под базисом протеза;

7) 1+4+5;

8) 2+3+6.

Тема №15. Заболевания височно-нижнечелюстного (ВНЧС) сустава и их ортопедическое лечение.

586. Височно-нижнечелюстной сустав образован:

1) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставным бугорком;

2) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой, суставным бугорком;

3) суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставной капсулой и связкой, суставным диском, суставным бугорком, барабанной частью височной кости.

587. Типы движений в верхнем и нижнем отделах ВНЧС:

1) шарнирные;

2) возвратно-поступательные;

3) 1+2.

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

1) понижение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;

2) повышение тонуса жевательных мышц и спазм латеральных крыловидных мышц;

3) расстройство координации сокращения латеральных крыловидных мышц;

4) нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов

5) 1+3;

6) 2+3+4.

589. Назовите оптимальную схему реабилитации заболеваний ВНЧС:

1) ортопедические, медикаментозные, хирургические методы;

2) ортопедические, физиотерапевтические методы, блокады жевательных мышц анестетиками, психотерапия;

3) психотерапия и медикаментозные методы, физиотерапия, миогимнастика, ортопедические методы.

590. Для диагностики заболеваний ВНЧС необходимо использовать клинические методы исследования, такие как:

1) осмотр нижнего отдела лица и зубных рядов в центральной окклюзии, функциональном покое, при максимальном открывании рта;

2) электроодонтометрия;

3) пальпация сустава и жевательных мышц;

4) оценка прикуса, окклюзионных и динамических соотношений зубных рядов;

5) анализ шумов в суставе;

6) получение и анализ диагностических моделей челюстей;

7) 1+2+3+4+5;

8) 1+3+4+5+6.

591. Для рентгенодиагностики заболеваний ВНЧС применяют:

1) рентгенографию по Парму;

2) рентгенографию по Шюллеру;

3) томографию;

4) электромиографию;

5) артрофонографию;

6) 1+2+3;

7) 1+2+3+4+5.

592. В клинике ортопедической стоматологии лечатся заболевания ВНЧС:

1) мышечно-суставные дисфункции;

2) артрозы;

3) хронические артриты;

4) привычные вывихи и подвывихи;

5) анкилозы;

6) 1+2+4+5;

7) 1+2+3+4.

593. Ведущие симптомы при мышечно-суставной дисфункции:
- 1) пальпация сустава болезненная или слабо болезненная;
 - 2) щелканье, хруст;
 - 3) атипичные движения нижней челюсти, смещение ее в сторону;
 - 4) боль при пальпации жевательных мышц;
 - 5) невралгические, головные боли;
 - 6) 1+2+3+4+5..
594. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС какой из возможных диагнозов вы предположите?
- 1) мышечно-суставная дисфункция;
 - 2) хронический артрит;
 - 3) остеоартроз.
595. Комплекс мероприятий при лечении мышечно-суставной дисфункции включает:
- 1) химиотерапию, иглотерапию;
 - 2) психотерапию, медикаментозную терапию физиотерапию, миогимнастику и ортопедические методы;
 - 3) ортопедические методы и медикаментозную терапию.
596. В ортопедическом лечении мышечно-суставных дисфункций применяют:
- 1) лечебно-диагностические аппараты (каппа, накусочные пластиночные аппараты и др.);
 - 2) избирательное сошлифовывание зубов при наличии преждевременных окклюзионных контактов;
 - 3) протезирование полости рта;
 - 4) 1+3;
 - 5) 1+2+3.
597. Артроз – заболевание ВНЧС, характеризующееся:
- 1) дегенеративными изменениями хрящевой, костной, соединительной ткани сустава с элементами воспаления;
 - 2) воспалительными изменениями с обострением при охлаждении и переутомлении, ноющими и иррадирующими болями.
598. Виды артрозов ВНЧС:
- 1) склерозирующий;
 - 2) деформирующий;
 - 3) 1+2.
599. При ортопедическом лечении артрозов ВНЧС применяют:
- 1) съемные пластмассовые каппы;
 - 2) накусочные пластиночные аппараты;
 - 3) ортопедические аппараты с ограничителями открывания рта;
 - 4) 1+2;
 - 5) 1+3.
600. Разновидности вывихов нижней челюсти:
- 1) передние и задние;
 - 2) односторонние и двусторонние;
 - 3) острые;
 - 4) привычные (хронические);
 - 5) 1+2+3;
 - 6) 1+2+3+4.
601. Причинами вывихов нижней челюсти являются:
- 1) инфекционные и неинфекционные заболевания (ревматизм, туберкулез, подагра, отит, скарлатина и др.);
 - 2) травмы челюстной области (ушибы и переломы);
 - 3) последствия воспалительных и дистрофических процессов в суставе;
 - 4) врожденные аномалии развития ВНЧС;
 - 5) аномалии и деформации зубных рядов;
 - 6) 1+2+3;
 - 7) 1+2+3+4+5.

602. К основным патогенетическим звеньям привычных вывихов относят:
- 1) чрезмерное растяжение мышечно-связочного аппарата и капсулы сустава;
 - 2) нарушение функции жевательной мускулатуры;
 - 3) изменение формы, размеров и структуры внутрисуставного диска;
 - 4) деформацию костных элементов сустава;
 - 5) 1+2+3;
 - 6) 1+2+3+4.
603. Непосредственные причины начала проявления вывиха нижней челюсти:
- 1) зевота, крик, откусывание пищевого комка;
 - 2) стоматологические вмешательства связанные с широким открыванием рта (удаление зубов, снятие оттисков);
 - 3) другие лечебные манипуляции (ларингоскопия, интубация трахеи и т.п.);
 - 4) 1+2+3.
604. Клинические проявления привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти:
- 1) полуоткрытый рот, выдвигание вперед и опущение нижней челюсти, напряженность жевательных мышц и боль в области ушей, безуспешные попытки переместить челюсть и закрыть рот;
 - 2) наличие щелкающих звуков и толчков при открывании и закрывании рта; выхождение головок нижней челюсти за вершину суставных бугорков; боль; толчкообразное со смещением в сторону движения нижней челюсти; расстояние между резцами при максимальном открывании рта составляет 6-8 см; больной самостоятельно вправляет привычный вывих;
 - 3) 1+2.
605. Рентгенологическая картина при привычных вывихах нижней челюсти:
- 1) головка нижней челюсти располагается впереди переднего ската суставного бугорка, теряя с ним контакт;
 - 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка, но контакт с его передним скатом сохраняется.
606. Рентгенологическая картина при привычных подвывихах нижней челюсти:
- 1) головка нижней челюсти располагается впереди суставного бугорка, теряя с ним контакт;
 - 2) головка нижней челюсти располагается несколько впереди от вершины суставного бугорка, но контакт с его передним скатом сохраняется.
607. В диагностике привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти большое значение имеет:
- 1) пальпация сустава;
 - 2) изучение движений челюсти;
 - 3) рентгенография ВНЧС в боковой проекции при максимально открытом рте;
 - 4) 1+3;
 - 5) 1+2+3.
608. К основным принципам ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти относят:
- 1) создание препятствия для широкого открывания рта;
 - 2) лечение основного заболевания;
 - 3) нормализацию межальвеолярной высоты при ее нарушениях;
 - 4) протезирование полости рта;
 - 5) медикаментозную терапию;
 - 6) физиотерапевтические процедуры;
 - 7) 1+4;
 - 8) 1+2+3+4+5+6.
609. Типы аппаратов с ограничителями открывания рта, применяемые при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов
- 1) съемные;
 - 2) несъемные;
 - 3) 1+2.
610. К съемным аппаратам, применяемым при лечении привычных вывихов нижней челюсти, относится:
- 1) аппарат Шредера;

- 2) аппарат Померанцевой – Урбанской;
- 3) аппарат Ядровой;
- 4) аппарат Петросова;
- 5) 1+2+3;
- 6) 1+2+3+4.

611. К несъемным аппаратам, применяемым при ортопедическом лечении привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти относят:

- 1) аппарат Шредера;
- 2) аппарат Померанцевой – Урбанской;
- 3) аппарат Ядровой;
- 4) аппарат Петросова;
- 5) 1+2+3.

612. Аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти, состоят из:

- 1) фиксирующего небного базиса и пелота, упирающегося в передний край ветви нижней челюсти, создающего препятствие движению нижней челюсти для широкого открывания рта;
- 2) блока коронок, покрывающих боковые зубы верхней и нижней челюсти;
- 3) ограничителя открывания рта, обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов;
- 4) 1+2+3.

613. Несъемные аппараты, применяемые для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти состоят из:

- 1) фиксирующей небной пластинки, пелота, упирающегося в передний край ветви нижней челюсти;
- 2) блока коронок, покрывающего противоположные боковые зубы верхней и нижней челюсти;
- 3) ограничителя открывания рта в виде двуплечего шарнира, обеспечивающего межчелюстное шарнирное связывание назубных аппаратов и приспособлений;
- 4) 1+2+3;
- 5) 2+3.

614. Сроки ортопедического лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти съемными и несъемными аппаратами с ограничителями открывания рта составляют:

- 1) 3 недели;
- 2) 1-2 месяца;
- 3) 4-7 месяца;
- 4) 6 месяцев.

615. С какой целью проводится избирательное шлифование зубов при патологии ВНЧС?

- 1) уменьшение межальвеолярной высоты;
- 2) уменьшение нагрузки на пародонт;
- 3) устранение преждевременных окклюзионных контактов и создание плотных фиссурно-бугорковых контактов зубов;
- 4) снятие блокады и беспрепятственное восстановление движений нижней челюсти;
- 5) 3+4;
- 6) 2+3.

616. При заболеваниях ВНЧС лечебно-диагностические ортопедические средства (съемные пластмассовые каппы, накusочные пластинки и др.) применяются для:

- 1) нормализации положения нижней челюсти;
- 2) устранения деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов;
- 3) восстановления межальвеолярной высоты;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

617. Миогимнастика при лечении заболеваний ВНЧС проводится для:

- 1) нормализации движений нижней челюсти;
- 2) усиления определенных групп мышц;
- 3) восстановления синхронности движения головок нижней челюсти в обоих суставах;
- 4) 1+2+3;

5) 1+3.

618. Для лечения заболеваний ВНЧС применяются следующие физиотерапевтические методы:

- 1) электролечение постоянным током – электрофорез;
- 2) электролечение переменным током – УВЧ;
- 3) лечение ультразвуком;
- 4) лечение импульсным током низкого напряжения и малой частоты - диадинамическая терапия;
- 5) лечение теплом;
- 6) светолечение;
- 7) 1+2+3+5;
- 8) 1+2+3+4+5+6.

Тема №16. Челюстно-лицевая ортопедия

619. Какие из нижеперечисленных аппаратов применяются в челюстно-лицевой ортопедии и травматологии?:

- 1) репозирующие, фиксирующие;
- 2) направляющие, замещающие, формирующие;
- 3) разобщающие, комбинированные;
- 4) 1+3;
- 5) 1+2+3.

620. Разобщающие аппараты в челюстно-лицевой ортопедии и травматологии:

- 1) разделяют полости рта и носа;
- 2) вызывают дезокклюзию зубных рядов;
- 3) 1+2.

621. Ортопедическое лечение переломов лицевых костей имеет следующую цель:

- 1) сопоставление отломков в правильное положение (репозиция);
- 2) удержание отломков в определенной позиции до заживления перелома (иммобилизация);
- 3) 1+2.

622. Основным симптомом перелома верхней челюсти со смещением является:

- 1) симптом «очков»;
- 2) симптом «ступеньки»;
- 3) нарушение смыкания зубов в виде открытого прикуса.

623. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит от:

- 1) локализации линии перелома;
- 2) степени и направления смещения отломков;
- 3) состояния пародонта оставшихся зубов и характера нарушения окклюзии;
- 4) 1+2+3.

624. Применение проволочных шин при переломах челюстей ограничено при:

- 1) патологической подвижности зубов I – II степени;
- 2) глубоком прикусе с отвесным или ретрузионным положением передних зубов;
- 3) 1+2.

625. Пластмассовые шины при переломах челюстей обладают следующими недостатками:

- 1) их укрепление полиамидной нитью недостаточно стабильно из-за растяжения последней;
- 2) пластмассовые шины в виде капт изменяют окклюзию;
- 3) возникает повреждение десневых сосочков;
- 4) нарушается гигиена полости рта;
- 5) 1+2;
- 6) 1+2+3+4.

626. Являются ли эффективными ортопедические аппараты (шина Порты, Гуннинга-Порты, Лимберга) для лечения переломов беззубой нижней челюсти?

- 1) да, являются;
- 2) нет, не являются;
- 3) в сочетании с подбородочной пращей.

627. Образование ложного сустава нижней челюсти ведет к следующим морфо-функциональным нарушениям:

- 1) ухудшению процессов откусывания и пережевывания пищи;
- 2) нарушению глотания и речеобразования;
- 3) изменению внешнего вида больного;
- 4) нарушению координации в работе правой и левой группы жевательных мышц и ВНЧС;
- 5) 3+4;
- 6) 1+2+3+4.

628. Протезирование дефектов зубного ряда без восстановления целостности кости осуществляется:

- 1) при противопоказаниях к хирургическим вмешательствам;
- 2) при отказе больного от хирургического вмешательства;
- 3) 1+2.

629. Шарнирные мостовидные протезы можно применить при:

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

630. Пластиночные протезы с шарнирным соединением можно применить для лечения ложного сустава при малом количестве зубов на челюсти при его локализации:

- 1) в боковом отделе нижней челюсти, со значительной амплитудой смещения отломков и нарушением соотношения зубных рядов;
- 2) в боковом отделе нижней челюсти, с незначительной амплитудой смещения отломков и без нарушения соотношения зубных рядов;
- 3) в переднем отделе нижней челюсти, с незначительной амплитудой смещения отломков и без нарушения соотношения зубных рядов.

631. Шарообразный шарнир по Оксману представляет собой:

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

632. Шарнир Гаврилова представляет собой:

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

633. Шарнир Вайнштейна представляет собой:

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

634. При неправильно сросшихся переломах верхней челюсти наблюдается:

- 1) «укорочение» лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица;
- 2) «удлинение» лица, напряжение мягких тканей приротовой области, асимметрия лица.

635. Шина Ванкевич применяется:

- 1) при костной пластике;
- 2) для репозиции отломков;
- 3) для иммобилизации отломков;
- 4) 1+2+3.

636. Шина Вебера используется для лечения переломов:

- 1) верхней челюсти;
- 2) нижней челюсти с дефектом кости
- 3) при замедленной консолидации переломов нижней челюсти;
- 4) 1 + 3 .

Тема № 17. Исправление зубочелюстных аномалий у взрослых

637. В каком ответе более полно перечислены возможные методы исправления зубочелюстных аномалий у взрослых?

- 1) ортодонтический, хирургический;
- 2) ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический;
- 3) ортодонтический, хирургический, аппаратурно-хирургический, телерентгенографический;
- 4) аппаратурный, в том числе протетический, хирургический, аппаратурно-хирургический.

638. В каком ответе более полно перечислены факторы, которые необходимо учесть при выборе метода лечения взрослых с зубочелюстными аномалиями?

- 1) степень выраженности аномалии;
- 2) клиническая форма аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта, мотивация лечения у пациента;
- 3) клиническая форма аномалии, степень ее выраженности, состояние пародонта;

639. Какой метод диагностики позволяет дифференцировать аномалии величины и положения челюстей в черепе?

- 1) ортопантомография;
- 2) боковая телерентгенография;
- 3) передняя телерентгенография;
- 4) изучение диагностических моделей челюстей;
- 5) 1+2+3+4.

640. Если при изучении боковой телерентгенограммы обнаружено увеличение межапикального угла ($ss-n-spm$), то это может свидетельствовать:

- 1) о верхней микрогнатии и нижней макрогнатии;
- 2) о верхней ретрогнатии и нижней прогнатии;
- 3) о нижней прогнатии;
- 4) о верхней макро- и прогнатии, нижней микро- и ретрогнатии.

641. Глубокий прикус характеризуется:

- 1) увеличением вертикального резцового перекрытия;
- 2) увеличением сагитального резцового расстояния;
- 3) потерей режуще-бугоркового контакта резцов;
- 4) 1+2;
- 5) 1+3;
- 6) 1+2+3.

642. Является ли наличие глубокого прикуса противопоказанием для применения металлокерамических протезов в переднем отделе зубных рядов?

- 1) является абсолютным противопоказанием;
- 2) является относительным противопоказанием;
- 3) не является противопоказанием.

643. Ниже перечисленные ответы, среди которых только один содержит правильную последовательность этапов, применяющихся при лечении современными несъемными дуговым ортодонтическими аппаратами:

- 1) перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, создание окклюзионных контактов, ретенция;
- 2) выравнивание зубных рядов, перемещение зубов по дуге, создание окклюзионных контактов, ретенция;
- 3) создание окклюзионных контактов, перемещение зубов по дуге, выравнивание зубных рядов, ретенция.

644. У взрослых с зубочелюстными аномалиями, в отличие от детей, невозможно:

- 1) ортодонтическое перемещение зубов;
- 2) применение съемных пластиночных аппаратов;
- 3) регулирование роста лицевого скелета;
- 4) 2+3.

645. При ортодонтическом перемещении зубов у взрослых следует применять ортодонтические усилия:

- 1) малые;
- 2) средние;

3) большие.

646. Время угасания миостатического рефлекса при ортодонтическом лечении составляет:

- 1) 3-6 недель;
- 2) 1-2 недели;
- 3) 3-6 месяцев.

647. Какой из вышеперечисленных признаков свидетельствует об эффективном угасании миостатического рефлекса?

- 1) срок пользования ортодонтическим аппаратом;
- 2) субъективные ощущения пациента;
- 3) величина межжюклизонного промежутка в положении функционального покоя нижней челюсти.

648. На степень деформации зубных рядов влияет:

- 1) давность удаления зубов;
- 2) возраст пациента;
- 3) челюсть, на которой проведено удаление;
- 4) вид прикуса;
- 5) 1+2+3+4.

649. В основу высокоэластичной ортодонтической дуги положен сплав:

- 1) кобальтохромовый;
- 2) нержавеющей сталь;
- 3) нитрид титана;
- 4) никелид титана.

650. Применение современных несъемных дуговых ортодонтических аппаратов у взрослых позволяет проводить:

- 1) мезиальное или дистальное перемещение зубов;
- 2) повороты зубов;
- 3) зубоальвеолярное выдвижение и внедрение;
- 4) перемещение зубов в вестибуло-оральном направлении;
- 5) 1+2+3+4..

651. Ретенционный период, завершающий ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий у взрослых, должен быть:

- 1) более длительным, чем у детей;
- 2) менее длительным, чем у детей;
- 3) ретенционный период не нужен.

Тема № 18. Протезирование полости рта имплантационными замещающими ортопедическими конструкциями

652. К показаниям для проведения имплантации относят:

- 1) полное отсутствие зубов;
- 2) концевые дефекты зубных рядов;
- 3) потерю одного зуба;
- 4) неудовлетворительную фиксацию съемного протеза;
- 5) 1+2;
- 6) 1+2+3+4.

653. Противопоказаниями к применению имплантации являются:

- 1) хронический бронхит;
- 2) фарингит;
- 3) язвенная болезнь желудка;
- 4) заболевания системы крови;
- 5) системные заболевания соединительной ткани;
- 6) 4+5.

654. Факторами, определяющими успех имплантации, являются:

- 1) инертность материала;

- 2) структура поверхности внутрикостной части имплантата;
- 3) состояние костного ложа имплантата;
- 4) техника операции;
- 5) 1+2+3+4.

655. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является:

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

656. Плотностью кости называется:

- 1) количество костных трабекул в единице объема исследуемого материала;
- 2) отношение объема пор образца ко всему его объему;
- 3) отношение количества костных трабекул к количеству костномозговых пространств в исследуемом образце.

657. В процессе сверления кости во время операции имплантации предпочтительнее использовать:

- 1) умеренное число оборотов;
- 2) увеличение давления;
- 3) применение охлаждения;
- 4) 1+2+3.

658. По какой методике возможно установить имплантаты системы Брэнемарка?

- 1) одноэтапная методика;
- 2) двухэтапная методика;
- 3) трехэтапная методика;
- 4) 1+2.

659. Какая система интеграции при установке имплантатом может быть использована в клинике?

- 1) костная интеграция;
- 2) фиброзная интеграция;
- 3) костная и фиброзная интеграция.

660. Имплантаты могут быть изготовлены из:

- 1) нержавеющей стали;
- 2) кобальтохромового сплава;
- 3) титана;
- 4) керамики;
- 5) пластмассы;
- 6) 1+2+3
- 7) 2+3+4+6.

661. Каким препаратом или способом осуществляется стерилизация имплантатов из титана?

- 1) спиртом;
- 2) тройным раствором;
- 3) формалином;
- 4) 3% раствором перекиси водорода;
- 5) суховоздушным способом.

662. Заживление костной ткани вокруг имплантата называется:

- 1) синостоз;
- 2) первичная остеоинтеграция;
- 3) остеофикация;
- 4) внутрикостная стабилизация.

663. Имплантация представляет собой процесс внедрения в ткани организма физического тела из:

- 1) гомологичного биологического материала;
- 2) чужеродного материала;
- 3) чужеродного материала с минимальными антигенными или гаптенными свойствами.

664. Неблагоприятным прогнозом для заживления костной ткани вокруг пластиночного имплантата можно считать:
- 1) подвижность внекостной части имплантата спустя 1 неделю после операции;
 - 2) рентгенологически выявляемое окружение внутрикостной части имплантата в виде фиброзной капсулы;
 - 3) инфицирование операционного поля;
 - 4) 1+2+3.

665. Обычно после операции имплантации назначают:

- 1) холод на область операции;
- 2) анальгетики;
- 3) антибиотики;
- 4) сульфаниламидные препараты;
- 5) противовоспалительные препараты;
- 6) 1+2+3+4+5;
- 7) 1+2+3+5.

666. Для увеличения атрофированной альвеолярной части используют:

- 1) каучук;
- 2) гидроксипатит;
- 3) полиуретан;
- 4) нейлон;
- 5) метилметакрилат;
- 6) биоситалл;
- 7) 2+3+5;
- 8) 2+6.

667. Допустимо ли препарирование головки металлического имплантата в полости рта?

- 1) допустимо при обильном охлаждении;
- 2) категорически не допустимо;
- 3) допустимо в исключительных случаях;
- 4) допустимо при обильном охлаждении и с применением коффердама.

668. Протезирование с использованием имплантатов осуществляется с помощью зубных протезов, каркас которых состоит из:

- 1) нержавеющей стали;
- 2) кобальтохромового сплава;
- 3) золото-платинового сплава;
- 4) титанового сплава;
- 5) 1+2;
- 6) 2+3+4

669. Цель контрольных осмотров после проведения имплантации заключается:

- 1) в оценке состояния слизистой оболочки и альвеолярной кости;
- 2) в оценке подвижности имплантата;
- 3) в проверке гигиены полости рта и проведении профессиональной гигиены;
- 4) 1+2+3;
- 5) 1+3.

Тема 19. Организация работы ортопедического отделения

670. Дезинфекция — это уничтожение на изделиях медицинского назначения, а также в их каналах и полостях:

- 1) патогенных и условно патогенных микроорганизмов;
- 2) всех форм живых микроорганизмов;
- 3) споровых форм микроорганизмов.

671. К физическим методам дезинфекции для изделий медицинского назначения относятся:

- 1) кипячение в 2% растворе соды 15 мин ;
- 2) замачивание в 4% растворе формалина 60 мин. ;
- 3) погружение в 0,5% раствор гипохлорита натрия на 60 минут при 45 °С.

672. К химическим методам дезинфекции относятся:
- 1) кипячение в дистиллированной воде 30 мин. ;
 - 2) использование химических веществ с достаточной концентрацией активно действующего вещества;
 - 3) сухой горячий воздух 120°C — 45 мин.
673. Режим дезинфекции медицинского инструментария хлорамином при гепатите В:
- 1) 3% - 60 мин. ;
 - 2) 5% - 120 мин. ;
 - 3) 5% - 240 мин.
674. В стоматологическом кабинете дезинфекция поверхностей помещения (пол, стены, мебель, дверные ручки, сантехническое оборудование) проводится:
- 1) 1 раз в день;
 - 2) 2 раза в день;
 - 3) 2 раза в неделю;
 - 4) 1 раз в неделю.
675. Новую порцию полировочной пемзы для обработки протезов используют:
- 1) на протяжении рабочей недели;
 - 2) на протяжении рабочего дня;
 - 3) для каждого нового протеза.
676. Предстерилизационная очистка проводится с целью:
- 1) удаления органических и неорганических загрязнений;
 - 2) уничтожения микроорганизмов;
 - 3) удаления крови;
 - 4) визуально, без реактива.
677. Полировочные фильцы промывают и автоклавируют:
- 1) один раз в неделю;
 - 2) один раз в конце рабочего дня;
 - 3) после каждого использования.
- 678.. Все инструменты, используемые в зуботехнической лаборатории для производственного процесса, дезинфицируются:
- 1) в конце рабочего дня;
 - 2) один раз в неделю;
 - 3) один раз в месяц.
679. Стерилизации подвергаются изделия медицинского назначения:
- 1) все изделия медицинского назначения;
 - 2) контактирующие с кожной поверхностью пациента;
 - 3) контактирующие с кровью внутри организма пациента, соприкасающиеся с раневой поверхностью, слизистой оболочкой и способные вызвать ее повреждение.
680. Уборку помещений зуботехнической лаборатории проводят влажным способом с применением дезинфектантов не реже:
- 1) 1 раз в день;
 - 2) 2 раза в день;
 - 3) 2 раза в неделю.
681. Изделия, простерилизованные в воздушном стерилизаторе без упаковки, должны быть использованы в течение:
- 1) 2 часов;
 - 2) 6 часов;
 - 3) 12 часов;
 - 4) суток.
682. Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в двухслойной крепированной бумаге:
- 1) 3 суток ;
 - 2) 20 суток;

3) 1 год.

683. Гипсовые модели обрабатывают:

- 1) антисептическим спреем или погружают в раствор гипохлорида натрия;
- 2) замачивают в мыльном растворе;
- 3) нет необходимости проводить обработку.

684. Металлические оттисковые ложки после применения подвергают:

- 1) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации;
- 2) механической очистке и дезинфекции;
- 3) дезинфекции.

685. Зубные протезы и их заготовки-полуфабрикаты (восковые шаблоны, восковые базы с искусственными зубами и пр.) необходимо подвергать:

- 1) стерилизации;
- 2) дезинфекции;
- 3) промывке в проточной воде.

686. Несъемные протезы, поступающие из зуботехнической лаборатории, перед применением во врачебном кабинете подвергают:

- 1) обработке 3% перекисью водорода;
- 2) протирают спиртовым раствором;
- 3) обрабатывают раствором хлорамина;
- 4) погружают в раствор глутаральдегида.

687. Генеральную уборку стоматологического отделения проводят с частотой:

- 1) 1 раз в 10 дней;
- 2) 1 раз в 7 дней;
- 3) 1 раз в месяц.

688. Ваши действия при обнаружении какой-либо неисправности на оборудовании до введения его в действие:

- 1) доложить непосредственному начальнику и не приступать к работе до устранения неисправности специалистами;
- 2) попробовать устранить неисправность собственными силами, соблюдая меры предосторожности;
- 3) доложить непосредственному начальнику и приступить к работе, соблюдая повышенные меры предосторожности.

689. Боры после использования подлежат:

- 1) дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации;
- 2) мытью под проточной водой, стерилизации;
- 3) предстерилизационной очистке, стерилизации.

690. Режим обработки стоматологических наконечников после каждого пациента:

- 1) двукратное протирание 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина с интервалом 15 мин. ;
- 2) автоклавирование в автоклаве класса "B";
- 3) двукратное протирание 70% спиртом с интервалом 15 мин.

691. Разрешается ли курение в помещениях медицинского учреждения?

- 1) да, в специально отведенных местах;
- 2) только если одновременно будут курить не более двух человек;
- 3) нет.

692. Можно ли пользоваться электро медицинской аппаратурой при внешнем нарушении проводки?

- 1) да;
- 2) да, если работа займет не более 10 мин.;
- 3) нет.

693. Срок носки халата согласно нормам бесплатной выдачи спецодежды врачам:

- 1) 12 мес.;
- 2) 24 мес.;

3) 36 мес.

694. Какую ответственность могут нести медицинские работники за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, с учетом причиненного гражданам ущерба?
- 1) дисциплинарную;
 - 2) дисциплинарную и административную;
 - 3) дисциплинарную, административную, уголовную.
695. Информацию о состоянии здоровья пациенту может предоставить:
- 1) только лечащий врач;
 - 2) лечащий врач и заведующий отделением медицинского учреждения;
 - 3) лечащий врач, заведующий отделением и другие специалисты, принимающие непосредственное участие в обследовании и лечении пациента.
696. Имеет ли право пациент на предоставление ему копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья?
- 1) не имеет;
 - 2) имеет в случаях, когда в них не затрагиваются интересы третьей стороны;
 - 3) имеет в любом случае.
697. На первом этапе оказания помощи при анафилактическом шоке применяют:
- 1) нашатырный спирт;
 - 2) нитроглицерин;
 - 3) адреналин;
 - 4) сибазон.
698. При гипертоническом кризе используют:
- 1) нашатырный спирт;
 - 2) преднизолон;
 - 3) коринфар;
 - 4) нитроглицерин.
699. При астматическом приступе используют:
- 1) димедрол;
 - 2) нитроглицерин;
 - 3) коринфар;
 - 4) ингаляция беротека или сальбутамола.
700. Пациент имеет право получить в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья, включая:
- 1) сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе
 - 2) сведения о методах лечения и результатах проведенного лечения;
 - 3) 1+2.
701. При гипогликемической коме назначают:
- 1) сибазон;
 - 2) раствор глюкозы;
 - 3) инсулин;
 - 4) димедрол.
702. При отеке легких необходимо:
- 1) уложить больного и ввести сердечные гликозиды;
 - 2) перевести больного в положение сидя и дать нитроглицерин;
 - 3) уложить больного и придать ногам возвышенное положение.
703. При коллапсе эффективны:
- 1) нашатырный спирт;
 - 2) коринфар;
 - 3) нитроглицерин;
 - 4) мезатон.

704. Неотложная помощь при анафилактическом шоке:
- 1) адреналин 0,1% — 1 мл в/в или внутриязычно;
 - 2) преднизолон 35 мг;
 - 3) димедрол 1% (пипольфен 2,5% или супрастин 2%) мл в/в струйно;
 - 4) кальция глюконат (хлорид) 10% — 10 мл в/в;
 - 5) при бронхоспазме эуфиллин 24% — 10 мл в/в;
 - 6) 1+2+3+4+5.
705. Стоматологические вмешательства после перенесенного инфаркта миокарда желательно осуществлять не ранее:
- 1) 1 месяца;
 - 2) 2 месяца;
 - 3) 3,5 месяца;
 - 4) через 6 месяцев.
706. При лечении пациентов с артериальной гипертонией следует:
- 1) направить к терапевту для подбора антигипертензивной терапии;
 - 2) неотложные стоматологические вмешательства у больных с лабильными цифрами АД следует проводить в стационаре;
 - 3) применять анестетики без вазоконстрикторов;
 - 4) не применять ультракаин с β -адреноблокаторами;
 - 5) 1+2+3+4.
707. Непосредственным местным осложнением местной анестезии является:
- 1) обморок;
 - 2) гематома;
 - 3) контрактура.
708. Повышенная чувствительность к местным анестетикам проявляется:
- 1) при гипертиреозе;
 - 2) при хроническом течении болезни;
 - 3) при заболевании желудочно-кишечного тракта.
709. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика:
- 1) тризм;
 - 2) двигательное возбуждения, судороги;
 - 3) гиперемия в области введения анестетика.
710. При сердечной недостаточности для местной анестезии нельзя использовать
- 1) новокаин;
 - 2) бупивакаин;
 - 3) артикаин;
 - 4) адреналин;
 - 5) лидокаин.
711. При наличии аритмии у больного местную анестезию лучше выполнять:
- 1) лидокаином;
 - 2) бупивакаином;
 - 3) мепивакаином;
 - 4) артикаином.
712. При беременности местные анестетики желательно вводить:
- 1) с вазоконстрикторами;
 - 2) без вазоконстрикторов;
 - 3) с вазоконстрикторами медленно.
713. При желудочковых нарушениях ритма показано использование:
- 1) артикаина;
 - 2) бупивакаина;
 - 3) новокаина;
 - 4) лидокаина.

Вариант правильного ответа по тестам

001 - 6	002 - 1	003 - 3	004 - 3	005 - 2	006 - 3	007 - 1
008 - 1	009 - 2	010 - 6	011 - 4	012 - 3	013 - 2	014 - 1
015 - 1	016 - 2	017 - 3	018 - 6	019 - 3	020 - 6	021 - 3
022 - 1	023 - 2	024 - 3	025 - 1	026 - 2	027 - 1	028 - 1
029 - 2	030 - 5	031 - 2	032 - 2	033 - 2	034 - 1	035 - 1
036 - 3	037 - 3	038 - 6	039 - 1	040 - 2	041 - 3	042 - 2
043 - 1	044 - 3	045 - 4	046 - 2	047 - 4	048 - 1	049 - 2
050 - 2	051 - 3	052 - 1	053 - 2	054 - 3	055 - 4	056 - 5
057 - 4	058 - 4	059 - 3	060 - 4	061 - 3	062 - 2	063 - 4
064 - 1	065 - 4	066 - 5	067 - 2	068 - 5	069 - 2	070 - 4
071 - 1	072 - 1	073 - 3	074 - 1	075 - 5	076 - 4	077 - 4
078 - 5	079 - 3	080 - 5	081 - 3	082 - 1	083 - 2	084 - 3
085 - 4	086 - 8	087 - 3	088 - 1	089 - 1	090 - 5	091 - 2
092 - 2	093 - 1	094 - 5	095 - 5	096 - 3	097 - 4	098 - 5
099 - 3	100 - 2	101 - 1	102 - 2	103 - 5	104 - 3	105 - 7
106 - 5	107 - 2	108 - 3	109 - 3	110 - 4	111 - 3	112 - 5
113 - 6	114 - 8	115 - 8	116 - 7	117 - 2	118 - 2	119 - 2
120 - 2	121 - 1	122 - 1	123 - 2	124 - 3	125 - 2	126 - 5
127 - 2	128 - 3	129 - 3	130 - 3	131 - 2	132 - 2	133 - 5
134 - 4	135 - 1	136 - 5	137 - 2	138 - 6	139 - 2	140 - 1
141 - 2	142 - 2	143 - 3	144 - 1	145 - 6	146 - 1	147 - 3
148 - 5	149 - 3	150 - 1	151 - 1	152 - 1	153 - 3	154 - 2
155 - 2	156 - 2	157 - 2	158 - 2	159 - 1	160 - 3	161 - 3
162 - 3	163 - 5	164 - 4	165 - 4	166 - 1	167 - 7	168 - 4
169 - 2	170 - 6	171 - 3	172 - 2	173 - 5	174 - 4	175 - 2
176 - 4	177 - 2	178 - 2	179 - 3	180 - 3	181 - 2	182 - 1
183 - 2	184 - 3	185 - 2	186 - 2	187 - 2	188 - 1	189 - 3
190 - 4	191 - 1	192 - 4	193 - 2	194 - 3	195 - 3	196 - 5
197 - 3	198 - 4	199 - 3	200 - 2	201 - 1	202 - 3	203 - 2
204 - 4	205 - 1	206 - 3	207 - 4	208 - 4	209 - 1	210 - 4

211 - 3	212 - 1	213 - 2	214 - 4	215 - 5	216 - 5	217 - 3
218 - 7	219 - 2	220 - 2	221 - 3	222 - 7	223 - 5	224 - 4
225 - 2	226 - 4	227 - 5	228 - 4	229 - 6	230 - 6	231 - 4
232 - 4	233 - 3	234 - 3	235 - 1	236 - 4	237 - 3	238 - 4
239 - 4	240 - 4	241 - 2	242 - 3	243 - 1	244 - 2	245 - 1
246 - 3	247 - 3	248 - 2	249 - 4	250 - 1	251 - 3	252 - 4
253 - 1	254 - 1	255 - 5	256 - 2	257 - 1	258 - 1	259 - 5
260 - 1	261 - 2	262 - 2	263 - 2	264 - 2	265 - 6	266 - 1
267 - 2	268 - 3	269 - 4	270 - 4	271 - 6	272 - 4	273 - 2
274 - 6	275 - 5	276 - 5	277 - 6	278 - 6	279 - 5	280 - 5
281 - 2	282 - 4	283 - 1	284 - 5	285 - 1	286 - 6	287 - 3
288 - 1	289 - 1	290 - 3	291 - 1	292 - 1	293 - 1	294 - 3
295 - 4	296 - 4	297 - 3	298 - 3	299 - 2	300 - 4	301 - 4
302 - 1	303 - 2	304 - 2	305 - 2	306 - 2	307 - 4	308 - 3
309 - 3	310 - 4	311 - 4	312 - 5	313 - 1	314 - 4	315 - 5
316 - 3	317 - 1	318 - 2	319 - 1	320 - 1	321 - 1	322 - 2
323 - 3	324 - 1	325 - 2	326 - 1	327 - 4	328 - 4	329 - 1
330 - 3	331 - 4	332 - 2	333 - 3	334 - 3	335 - 5	336 - 3
337 - 7	338 - 2	339 - 1	340 - 1	341 - 22	342 - 3	343 - 1
344 - 4	345 - 4	346 - 1	347 - 2	348 - 3	349 - 4	350 - 2
351 - 5	352 - 4	353 - 5	354 - 4	355 - 4	356 - 4	357 - 4
358 - 2	359 - 5	360 - 7	361 - 1	362 - 1	363 - 4	364 - 2
365 - 5	366 - 6	367 - 1	368 - 3	369 - 4	370 - 3	371 - 2
372 - 1	373 - 5	374 - 2	375 - 1	376 - 3	377 - 1	378 - 4
379 - 5	380 - 5	381 - 3	382 - 1	383 - 6	384 - 3	385 - 7
386 - 6	387 - 3	388 - 7	389 - 1	390 - 4	391 - 2	392 - 1
393 - 1	394 - 1	395 - 2	396 - 1	397 - 4	398 - 5	399 - 5
400 - 3	401 - 5	402 - 6	403 - 5	404 - 6	405 - 5	406 - 4
407 - 6	408 - 3	409 - 6	410 - 5	411 - 3	412 - 2	413 - 1
414 - 2	415 - 1	416 - 5	417 - 5	418 - 6	419 - 5	420 - 6
421 - 3	422 - 2	423 - 2	424 - 1	425 - 5	426 - 8	427 - 6
428 - 1	429 - 2	430 - 7	431 - 2	432 - 1	433 - 2	434 - 2
435 - 3	436 - 2	437 - 1	438 - 1	439 - 1	440 - 2	441 - 3

442 - 4	443 - 5	444 - 2	445 - 2	446 - 3	447 - 2	448 - 1
449 - 2	450 - 2	451 - 6	452 - 5	453 - 1	454 - 4	455 - 1
456 - 5	457 - 6	458 - 5	459 - 5	460 - 2	461 - 3	462 - 3
463 - 1	464 - 2	465 - 1	466 - 1	467 - 2	468 - 3	469 - 4
470 - 2	471 - 1	472 - 5	473 - 2	474 - 1	475 - 5	476 - 2
477 - 4	478 - 3	479 - 2	480 - 6	481 - 3	482 - 4	483 - 2
484 - 7	485 - 4	486 - 3	487 - 3	488 - 6	489 - 1	490 - 2
491 - 1	492 - 3	493 - 5	494 - 4	495 - 5	496 - 1	497 - 2
498 - 5	499 - 2	500 - 4	501 - 3	502 - 4	503 - 1	504 - 1
505 - 3	506 - 1	507 - 7	508 - 1	509 - 3	510 - 1	511 - 1
512 - 1	513 - 1	514 - 2	515 - 2	516 - 1	517 - 2	518 - 2
519 - 4	520 - 1	521 - 2	522 - 1	523 - 2	524 - 3	525 - 2
526 - 2	527 - 1	528 - 1	529 - 3	530 - 1	531 - 6	532 - 6
533 - 8	534 - 2	535 - 1	536 - 6	537 - 6	538 - 5	539 - 7
540 - 5	541 - 5	542 - 4	543 - 2	544 - 4	545 - 3	546 - 7
547 - 3	548 - 1	549 - 5	550 - 3	551 - 3	552 - 3	553 - 5
554 - 5	555 - 4	556 - 6	557 - 6	558 - 3	559 - 5	560 - 4
561 - 3	562 - 5	563 - 2	564 - 4	565 - 3	566 - 6	567 - 1
568 - 3	569 - 1	570 - 6	571 - 1	572 - 5	573 - 5	574 - 3
575 - 4	576 - 3	577 - 2	578 - 3	579 - 6	580 - 3	581 - 2
582 - 8	583 - 10	584 - 12	585 - 7	586 - 3	587 - 3	588 - 6
589 - 3	590 - 8	591 - 6	592 - 7	593 - 6	594 - 1	595 - 2
596 - 5	597 - 1	598 - 3	599 - 4	600 - 6	601 - 7	602 - 6
603 - 4	604 - 2	605 - 1	606 - 2	607 - 5	608 - 8	609 - 3
610 - 5	611 - 4	612 - 4	613 - 5	614 - 3	615 - 5	616 - 5
617 - 4	618 - 8	619 - 5	620 - 3	621 - 3	622 - 3	623 - 4
624 - 3	625 - 6	626 - 3	627 - 6	628 - 3	629 - 1	630 - 3
631 - 1	632 - 2	633 - 3	634 - 2	635 - 4	636 - 4	637 - 4
638 - 2	639 - 2	640 - 4	641 - 5	642 - 2	643 - 2	644 - 3
645 - 1	646 - 1	647 - 3	648 - 5	649 - 4	650 - 5	651 - 1
652 - 6	653 - 6	654 - 5	655 - 4	656 - 3	657 - 4	658 - 2
659 - 3	660 - 7	661 - 5	662 - 2	663 - 3	664 - 4	665 - 7
666 - 8	667 - 4	668 - 6	669 - 4	670 - 1	671 - 1	672 - 2
673 - 1	674 - 2	675 - 3	676 - 1	677 - 3	678 - 1	679 - 3
680 - 1	681 - 2	682 - 2	683 - 1	684 - 1	685 - 2	686 - 4
687 - 3	688 - 1	689 - 1	690 - 1	691 - 3	692 - 3	693 - 1
694 - 3	695 - 3	696 - 2	697 - 3	698 - 3	699 - 4	700 - 3
701 - 2	702 - 2	703 - 4	704 - 6	705 - 2	706 - 5	707 - 2
708 - 1	709 - 1	710 - 4	711 - 1	712 - 2	713 - 4	---