

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

1. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. По данным ОПТГ сформулируйте диагноз. Определите степень подвижности зубов (методика)
2. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Заполните одонтопародонтограмму В.Ю. Курляндского по ОПТГ
3. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Определите переходную складку в полости рта на верхней челюсти и гипсовой модели.
4. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Определите переходную складку в полости рта на нижней челюсти и гипсовой модели.
5. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Определите положение линии А в полости рта и на гипсовой модели
6. Назовите основные этапы обследования больного в клинике ортопедической стоматологии. Определите класс частичного отсутствия зубов по Кеннеди на диагностической гипсовой модели
7. Требования к культе препарированного зуба под штампованную Проконтролируйте степень сошлифовывания твердых тканей зуба с жевательной поверхности при препарировании под штампованную коронку
8. Требования к культе препарированного зуба под цельнолитую коронку. Проконтролируйте степень сошлифовывания твердых тканей зуба с жевательной поверхности при препарировании под цельнолитую коронку
9. Требования к культе препарированного зуба под металлокерамическую коронку Проконтролируйте степень сошлифовывания твердых тканей зуба с жевательной поверхности при препарировании под металлокерамическую коронку
10. Требования к культе препарированного зуба под штампованную коронку. Проконтролируйте сошлифовывание твердых тканей зуба с боковой поверхности под штампованную коронку
11. Требования к культе препарированного зуба под цельнолитую коронку. Проконтролируйте сошлифовывание твердых тканей зуба с боковой поверхности под цельнолитую коронку
12. Сформируйте протетическую плоскость воскового прикусного валика при полном отсутствии зубов (методика)
13. Определите высоту нижнего отдела лица при определении и фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов (методика)
14. Определите центральную окклюзию у больных с дефектами зубных рядов при наличии одной пары антагонизирующих зубов (методика)
15. Определите центральную окклюзию у больных с дефектами зубных рядов при наличии двух пар антагонизирующих зубов (методика)

16. Определите центральную окклюзию у больных с дефектами зубных рядов при отсутствии пар антагонизирующих зубов (методика)
17. Получите анатомический оттиск альгинатной массой с верхней челюсти.
Доложите методику. Оцените полученный оттиск
18. Получите анатомический оттиск альгинатной массой с нижней челюсти.
Доложите методику. Оцените полученный оттиск
19. Доложите методику припасовки и коррекции индивидуальной ложки с привлечением функциональных проб по Гербсту на верхней челюсти и доложите методики получения функционального оттиска
20. Доложите методику припасовки и коррекции индивидуальной ложки с привлечением функциональных проб по Гербсту на нижней челюсти и доложите методики получения функционального оттиска
21. Изготовьте временную пластмассовую коронку (на фантоме прямым методом)
22. Изготовьте восковую модель культевой штифтовой вкладки на однокорневой зуб (на фантоме прямым методом)
23. Спланируйте конструкцию мостовидного протеза по ОПТГ и данным одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского. Математически обоснуйте количество опор мостовидного протеза.
24. Спланируйте границы пластиночного протеза и расположение удерживающих элементов на верхней челюсти на диагностической гипсовой модели при частичном отсутствии зубов. Обоснуйте целесообразность конструкции протеза
25. Спланируйте границы пластиночного протеза и расположение удерживающих элементов на нижней челюсти на диагностической гипсовой модели при частичном отсутствии зубов. Обоснуйте целесообразность конструкции протеза.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

0001. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба и расположенный только в фиссурах окклюзионной поверхности (без перекрытия бугров):
1. pinlay 2. inlay 3. onlay 4. overlay 5. ney
0002. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:
1. медиальной поверхности клыка 2. дистальной поверхности клыка 3. середине клыка 4. середине первого премоляра 5. постановке центральных и боковых резцов.
0003. Метод моделировки литого каркаса металлокерамической коронки:
1. нанесение базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов 2. изготовление трех колпачков из полимерной пленки различной толщины 3. погружение гипсового столбика в разогретый воск с последующей моделировкой 4. изготовление платинового колпачка и нанесение на него воска 5. изготовление платинового колпачка, а затем колпачка из полимерной пленки

0004. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов:

1. два 2. три 3. четыре 4. пять 5. шесть

0005. На этап припасовки литого мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

1. гипсовой модели 2. металлических штампах 3. гипсовых штампах. 4. восковом базисе 5. разборной гипсовой модели

0006 . При изготовлении комбинированной штампованной коронки соединение пластмассы с металлом осуществляется за счет:

1. химического соединения 2. образования окисной пленки 3. взаимной диффузии материалов 4. вырезания участка вестибулярной поверхности коронки 5. формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков).

0007. Преимущество пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми зубами проявляется в:

1. большей твердости 2. хорошем соединении с базисом 3. возможности поставить зубы на приточке 4. возможности поставить зубы при глубоком прикусе 5. большей цветостойкости

0008. Штифтовый зуб с вкладкой:

1. по Логану 2. по Ричмонду 3. по Ахметову 4. по Ильиной-Маркосян 5. верно 1 и 3

0009. К термопластическим оттисковым массам относится:

1. гипс 2. стомальгин 3. стенс 4. репин 5. дентафлекс

0010. Штифтовый зуб по Ричмонду – это конструкция:

1. с вкладкой 2. фабричного изготовления 3. с наружным кольцом 4. из фарфора 5. верно 2 и 4

0011. Рабочий слепок с опорными коронками снимают при изготовлении мостовидного протеза:

1. любого 2. литого 3. паяного 4. металлокерамического 5. металлопластмассового

0012. Телескопическая коронка используется для фиксации протеза:

1. консольного 2. несъемного мостовидного 3. пластиночного 4. съемного мостовидного 5. верно 3 и 4

0013. При потере основного антагониста зуб перемещается в направлении:

1. вертикальном 2. вертикальном и медиальном 3. медиальном 4. вертикальном и дистальном 5. дистальном

0014. Для изготовления литых кламмеров используются сплавы:

1. на основе серебра 2. серебряно-палладиевый 3. золота 900 пробы 4. золота 750 пробы 5. титана

0015. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

1. сагиттальных 2. центральной и сагиттальных 3. сагиттальных и боковых 4. боковых, сагиттальных и центральной 5. центральной

0016. Окклюзионная накладка располагается:

1. между линией обзора и шейкой зуба 2. в опорной зоне 3. в ретенционной зоне 4. строго на линии обзора 5. пересекают линию обзора

0017. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют:

1. быстродействующей пластмассой 2. гипсовым блоком 3. металлической проволокой 4. увеличение толщины воска 5. силиконовым блоком

0018. При препарировании зуба под фарфоровую корону создают:

1. круговой уступ под углом 135°
2. круговой уступ под углом 90°
3. уступ под углом 135° только с вестибулярной стороны
4. уступ под углом 90° только с вестибулярной стороны
5. круглый уступ под углом 120°

0019. Показание к изготовлению имедиат-протеза:

1. множественный кариес
2. удаление зуба в связи с пародонтитом
3. деформации зубных рядов
4. артроз височно-нижнечелюстного сустава
5. многоформная экссудативная эритема

0020. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

1. улучшения фиксации коронки
2. создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
3. уменьшения травмы десны и эстетического эффекта
4. достижения плотного контакта с зубами – антагонистами
5. создания контактного пункта с соседними зубами

0021. Для снятия оттисков при непосредственном протезировании применяют массы:

1. силиконовые
2. термопластические
3. гипс
4. альгинатные
5. цинккислородно-фосфорные

0022. При горизонтальной повышенной стертости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

1. клинообразная
2. кратерообразная
3. ступенчатая
4. овальная
5. округлая

0023. При декомпенсированной форме генерализованной (или III степени) повышенной стертости показан метод ортодонтического лечения:

1. последовательная дезокклюзия
2. перестройка миотатического рефлекса
3. постепенная дезокклюзия
4. коррекция формы зубных рядов
5. верно 1 и 4

0024. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки искусственной коронки проводится на окклюзиях:

1. сагиттальных
2. сагиттальных и центральной
3. центральной и боковых
4. боковых и сагиттальных
5. сагиттальных, боковых и центральной

0025. Газовая пористость базиса протеза возникает по причине:

1. быстрого нагрева кюветы
2. недостаточного сжатия пластмассы
3. быстрого охлаждения кюветы
4. нарушения пропорций полимера и мономера
5. испарения мономера с не закрытой созревающей пластмассы

0026. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

1. установленные в окклюдатор
2. установленные в артикулятор
3. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
4. с восковыми базисами и искусственными зубами
5. с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

0027. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:

1. гнатодинамометрии
2. анатомических особенностей строения зубов
3. подвижности зубов
4. жевательных проб
5. абсолютной силы жевательных мышц.

0028. При препарировании зуба под фарфоровую корону уступ:

1. можно не формировать
2. формируется по всему периметру шейки зуба
3. формируется на вестибулярной поверхности зуба
4. формируется на оральной поверхности зуба
5. верно 3 и 4

0029. При изготовлении съемного пластиночного протеза плотность фиссурно-бугоркового контакта между искусственными зубами и зубами-антагонистами проверяется на этапе:

1. припасовки индивидуальной ложки
2. определения центрального соотношения челюстей
3. определения центральной окклюзии
4. проверки конструкции съемного протеза
5. шлифовки и полировки съемного протеза

0030. Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии:

1. песочной
2. тянущихся нитей
3. тестообразной
4. резиноподобной
5. твердой

0031. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо провести:

1. обезжиривание каркаса
2. пескоструйную обработку
3. пескоструйную обработку и обезжиривание каркаса
4. обезжиривание каркаса и создания окисной пленки
5. пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса и создание окисной пленки

0032. При I степени повышенной стертости зубов показано применение:

1. пластиночных протезов
2. вкладок
3. штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой
4. искусственных коронок
5. верно 2 и 4

0033. Препарирование зубов под штампованные коронки культия зуба создается:

1. с параллельными стенками
2. с сохраненным экватором зуба
3. в виде конуса
4. в форме цилиндра
5. в виде обратного конуса

0034. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

1. нержавеющей стали
2. хромо-кабальтового сплава
3. серебряно-паладиевого сплава
4. латуни
5. легкоплавкого сплава

0035. При I и II степенях повышенной стертости противопоказано применение:

1. цельнолитых коронок
2. штампованных коронок
3. цельнолитых мостовидных протезов
4. штампованно-паяных мостовидных протезов
5. верно 2 и 4.

0036. Культевые штифтовые вкладки могут быть изготовлены:

1. только на однокорневые зубы верхней челюсти
2. только на однокорневые зубы нижней челюсти
3. только на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
4. только на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
5. на зубы любой группы

0037. Конструкционные материалы, применяемые в ортопедической стоматологии:

1. гипс, керамические массы, базисный воск
2. базисный воск, слепочные материалы, пластмассы
3. пластмассы, моделировочный воск, слепочные массы
4. слепочные массы, сплавы металлов, керамические массы
5. керамические массы, пластмассы, сплавы металлов

0038. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

1. репин
2. цементы
3. масляный дентин
4. водный дентин
5. акриловые пластмассы

0039. При прямом методе восковая модель будущей вкладки изготавливается:

1. непосредственно в полости рта
2. на модели из супергипса
3. на модели из серебряной амальгамы
4. на модели из обычного гипса
5. верно 2 и 4

0040. При изготовлении цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:

1. 375
2. 583
3. 750
4. 900
5. 915

0041. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

1. латеральных крыловидных
2. медиальных крыловидных
3. передним отделом двубрюшной мышцы
4. челюстно-подъязычной
5. собственно-жевательной

0042. Причиной диастемы является:

1. гингивит
2. укороченная уздечка верхней губы
3. кариес в стадии пятна
4. гипоплазии эмали
5. скученность зубов

0043. При изготовлении металлокерамической коронки каждый последующий обжиг производится с:

1. повышением температуры
2. понижением температуры
3. одинаковой температурой
4. учетом толщины керамики
5. учетом толщины литого каркаса

0044. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости
4. внутренних напряжений
5. пористости сжатия

0045. Оклюзионная кривая – это линия, проведенная:

1. по контактным поверхностям зубов
2. по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров
3. по проекции верхушек корней зубов
4. от козелка уха до угла крыла носа
5. по режущим краям фронтальных зубов и небными буграми премоляров

0046. Временные шины при лечении болезней пародонта должны:

1. надежно фиксировать шинируемые зубы
2. равномерно распределять жевательное давление
3. не препятствовать лекарственной терапии
4. верно 1 и 2
5. верно 1,2 и 3

0047. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

1. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшены размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
2. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
3. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофична в боковом отделе
4. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
5. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

0048. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку:

1. на гипсовой модели
2. на гипсовом штампе
3. на металлическом штампе
4. без штампа
5. на разборной модели

0049. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

1. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
2. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
3. незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
5. полная атрофия альвеолярной части

0050. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

1. по всему периметру шейки зуба
2. на вестибулярной поверхности
3. с оральной и апроксимальных сторон
4. на апроксимальных поверхностях
5. с оральной стороны

0051. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:

1. полировка
2. глазурирование
3. припасовка на модели
4. заключительный обжиг
5. окончательная корректировка формы

0052. При повышенной стертости твердых тканей зубов I степени ортопедическое лечение проводится:

1. в один этап
2. в два этапа
3. в три этапа
4. в четыре этапа
5. в пять этапов

0053. Для определения интенсивности кариеса зубов у пациента используют индекс:

1. ИГР-У
2. СРITN
3. РНР
4. КПУ
5. РМА

0054. Для изготовления литых кламмеров используются сплавы:

1. хромо-никелевый
2. хромо-кобальтовый
3. золота 900 пробы
4. золота 750 пробы с платиной
5. серебряно-палладиевый

0055. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят на:

1. штампованный колпачок
2. литой колпачок
3. платиновый колпачок
4. штампик из огнеупорного материала
5. огнеупорную модель

0056. Уступ формируется при изготовлении коронки:

1. штампованной
2. фарфоровой
3. металлокерамической
4. верно 2 и 3
5. верно 1 и 3

0057. Окклюзиограмма применяется для определения:

1. окклюзионной высоты
2. окклюзионных контактов
3. выносливости тканей пародонта
4. степени подвижности зубов
5. верно 3 и 4

0058. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:

1. на следующий день после наложения протеза
2. через неделю после наложения протеза
3. только при появлении боли под протезом
4. любые – по согласованию с пациентом
5. после полной адаптации к протезу

0059. Топография слизистой оболочки периферической фиброзной зоны податливости (по Лунду):

1. срединная часть твердого неба
2. альвеолярный отросток
3. дистальная треть твердого неба
4. переходная складка
5. область небных складок

0060. Клинический экватор зуба на гипсовой модели определяют с помощью:

1. 1. копировальной бумаги
2. параллелометрии
3. рентгенографии
4. гнатодинамометрии
5. реографии

0061. Бюгельный протез передает жевательное давление на:

1. естественные зубы
2. жевательные мышцы
3. слизистую оболочку полости рта и естественные зубы
4. височно-нижнечелюстной сустав
5. слизистую оболочку полости рта, мышцы, естественные зубы

0062. При атрофии лунки $\frac{1}{4}$ (по В.Ю. Курляндскому), величина атрофии составляет (по высоте анатомической коронки зуба):

1. 2,5
2. 2,0
3. 1,5
4. 1,0
5. 0,5

0063. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

1. гипсовой модели
2. гипсовом столбике
3. металлическом штампе
4. без штампа
5. разборной гипсовой модели

0064. Искусственные зубы на приточке устанавливают при:

1. третьем классе дефектов зубного ряда по Кеннеди
2. отсутствию одного зуба в переднем участке зубного ряда
3. конечном одностороннем дефекте зубного ряда
4. первом классе дефектов зубного ряда по Кеннеди
5. большой протяженности дефект зубного ряда

0065. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только на:

1. однокорневые зубы верхней и нижней челюсти
2. резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
3. резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
4. зубы любой группы
5. однокорневые зубы верхней и клыки нижней челюсти

0066. При изготовлении штампованной коронки моделировка воском производится:

1. на гипсовом штампе
2. на гипсовой модели
3. на разборной модели
4. на огнеупорной модели
5. верно 3 и 4

0067. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движение:

1. вниз
2. вперед
3. вокруг собственной оси
4. вниз и вперед
5. вниз, вперед и вокруг собственной оси

0068. Для починки съемного протеза на нижней челюсти при отломе удерживающего кламмера необходимо снять слепок с:

1. нижней челюсти без протеза
2. нижней челюсти с протезом
3. двух челюстей без протеза
4. верхней челюсти и слепок с нижней челюсти с протезом
5. двух челюстей без протеза и с нижней с протезом

0069. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

1. любого
2. паяного
3. цельнолитого
4. металлокерамического
5. пластмассового

0070. Классификация Суппли предложена для:

1. слепочных материалов
2. функциональных слепков
3. типов слизистой оболочки
4. форм скатов альвеолярных гребней
5. видов зубных протезов

0071. Штифтовой зуб по Ричмонду – это конструкция:

1. с вкладкой
2. фабричного изготовления
3. с наружным кольцом
4. с надкорневой защиткой
5. с надкорневой культевой вкладкой

0072. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является:

1. необходимость депульпации опорных зубов
2. препарирование большого количества зубов
3. неудовлетворительное эстетическое качество
4. наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
5. сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

0073. Противопоказания к применению ортодонтических методов лечения феномена Попова – Годона:

1. хронический пародонтит
2. интактные зубы и здоровый пародонт
3. частичное отсутствие зубов на обеих челюстях
4. кариес зубов
5. верно 2 и 3

0074. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлическую коронку приводит к:

1. травме пародонта
2. ослаблению фиксации коронки
3. затрудненному положению коронки
4. эстетическому дефекту в области шейки зуба
5. верно 3 и 4

0075. В челюстно-лицевой ортопедии выделяют группы лечебных аппаратов:

1. фиксирующие
2. замещающие
3. формирующие
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

0076. Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:

1. чрезмерная конусность культи зуба
2. чрезмерная толщина литого каркаса
3. усадка металла при литье
4. некачественное литье
5. деформация двухслойного слепка

0077. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:

1. смешанная
2. вертикальная
3. компенсированная
4. декомпенсированная
5. горизонтальная

0078. Наличие преждевременных контактов выявляется использованием:

1. окклюзиограмм
2. копировальной бумаги
3. спрей-диагностики
4. диагностических моделей
5. верно 1-4

0079. Этиологические факторы повышенной стертости, связанные с функциональное перегрузкой зубов:

1. алиментарная недостаточность
2. бруксизм
3. воздействие средств гигиены
4. химические воздействия
5. верно 1 и 4

0080. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:

1. перед моделированием опорных коронок
2. на этапе припасовки опорных коронок на модели
3. одновременно с моделированием опорных коронок
4. после припасовки опорных коронок в клинике
5. после лабораторного этапа изготовления опорных коронок

0081. Частичное отсутствие зубов, осложненное феноменом Попова-Годона, следует дифференцировать от:

1. частичного отсутствия зубов, осложненного снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
2. частичного отсутствия зубов, осложненного повышенной стертойостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
3. частичного отсутствия зубов обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов
4. верно 1, 2 и 3
5. верно 1 и 2

0082. К физиологическим видам прикуса относится:

1. бипрогнатический
2. глубокий
3. прогнатический
4. перекрестный
5. открытый

0083. Метод дезокклюзии применяется при:

1. I форме зубоальвеолярного удлинения
2. II форме зубоальвеолярного удлинения
3. I и II формах зубоальвеолярного удлинения
4. при заболеваниях пародонта
5. верно 2 и 4

0084. При изготовлении металлокерамических коронок рабочие оттиски снимают массами:

1. альгинатными
2. силиконовыми
3. термопластическими
4. твердокристаллическими
5. цинкоксиэвгеноловыми

0085. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (в мм):

1. 0,5 – 1
2. 2 – 4
3. 5 – 6
4. 7 – 8
5. 9 – 10

0086. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

1. цельнолитые, полимеризованные, паяные
2. паяные, пластмассовые, комбинированные
3. комбинированные, металлические, неметаллические
4. неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
5. фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

0087. При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом):

1. меньшем а толщину металла
2. большем на толщину металла
3. равном
4. меньшем на толщину компенсационного лака
5. большем на толщину компенсационного лака

0088. Причина появления пор в отображении препариованного зуба при снятии двухслойного слепка:

1. недостаточное высушивание культи зуба
2. высокая текучесть корректирующего слоя
3. высокая твердость основного (базового) слоя
4. излишняя компрессия при снятии слепка
5. слишком большое количество корректирующей массы

0089. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:

1. вторичного деформирующего остеоартроза
2. дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
3. анкилоза
4. неоартроза
5. верно 1 и 3

0090. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):

1. 0,1-0,2
2. 0,3-0,4
3. 0,5 – 0,6
4. 0,7-0,8
5. 0,9-1,0

0091. Препарирование зуба не требуется при изготовлении коронки:

1. пластмассовой
2. комбинированной
3. фарфоровой
4. ортодонтической
5. цельнолитой

0092. При компенсированной форме локализованной повышенной стертойости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

1. постепенная дезокклюзия
2. коррекция формы зубных рядов
3. последовательная дезокклюзия
4. перестройка миотатического рефлекса
5. верно 2 и 4

0093. Окклюзия – частный случай артикуляции, характеризующийся:

1. всеми перемещениями нижней челюсти 2. смыканием зубов 3. разобщением зубных рядов 4. широким открыванием рта 5. боковыми движениями нижней челюсти

0094. Гранулярная пористость в пластмассе образуется вследствие:

1. быстрого нагрева кюветы 2. недостаточного сжатия пластмассы 3. быстрого охлаждения кюветы 4. нарушения температуры нагрева кюветы 5. нарушения пропорций полимера и мономера

0095. Небную поверхность съемного протеза покрывают серебром для:

1. устранения непосредственного контакта пластмассы со слизистой оболочкой полости рта 2. бактерицидного действия серебра 3. образования химической связи серебра с мономером 4. верно 1 и 2 5. верно 1 и 3

0096. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

1. точности литья коронки 2. удобства моделировки и припасовки коронки 3. предотвращения усадки металла 4. дублирования модели из огнеупорного материала 5. литья коронки на гипсовом штампе

0097. Виды окклюзионных кривых:

1. сагитальная 2. трансверзальная 3. горизонтальная 4. верно 1 и 2 5. верно 2 и 3

0098. При наличии трех пар зубов-антагонистов в каждой функционально-ориентированной группе (при отсутствии снижения высоты нижнего отдела лица) определяют:

1. центральную окклюзию 2. центральное соотношение челюстей 3. межальвеолярное расстояние 4. высоту нижнего отдела лица 5. высоту нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя

0099. Абсолютным противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является:

1. подвижность зуба третьей степени 2. разрушение коронки зуба 3. пульпит 4. необходимость шинирования 5. верно 1 и 3

0100. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при определенной форме повышенной стертости зуба обусловлено:

1. смещением нижней челюсти 2. ростом альвеолярных отростков челюстей 3. изменением взаимоотношений элементов ВНЧС 4. выдвижением зубов 5. верно 1 и 4

0101. При потере левых жевательных зубов нижняя челюсть смещается во вторичную вынужденную окклюзию:

1. влево 2. вправо 3. вперед и влево 4. вперед и вправо 5. вперед

0102. Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:

1. первому 2. второму 3. третьему 4. четвертому 5. пятому

0103. При повышенной стертости твердых тканей зубов полость зуба:

1. увеличивается 2. уменьшается 3. не изменяется 4. в начале заболевания увеличивается, затем уменьшается 5. в начале заболевания уменьшается, затем увеличивается

0104. Слепки – оттиски дезинфицируются у больных:

1. ВИЧ-инфицированных 2. гепатит-инфицированных 3. ВИЧ- и гепатит-инфицированных 4. всех больных 5. с сифилисом

0105. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

1. циркулярный уступ под углом 135° 2. циркулярный уступ под углом 90° 3. уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны 4. уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны 5. символ уступа с вестибулярной стороны и апроксимальных сторон

0106. заключительным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является:

1. полировка 2. глазурование 3. припасовка на модели 4. заключительный обжиг 5. окончательная корректировка формы

0107. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены:

1. экспозиционная проба 2. лейкопеническая проба 3. проба по Гербсту 4. верно 1 и 2 5. верно 1 и 3

0108. Осложнением повышенной стертости зубов является:

1. кариес 2. окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром 3. флюороз 4. гингивостоматит Венсана 5. клиновидный дефект

0109. Противопоказанием к изготовлению металлокерамической коронки является:

1. подвижность зуба третьей степени 2. значительное разрушение коронки зуба 3. подвижность зуба первой степени 4. наклон зубов 5. смещение зуба по вертикальной оси

0110. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

1. уменьшения нагрузки на пародонт 2. достижения плавности движений нижней челюсти 3. нормализации функциональной окклюзии 4. верно 2 и 3 5. верно 1 и 2

0111. Факторы нарушения окклюзии:

1. местные факторы полости рта 2. поражение ВНЧС 3. дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях 4. верно 1, 2 и 3 5. верно 1 и 2

0112. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

1. коронки, полукоронки, вкладки 2. вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры 3. опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки 4. телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены 5. коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

0113. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме (по отношению к величине естественного зуба):

1. равном 2. меньшим на 10-15% 3. меньшем на 20-30% 4. большим на 5-10% 5. большим на 15-20%

0114. Телескопическая коронка используется для:

1. фиксации консольного мостовидного протеза 2. шинирования зубов 3. профилактики патологической стираемости 4. фиксации съемного мостовидного процесса 5. повышения высоты нижнего отдела лица

0115. При I и II степенях повышенной стертости зубов показано применение:

1. вкладок 2. цельнолитых коронок 3. штампованных коронок 4. культовых штифтовых вкладок 5. верно 2 и 4

0116. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется:

1. смешанная 2. вертикальная 3. компенсированная 4. декомпенсированная 5. горизонтальная

0117. Показанием к изготовлению составного мостовидного протеза:

1. подвижность опорных зубов 2. концевой дефект зубного ряда 3. большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект 4. большая протяженность дефекта зубного ряда 5. низкие клинические коронки опорных зубов

0118. При непосредственном протезировании протезы изготавливают:

1. до оперативного вмешательства 2. через 3 дня после удаления зубов 3. через 5-7 дней после удаления зубов 4. через 2 недели после удаления зубов 5. через месяц после удаления зубов

0119. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов зависит от:

1. формы зубных рядов 2. вида прикуса 3. размера зубов 4. размера челюстей 5. верно 1 и 3

0120. Центральная окклюзия определяется признаками:

1. лицевым, глотательным, зубным 2. зубным, суставным, мышечным 3. язычным, мышечным, суставным 4. зубным, глотательным, лицевым 5. лицевым, суставным, мышечным

0121. «Мраморность» базиса пластиночного протеза возникает при:

1. несоблюдении температурного режима полимеризации 2. нарушение прессования 3. резком охлаждении кюветы после окончания полимеризации 4. неполном соединении частей кюветы 5. отсутствии изолирующего слоя на гипсовой модели перед паковкой пластмассы

0122. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стертости зубов выявляется:

1. углубление носогубных складок, старческое выражение лица 2. асимметрия лица 3. «птичье» лицо 4. гиперемия кожных покровов 5. верно 2 и 4

0123. Окклюзия – это:

1. всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей 2. положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии физиологического покоя 3. всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней 4. соотношение беззубых челюстей 5. вид прикуса

0124. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся (по классификации Румпеля) к:

1. физиологическим 2. полуфизиологическим 3. нефизиологическим 4. комбинированным 5. опирающимся

0125. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области жевательных зубов и резкой ее атрофией в области фронтальных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

1. первому 2. второму 3. третьему 4. четвертому 5. пятому

0126. К деформациям зубных рядов может привести:

1. повышенная стертость твердых тканей зубов 2. эрозия эмали 3. пародонтит 4. флюороз 5. верно 1 и 3

0127. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены:

1. аппликационная проба по Сорокину 2. провокационная проба 3. жевательная проба 4. верно 1 и 2 5. верно 1 и 3

0128. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

- 1.осмотр 2. пальпацию 3. опрос 4. рентгенографическое исследование 5. изучение диагностических моделей

0129. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

1. увеличение амплитуды движений нижней челюсти 2. изменение характера движения нижней челюсти 3. атрофия альвеолярных гребней 4. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх 5. появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

0130. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают:

1. дистально 2. в правую боковую окклюзию 3. в левую боковую окклюзию 4. в переднюю окклюзию 5. открыванием рта в пределах до 1 – 2 см

0131. У больных с непереносимостью акриловых пластмасс съемный протез можно изготовить:

1. с металлическим базисом 2. гуттаперчевым 3. с силиконовой мягкой подкладкой 4. верно 1, 2 и 3 5. верно 1 и 3

0132. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

1. полукоронкой
2. экваторной коронкой
3. штифтовой конструкцией
4. съемным протезом
5. вкладкой

0133. Экзогенные этиологические факторы повышенной стертости, приводящие к функциональной недостаточности твердых тканей зубов:

1. патология прикуса
2. химическое воздействие кислот и щелочей
3. частичная адентия
4. бруксизм
5. верно 1 и 3

0134. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает:

1. травму пародонта
2. ослабление фиксации протеза
3. затрудненное наложение протеза
4. эстетический дефект в области шейки зуба
5. снижение жевательной эффективности

0135. Комбинированный метод гипсовки применяют в случае, если:

1. передние зубы поставлены на приточке, а боковые – на искусственной десне
2. зубы поставлены на искусственной десне, а кламмеры располагаются в передней части протеза
3. изготавливают полный съемный протез
4. фиксирующими элементами являются опорно-удерживающие кламмеры
5. боковые зубы поставлены на приточке, а передние – на искусственной десне

0136. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

1. седловидную
2. промывную
3. касательную
4. опорную
5. телескопическую

0137. Жевательная проба С.Е. 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

0138. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

1. атрофия суставного бугорка
2. уплощение суставной ямки
3. разволокнение внутрисуставного диска
4. истончение внутрисуставного диска
5. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

0139. Фиксирующими частями съемного мостовидного протеза могут являться:

1. полукоронки
2. вкладки
3. штифтовые зубы
4. телескопические коронки
5. культевые коронки

0140. На культевую вкладку можно изготовить коронку:

1. только штампованную
2. только литую
3. только пластмассовую
4. только фарфоровую
5. любую из существующих

0141. При компенсированной форме генерализованной повышенной стертости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

1. постепенная дезокклюзия
2. коррекция формы зубных рядов
3. последовательная дезокклюзия
4. перестройка миотатического рефлекса
5. верно 1 и 2

0142. Для переноса на внутреннюю поверхность базиса протеза проекции участка травмированной слизистой оболочки протезного ложа (при проведении коррекции) используется:

1. копировальная бумага
2. порошок пемзы
3. паста ГОИ
4. альгинатная слепочная масса
5. специальный жидкий маркер (биочернила)

0143. Для дифференциации компенсированной формы повышенной стертости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:

1. измерить разницу между высотой нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии 2. провести рентгенологическое исследование зубов 3. провести ЭОД 4. изготовить диагностические модели 5. верно 2 и 3

0144. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

1. по всему периметру шейки зуба 2. на вестибулярной поверхности 3. с оральной и апроксимальных сторон 4. на апроксимальных поверхностях 5. с оральной стороны

0145. В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть контакты:

1. групповые щечных бугров жевательных зубов 2. клыков и боковых резцов 3. резцов и щечных бугров премоляров 4. резцов 5. щечных бугров жевательных зубов или клыков

0146. Часть поверхности коронки зуба, расположенная между линией обзора и десневым краем, называется:

1. зоной поднутрения 2. окклюзионной зоной 3. ретенционной зоной 4. зоной безопасности 5. кламмерной зоной

0147. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии:

1. равномерного напряжения 2. относительного физиологического покоя 3. полного расслабления 4. тонуса 5. неравномерного напряжения

0148. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

1. атрофия суставного бугорка 2. уплощение суставной ямки 3. увеличение амплитуды движений нижней челюсти 4. истончение и разволокнение внутрисуставного диска 5. атрофия, тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

0149. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

1. снижения окклюзионной высоты 2. нормализации функциональной окклюзии 3. достижения плавности движений нижней челюсти 4. верно 2 и 3 5. верно 1 и 2

0150. Показаниями к применению метода избирательного пришлифовывания зубов при пародонтите являются:

1. множественный кариес 2. преждевременные контакты зубов 3. деформации зубных рядов 4. верно 2 и 3 5. верно 1, 2 и 3

0151. Для снятия оттиска при изготовлении вкладок применяются материалы:

1. гипс 2. альгинатные 3. силиконовые 4. цинкоксидэвгеноловые 5. унифас

0152. На этап припасовки литого мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

1. гипсовой модели 2. металлических штампах 3. гипсовых штампах 4. восковой базе 5. разборной гипсовой модели

0153. К физиологическим видам прикуса относится:

1. бипрогнатический 2. глубокий 3. прогнатический 4. перекрестный 5. открытый

0154. Недостатки альгинатных оттисковых материалов:

1. плохая прилипаемость к оттисковой ложке 2. эластичность 3. токсичность 4. высокая усадка 5. верно 1 и 4

0155. Гранулярная пористость в пластмассе образуется вследствие:

1. быстрого нагрева кюветы 2. недостаточного сжатия пластмассы 3. быстрого охлаждения кюветы 4. нарушения температуры нагрева кюветы 5. нарушений пропорций полимера и мономера

0156. Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится:

1. в день наложения протеза 2. на следующий день после наложения протеза 3. через неделю после наложения протеза 4. через месяц 5. только при появлении болей

0157. При микростоме применяют:

1. бюгельные протезы 2. пластиночные протезы с опорно-удерживающими кламмерами 3. шинирующие конструкции 4. складные протезы 5. шины с шарниром Шредера

0158. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

1. атрофия суставного бугорка 2. уплощение суставной ямки 3. увеличение амплитуды движений нижней челюсти 4. истончение и разволокнение внутрисуставного диска 5. атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

0159. Начальным клиническим этапом изготовления эктопротеза является:

1. получение оттиска лица 2. создание восковой репродукции эктопротеза 3. подбор пластмассы соответственно цвету кожи лица 4. отливка модели 5. припасовка эктопротеза

0160. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной стертости достигает:

1. до 1/3 длины коронки 2. от 2/3 длины коронки до шейки зуба 3. от 1/3 до 2/3 длины коронки 4. от 1/3 до 1/2 длины коронки 5. от 1/3 до 2/3 длины коронки

0161. На этап проверки 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 5. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовых моделях в окклюдаторе

0162. Наличие гальванического тока в полости рта может приводить к появлению:

1. жжения и сухости слизистой оболочки полости рта 2. герпетических эрозий 3. папилломатозных разрастаний 4. пузырей на слизистой оболочке рта 5. очагов деминерализации эмали зубов

0163. При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью массы:

1. силиконовой 2. альгинатной 3. фторкаучуковой 4. термопластичной 5. цинкоксида-эвгеноловой

0164. Возможные осложнения при избирательном пришлифовывании зубов:

1. гиперестезия твердых тканей 2. снижение окклюзионной высоты 3. ортодонтический эффект перемещения зуба 4. верно 1 и 2 5. верно 1, 2 и 3

0165. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

1. гипсовой модели 2. гипсовом столбике 3. металлическом штампе 4. без штампа 5. разборной гипсовой модели