

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра ортопедической стоматологии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.08.75

Стоматология

_____/_____/

«____» _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой ортопедической
стоматологии

_____/А.А.Долгалева/

«____» _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Ортопедическая стоматология
Направление подготовки	31.08.75 Стоматология
Направленность (профиль)	Стоматология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи
ПК-9	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-10	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-12	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний
ПК-13	готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
УК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
ПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
ПК-5	Задание закрытого типа на	2 с эталоном ответов

[illegible]

	Задание закрытого типа	15 с эталоном ответов
--	------------------------	-----------------------

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант																																																				
1.	УК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. <table><tr><td colspan="2">Причины образования ложного сустава нижней челюсти</td><td colspan="2">Характер причин</td></tr><tr><td>А</td><td>общие</td><td>1.</td><td>туберкулез</td></tr><tr><td>Б</td><td>местные</td><td>2.</td><td>стенокардия</td></tr><tr><td></td><td></td><td>3.</td><td>сахарный диабет</td></tr><tr><td></td><td></td><td>4.</td><td>хронический пиелонефрит</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.</td><td>анемия</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.</td><td>недостаточная иммобилизация отломков</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.</td><td>обширные разрывы мягких тканей и их внедрение между отломками</td></tr><tr><td></td><td></td><td>8.</td><td>раннее снятие шин</td></tr><tr><td></td><td></td><td>9.</td><td>дефект кости в области перелома более 2 см</td></tr><tr><td></td><td></td><td>10.</td><td>отслоение надкостницы в области перелома на большом протяжении</td></tr><tr><td></td><td></td><td>11.</td><td>травматический перелом</td></tr><tr><td></td><td></td><td>12.</td><td>находящийся в линии перелома зуб</td></tr></table>	Причины образования ложного сустава нижней челюсти		Характер причин		А	общие	1.	туберкулез	Б	местные	2.	стенокардия			3.	сахарный диабет			4.	хронический пиелонефрит			5.	анемия			6.	недостаточная иммобилизация отломков			7.	обширные разрывы мягких тканей и их внедрение между отломками			8.	раннее снятие шин			9.	дефект кости в области перелома более 2 см			10.	отслоение надкостницы в области перелома на большом протяжении			11.	травматический перелом			12.	находящийся в линии перелома зуб	А-1 Б-6,7,8,9,10, 11, 12
Причины образования ложного сустава нижней челюсти		Характер причин																																																					
А	общие	1.	туберкулез																																																				
Б	местные	2.	стенокардия																																																				
		3.	сахарный диабет																																																				
		4.	хронический пиелонефрит																																																				
		5.	анемия																																																				
		6.	недостаточная иммобилизация отломков																																																				
		7.	обширные разрывы мягких тканей и их внедрение между отломками																																																				
		8.	раннее снятие шин																																																				
		9.	дефект кости в области перелома более 2 см																																																				
		10.	отслоение надкостницы в области перелома на большом протяжении																																																				
		11.	травматический перелом																																																				
		12.	находящийся в линии перелома зуб																																																				
2.	УК-1	<table><tr><td>Заболевание височно-</td><td>Характер заболевания:</td></tr></table>	Заболевание височно-	Характер заболевания:																																																			
Заболевание височно-	Характер заболевания:																																																						

		нижнечелюстн о сустава:				
		1	артроз	А	обусловлен окклюзионны ми и функциональн ыми факторами	
		2	артрит	Б	воспалительн ый	
		3	мышечно- суставная дисфункци я	В	дистрофическ и- дегенеративн ый	
3.	УК-1	Установите правильную последовательность при сборе анамнеза у пациента: А.уточнение жалоб пациента на состояние зубочелюстной системы Б.выяснение аллергологического анамнеза В.сбор анамнеза жизни (перенесенных и сопутствующие заболевания) Г.уточнение паспортных данных пациента Д.сбор стоматологического анамнеза (предыдущее лечение, протезирование) Е.выяснение условий труда и вредных привычек Ж.уточнение давности и динамики жалоб				ГАЖДВБЕ
4.	УК-1	Установите правильную последовательность действий при снятии силиконового слепка? А.подготовка слепочной ложки (подбор, примерка, нанесение адгезива) Б.удаление слепка из полости рта после полимеризации материала В.введение корректирующего (жидкого) силикона в полость рта Г.осмотр и оценка качества полученного слепка Д.замешивание базисного (плотного) силиконового материала Е.заполнение слепочной ложки базисным силиконовым материалом Ж.установка ложки с базисным слепком в полости рта З.нанесение корректирующего силикона на препарированные зубы И. создание пространства под корректирующий слой (при необходимости – использование разделительного слоя)				АДЕЖИЗВБ Г
5.	УК-1	Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется_____				реопародонтогра фия

6.	УК-1	В реограмме различают восходящую часть _____ и нисходящую _____.	анакрота, катакрота
7.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают А. с выяснения жалоб Б. с осмотра полости рта В. с анамнеза жизни Г. с анамнеза болезни	А.
8.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии А. центральной Б. боковой В. передней	А
9.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Центральная окклюзия определяется признаками А. зубным, суставным, мышечным Б. лицевым, глотательным, зубным В. язычным, мышечным, суставным	А
10.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее часто используемый метод исследования А. рентгенологический Б. цитологический В. гистологический Г. при травматических повреждениях челюстно-лицевой области	А
11.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание А. все ответы верны Б. заболевания эндокринной системы В. перенесенные инфекционные заболевания Г. болезни сердечно-сосудистой системы Д. нервно-психические заболевания Е. на патологию желудочно-кишечного тракта	А
12.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Зондирование НЕ дает возможность А. оценить состояние верхушечного периодонта Б. выявить патологию прикуса В. обнаружить кариозную полость Г. выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба Г. определить глубину пародонтального кармана	А
13.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Анатомический слепок снимают с челюсти А. стандартной ложкой Б. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб	А

		В. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб	
14.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Одонтопародонтограмма дает возможность судить А. о состоянии костной ткани пародонта Б. о состоянии слизистой оболочки полости рта В. о степени подвижности зубов	А
15.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В связи с полной утратой зубов жевательные мышцы: А. атрофируются Б. гипертрофируются В. гипотрофируются Г. деформируются	А
16.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В связи с полной потерей зубов угол нижней челюсти: А. увеличивается Б. уменьшается В. деформируется Г. не изменяется	А
17.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На верхней челюсти при полной потере зубов происходит атрофия альвеолярного отростка: А. вестибулярной части Б. небной части В. язычной и небной части	А
18.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления культевой коронки: А. тотальное разрушение коронковой части зуба подвижность зуба третьей степени Б. восстановление дефекта зубного ряда В. ИРОПЗ = 0,4 Г. ИРОПЗ = 0,6 Д. подвижность зуба третьей степени	А
19.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления литой цельнометаллической коронки: А. использование зуба для опоры мостовидного протеза изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В. ИРОПЗ = 0,4 Г. изменение цвета зуба Д. тотальное разрушение коронковой части зуба	А
20.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления металлокерамической коронки: А. изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В. ИРОПЗ = 0,4 Г. глубокий патологический Д. тотальное разрушение коронковой части зуба	А

21.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления металлопластмассовой коронки: А. изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В. ИРОПЗ = 0,4 Г. глубокий патологический прикус Д. тотальное разрушение коронковой части зуба	А								
22.	УК-1	Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу-ортопеду. Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность. Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37. Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса. Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога. <table><tr><td>7004321</td><td>1234067</td></tr><tr><td>7054321</td><td>1234007</td></tr></table> Десневые сосочки в области <table><tr><td>321</td><td>123</td></tr><tr><td>321</td><td>123</td></tr></table> гиперелированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени. Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени 1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения. 3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести. Причины возникновения генерализованных форм парадонтита.	7004321	1234067	7054321	1234007	321	123	321	123	1) Частична я потеря зубов верхней челюсти (3-й класс по Кеннеди), частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), генерализованны й пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения. 2) Убрать над и под десневой зубной камень, сделать глубокий кюретаж, изготовить мостовидный протез с опорой на в/ч 34 67, на н/ч бюгельный протез. 3) Рентгенол огически обнаруживается как горизонтальная, так и вертикальная резорбация межзубной перегородки до 1/3 длины корня. 4) Действие зубной бляшки, зубных отложений. Предрасполагаю щие факторы
7004321	1234067										
7054321	1234007										
321	123										
321	123										

			нарушения барьерной функции пародонта и ослабление защитных сил организма.
23.	УК-1	Больная жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов, появившуюся более года назад, отсутствие боковых зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, появление промежутков между фронтальными зубами верхней челюсти. Жевательные зубы удалены 2-3 года назад в связи с их разрушением. Отмечается выраженность носогубных и подбородочных складок. 1) Поставьте предварительный диагноз. 2) Выберите и обоснуйте план лечения. 3) Классификация заболеваний пародонта. Роль ортодонтических методов в лечении заболеваний пародонта. 4) Рентгенографические признаки при заболеваниях пародонта. Их корреляция с величиной и видом патологических пародонтальных карманов.	В соответствии с постановлением XVI пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (ноябрь 1983 г.) принята следующая классификация. I. Гингивит – воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный. II. Пародонтит – воспаление тканей

			пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный. III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: хроническое, ремиссия. Распространенность: генерализованный. IV – Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. V Пародонтомы. 2. Основными рентгенологическими признаками при заболевании пародонта является убыль межзубных
--	--	--	--

			перегородок и резорбация стенок альвеол, которые приводят к деструктивным процессам диагностируемым в клинике методами визуального осмотра и зондирования. Виды резорбации: горизонтальная, вертикальная, смешанная, лакунарная. В клинике резорбация межальвеолярных перегородок проявляется в виде образования пародонтальных карманов, суммарная величина которых с видимой атрофией, дает возможность составить представления об общей величине деструктивных процессов в пародонте.
24.	УК-1	Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии. 3. Какие дополнительные методы	1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибком, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой,

		исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Дифференциальная диагностика. Ваш план ортопедического лечения	малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы). 4. - Заеда стрептококковая заразительна, она передается контактным путем - через посуду, полотенце и т.д.
--	--	--	---

			В анамнезе контакт с болеющим данной патологией, острое начало. - Грибковый стоматит проявляется чаще у лиц, пользующихся зубными протезами (съёмными акриловыми и металлическими). Излюбленная локализация гриба - углы полости рта, язык. Появляются трещины в углах рта, покрытые корочками. Язык складчатый, обложен. Грибковый стоматит характеризуется триадой: воспаление неба, языка и углов рта. - Когда мала ротовая щель и несоразмерно с ней велик базис протеза, введение и выведение зубного протеза из полости рта ведут к надрыву и последующему инфицированию тканей углов рта. Трещины легко кровоточат и покрываются кровянистыми или гнойными корочками.
--	--	--	--

					- У лиц со сниженной высотой нижнего отдела лица в силу потери зубов или резкой генерализованной стираемости твердых тканей зубов при наличии условий к образованию заеды заболевание носит стойкий характер, так как у них в области углов рта образуются глубокие складки, поддерживающие мацерацию тканей. 5. 1) Специфическая противовоспалительная терапия (20% борный глицерин, 2% - р-р соды, нистатин в таблетках, тетрациклиновая мазь, антибиотики широкого спектра действия). 2) Восстановление окклюзионной высоты путем рационального протезирования.
25.	УК-2	Клиническая ситуация	Назначение/ мероприятие по контролю:		1 – Б 2 – Д 3 – А 4 – В 5 – Г
		А Назначение	1 Пациенту после		

			местных аппликаций реминерализующих и десенситайзеров, контроль через 7-10 дней для оценки снижения чувствительности.		фиксации металлокерамической коронки на жевательный зуб предъявляет жалобы на чувство распирания, боль при накусывании.	
		Б	Рентгенологический контроль (прицельная рентгенограмма/ОПТГ) для оценки состояния периапикальных тканей и краевого прилегания коронки, при необходимости – снятие коронки и перепротезирование.	2	Пациентка с полным съемным протезом на верхней челюсти жалуется на постоянную сухость и жжение слизистой оболочки (синдром жжения в полости рта – СЖПР).	
		В	Назначение и обучение использованию ирригатора с антисептическими растворами (хлоргексидин 0.05%), контроль качества гигиены на осмотрах раз в 3-6 месяцев, рентгенологический мониторинг.	3	Пациент после протезирования на имплантатах мостовидным протезом в боковом отделе для поддержания долговременной остеоинтеграции.	
		Г	Назначение консультации терапевта-стоматолога/врача	4	Пациент с временным акриловым протезом на	

			ача-пародонтолога для выявления кандидоза, коррекции конструкции протеза, возможное назначение местных увлажняющих и противогрибковых средств (гели, растворы).		имплантатах в эстетически значимой зоне на этапе приживления.		
		Д	Назначение мягкой силиконовой защитной каппы (капы протезной) на ночь для разгрузки имплантатов и профилактики механической травмы слизистой.	5	Пациент с жалобами на повышенную чувствительность зубов (гиперестезию) после препарирования зубов под коронки.		
26.	УК-2	1	Пациент жалуется на ноющую боль в зубе под старой коронкой, усиливающуюся при накусывании. При осмотре: дефектная коронка, перкуссия болезненна, на рентгенограмме – очаг деструкции костной ткани у верхушки корня.	А	Антисептики для местного применения		1-Д 2-Г 3-А 4-В 5-А
		2	После подготовки зубов под	Б	Антигистаминные средства системного		

			металлокерамические коронки пациент испытывает значительную гиперестезию (повышенную чувствительность) на термические и химические раздражители		действия		
		3	Пациенту с полной адентией на верхней челюсти изготовлен новый съёмный пластиночный протез. На контрольном осмотре через день выявлена локальная декубитальная язва (пролежень) на слизистой оболочке альвеолярного гребня.	В	Деконгестанты (сосудосуживающие) для местного применения		
		4	Перед снятием оттиска для полного съёмного протеза у пациента отмечается выраженная саливация (слюнотечение).	Г	Десенситайзеры (препараты, снижающие чувствительность дентина)		
		5	У пациента после фиксации циркониевой коронки на жевательный зуб развился острый локализованный папиллит	Д	Противовоспалительные нестероидные средства системного действия		

		(воспаление десневого сосочка), вызванный избытком фиксирующего цемента в межзубном промежутке.	
27.	УК-2	Укажите правильную последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления штампованных коронок: А. Препарирование Б. Изготовление штампа В. Изготовление моделей Г. Припасовка коронок Д. Фиксация коронок Е. Получение оттисков Ж. Штамповка коронок З. Полировка коронок	А,Е,В,Б,Ж,З,Г,Д
28.	УК-2	А. Анализ динамики состояния: повторная оценка индекса боли (ВАШ), пальпаторной болезненности мышц, амплитуды открывания рта. Внесение корректив в план лечения (например, коррекция каппы, изменение схемы приема миорелаксанта) на основе полученных данных. Б. Назначение медикаментозной терапии: выбор нестероидного противовоспалительного средства (НПВС) для купирования острой боли и миорелаксанта центрального действия для снятия мышечного спазма. Инструктирование пациента о режиме приема и возможных побочных эффектах. В. Назначение немедикаментозного ортопедического лечения: определение показаний, снятие оттисков и изготовление разгружающей суставной каппы (окклюзионной шины). Объяснение пациенту режима ношения. Г. Определение целевых показателей для контроля эффективности: установление базовых значений (например, амплитуда открывания рта в мм, интенсивность боли по Визуально-Аналоговой Шкале — ВАШ, локализация болезненных мышечных узлов). Д. Оценка безопасности терапии: опрос пациента на предмет побочных эффектов от лекарств (например, сонливость, диспепсия) и проверка тканевой переносимости каппы (воспаление, натирание).	Г, Б, В, Д, А, Е

		Е. Выдача окончательных рекомендаций по поддерживающей немедикаментозной терапии (самомассаж, миогимнастика) и планирование сроков следующего контрольного осмотра.	
29.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Вкладки применяются для: А. восстановления анатомической формы зуба и опоры мостовидного протеза Б. опоры мостовидного протеза В. опоры бюгельного протеза Г. восстановления дефекта зуба более 60%	А
30.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Соединение пластмассы с литым каркасом, при изготовлении металлоакрилового мостовидного протеза осуществляется за счет: А. формирования ретенционных пунктов с помощью шариков (перл) Б. образования окисной пленки В. взаимной диффузии материалов Г. химического соединения	А
31.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Толщина стенок корня при изготовлении штифтового зуба должна быть не менее: А. 1,5 мм Б. 0,5 мм В. 1 мм Г. 2 мм	А
32.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Под штифтовую конструкцию корень распломбировывается на: А. 2/3 Б. 1/2 В. 1/3 Г. 1/4	А
33.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Корневой канал должен быть запломбирован: А. до апикального отверстия Б. не доходя на 0,5 мм до апекса В. не доходя на 1 мм до апекса Г. не доходя на 0,3 мм до апекса	А
34.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Исключите неверное требование, предъявляемое к штифтовым конструкциям: А. толщина корневого штифта 0,4 мм Б. хорошо фиксироваться в корне посредством штифта В. не препятствовать движениям нижней челюсти и удовлетворять эстетическим требованиям Г. плотно прилегать к поверхности корня для исключения травмы тканей окружающих его	А
35.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ С помощью, каких инструментов распломбировывают корневой канал:	А

		А. шаровидных боров и ларго Б. колесовидных боров В. сепарационных дисков Г. шаровидных боров	
36.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Цельнолитую культевую штифтовую вкладку изготавливают методом: А. прямым и косвенным Б. штамповки В. косвенным Г. фабричным	А
37.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите противопоказания к выбору опорных зубов в мостовидном протезе: А. зубы с подвижностью III степени и зубы с очагами хронической инфекции в апикальном периодонте Б. зубы с атрофией костной ткани лунки на 1/4 В. зубы с очагами хронической инфекции в апикальном периодонте Г. зубы с аномалиями положения в зубном ряду	А
38.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Мостовидными протезами можно устранить: А. включенный дефект зубного ряда в боковом отделе при отсутствии премоляра Б. концевой дефект зубного ряда В. включенный дефект зубного ряда во фронтальном отделе при отсутствии 4 резцов и клыка Г. включенный дефект зубного ряда во фронтальном отделе при отсутствии 4 резцов и обоих клыков	А
39.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Изготовление консольных мостовидных протезов показано: А. при отсутствии 5 зуба с опорой на 6 Б. при отсутствии 6 зуба с опорой на 7 В. при отсутствии 2 зуба с опорой на 1 Г. при отсутствии 3 зуба с опорой на 2	А
40.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите правильный метод установки нижней челюсти в положение центральной окклюзии: А. голову пациента немного наклоняем назад, просим проглотить слюну, и слегка надавливаем большими пальцами на подбородок; голову больного слегка наклоняем вперед, просим проглотить слюну и дотронуться языком до неба Б. голову больного слегка наклоняем вперед, просим проглотить слюну и дотронуться языком до неба В. просим больного проглотить слюну, и дотронуться поочередно до внутренней поверхности левой и правой щек; на верхнем	А

		восковом шаблоне, по его заднему краю делаем бугорок из воска, просим больного проглотить слюну и одновременно дотронуться языком до бугорка Г. на верхнем восковом шаблоне, по его заднему краю делаем бугорок из воска, просим больного проглотить слюну и одновременно дотронуться языком до бугорка	
41.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Выберите вспомогательные конструкционные материалы, применяемые для определения центральной окклюзии при изготовлении мостовидных протезов: А. воск базисный Б. воск «Лавакс» В. альгинатный слепочный материал Г. силиконовый слепочный материал I тип вязкости	А
42.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите несуществующий тип литья: А. воздушное Б. центробежное В. вакуумное Г. литье под давлением	А
43.	УК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите, какие из вышеперечисленных мостовидных протезов относятся к комбинированным: А. металлокерамический и металлоакриловый Б. штампованно-паяный В. металлоакриловый Г. цельнолитой с напылением	А
44.	УК-2	Продолжите предложение Для снятия оттиска у пациента с выраженным рвотным рефлексом, помимо психологической адаптации, может быть применен местный анестетик в форме _____ для аппликации на мягкое небо и язычок.	спрея (или аэрозоля, допустим ответ: геля с лидокаином/бензкаином)
45.	УК-2	Продолжите предложение При выявлении у пациента перед протезированием симптомов кандидозного стоматита (творожистый налет, жжение) под существующим съемным протезом, обязательным компонентом лечения, помимо коррекции протеза, является назначение _____ препаратов.	противогрибковых (антимикотических, например, на основе клотримазола, нистатина)
46.	УК-2	Ситуация: Пациент К., 72 года, носитель полного съемного протеза на верхнюю челюсть 3 месяца. Обратился с жалобами на интенсивное жжение, сухость, металлический привкус во рту, боль при приеме пищи. Объективно: под всем базисом протеза слизистая оболочка ярко-гиперемирована,	1. Диагноз: Острый атрофический (псевдомембранозный) кандидозный

		отечна, определяется белый творожистый налет, легко снимающийся шпателем с обнажением эрозированной поверхности. Уголки рта мацерированы (заеды). 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте план немедикаментозного и медикаментозного лечения. 3. Какие критерии эффективности и безопасности вы заложите в план контрольного осмотра через 7 дней?	стоматит (протезный стоматит, «протезная молочница»). Хейлитангулярный (кандидозные заеды). 2. План лечения: Немедикаментозное: 1) Обучение гигиене протеза (чистка щеткой, применение таблеток для протезов). 2) Рекомендация не носить протез ночью, хранить в сухом виде. 3) Коррекция диеты (ограничение углеводов). Медикаментозное: 1) Местное: Обработка слизистой и протеза 2% раствором соды, аппликации противогрибковых средств (клотримазол крем, нистатиновая мазь) 3 раза в день на 20 мин. Обработка заед. 2) Системное (при упорном течении): Флуконазол 150 мг per os однократно, при необходимости повтор через 3 дня. 3. Критерии
--	--	---	---

			контроля через 7 дней: Эффективность: Исчезновение жжения, боли; отсутствие белого налета; уменьшение гиперемии и сухости; заживление заед. Безопасность: Отсутствие признаков аллергии на препараты, побочных эффектов (тошноты от системного антимикотика). Контроль за соблюдением гигиены.
47.	УК-2	Ситуация: Пациентка М., 60 лет, после фиксации металлокерамической коронки на зуб 1.5 (препарирование без уступа, с циркулярным удержанием) жалуется на постоянную ноющую боль в зубе, усиливающуюся при накусывании. Зуб ранее был депульпирован. При осмотре: коронка герметична, перкуссия болезненна, слизистая в области вершины корня без видимых изменений. На рентгенограмме: вокруг вершины корня 1.5 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами диаметром до 4 мм, признаки недопломбирования корневого канала. 1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план немедикаментозного и медикаментозного лечения. 3. Как вы будете контролировать эффективность лечения через 6 месяцев?	1. Диагноз: Хронический периодонтит зуба 1.5 в стадии обострения. Несостоятельность корневой пломбы. Состояние после ортопедического лечения (коронка). 2. План лечения: Немедикаментозное: 1) Снятие коронки. 2) Распломбировка и механическая/медикаментозная обработка корневого канала. 3) Временное пломбирование

			канала лечебной пастой на основе гидроокиси кальция на 2-3 месяца. 4) Временное восстановление зуба. Медикаментозно е: 1) Местное: Эндоканальная едикация (например, на основе комбинации антибиотиков, кортикостероидов и противогрибковых средств — «Триоксипаста») . 2) Системное (при выраженных симптомах): НПВП (ибупрофен) для снятия боли, короткий курс антибиотика (амоксциллин) при признаках периостита. 3. Контроль через 6 месяцев: Оценка по рентгенологическому критерию: уменьшение или полное исчезновение очага деструкции у верхушки корня, восстановление четкости компактной пластинки кости (laminadura). Клинический критерий: отсутствие
--	--	--	---

			жалоб, безболезненная перкуссия, отсутствие свища.
48.	УК-2	Ситуация: Пациент С., 55 лет, на 3-й день после фиксации бюгельного протеза с кламмерной фиксацией обратился с жалобой на резкую боль в области зуба 3.4, невозможность сомкнуть зубы. Объективно: зуб 3.4 подвижен I степени, резко болезнен при перкуссии по вертикали. Окружающая слизистая не изменена. На опорный зуб наложен удерживающий кламмер. В анамнезе: зуб ранее лечен по поводу кариеса, был покрыт коронкой. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какое срочное немедикаментозное вмешательство необходимо провести? 3. Назначьте медикаментозную терапию для купирования острого состояния и план дальнейшего контроля.	1. Диагноз: Острый травматический периодонтит зуба 3.4. Травма окклюзионной накладкой/плечом кламмера бюгельного протеза. 2. Срочное немедикаментозное вмешательство: Немедленное снятие протеза и его коррекция – шлифовка окклюзионной накладки, освобождение бугра зуба от контакта с протезом. По показаниям — разобщение прикуса на стороне поражения. 3. Медикаментозная терапия и контроль: Назначить НПВП (кеторолак, нимесулид) на 2-3 дня для снятия боли и воспаления. Рекомендовать щадящий режим для зуба, полоскания отваром ромашки. Контроль: Через 3-5 дней оценить

			состояние зуба (подвижность, перкуссия). При сохранении симптомов – необходимо рентгенологическое исследование и эндодонтическое лечение.		
49.	ПК-1	Соотнесите термины и определения:			1-Г, 2-В, 3-Б 4-А, 5-Д
		1	Ортопедические конструкции	А	Искусственные зубные коронки, которые устанавливаются а оставшиеся зубы для восстановления их формы и функции
		2	Имплантаты	Б	Устройства, предназначенные для замещения отсутствующих зубов или их частей, могут быть съемными или несъемными
		3	Протезы	В	Процесс установки искусственных корней зубов в челюсть для поддержки протезов
		4	Коронки	Г	Общий термин для всех типов протезирования, включая съемные и несъемные конструкции
		5	Мостови	Д	Конструкции,

				дние протезы		которые используются для соединения двух и более зубов с целью замещения одного или нескольких отсутствующи х зубов		
50.	ПК-1	Соотнесите термины и определения:						1-Г, 2-А, 3-Д, 4-В, 5-Б
		1	Процесс установки искусственны х корней, которые служат опорой протезов	А	Съемные протезы			
		2	Конструкции, которые можно легко снять и надеть, часто используется для замещения нескольких отсутствующ их зубов	Б	Несъемные протезы			
		3	Процесс восстановлен ия зуба с помощью специального материала для закрытия полостей или трещин	В	Ортопедическа я диагностика			
		4	Метод, позволяющий оценить состояние зубочелюстно й системы и необходимост ь	Г	Зубные имплантаты			

			протезирован ия				
		5	Конструкции, которые фиксируются на зубах и не могут быть сняты пациентом самостоятельно	Д	Пломбирование		
		6	Общий термин, обозначающий процесс восстановления утраченных зубов или их частей	Е	Протезировани е		
51.	ПК-1	1. Этапы лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях ВНЧС: А. обследование Б. постоянное протезирование В.. постановка диагноза Г. изготовление окклюзионных шин Д. Избирательное шлифование зубов					А В Д Б Г
52.	ПК-1	в диагнозе больного с заболеванием ВНЧС указывают: А. сопутствующие заболевания; Б. основное заболевание; В. осложнения основного заболевания.					Б В А
53.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Что относится к клиническому методу обследования: а)опрос больного б)внешний осмотр больного в)обследование ВНЧС и жевательных мышц г)обследование полости рта					А
54.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Определить этапность консервативно-хирургического метода лечения периодонтита, как возможность сохранения зуба для использования под штифтовую конструкцию: а)эндодонтическое лечение проходимых каналов зуба б)хирургическое вмешательство (гемисекция и ампутация корня) в)временная стабилизация зубов или оставшихся					А

		сегментов (лигатура, быстротвердеющая пластмасса, шины, ортодонтические аппараты) г) ортопедическое лечение	
55.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ. Какие ведущие симптомы наблюдаются в клинической картине частичной потери зубов: а) нарушение непрерывности зубного ряда б) появление двух групп зубов (функционирующей и нефункционирующей) в) функциональная перегрузка отдельных зубов г) деформация зубных рядов	А
56.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Что является противопоказанием к изготовлению мостовидных протезов: а) большие дефекты, ограниченные зубами с различной функциональной ориентировкой б) дефекты, ограниченные дистально зубом с патологической подвижностью в) дефекты, ограниченные зубами с низкими клиническими коронками г) атрофия лунки корня более $\frac{1}{2}$	А
57.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В качестве опор для несъёмных протезов используются: а) интактные зубы с непоражённым пародонтом б) зубы, каналы которых запломбированы до верхушки в) зубы, с изменениями в периапикальных тканях г) имплантаты	А
58.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи): а) ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми признаками б) незначительная атрофия альвеолярных отростков в) наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей г) преобладание вертикальных движений нижней челюсти	А
59.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Какие лечебные цели преследует протезирование при полной потере зубов: а) восстановление функций жевания б) восстановление функции речи в) создание условий для нормальной деятельности ВНЧС г) восстановление внешнего вида больного	А
60.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При оценке качества слепка для изготовления мостовидных протезов важны: а) рельеф зубодесневой бороздки по периметру каждого из опорных зубов б) отсутствие пор	А

		в)точность отображения тканей по переходной складке г)отсутствие размытых, нечётких отпечатков	
61.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ А) томография височно-нижнечелюстных суставов Б) панорамная рентгенография В) ортопантомография Г) рентгенокинематография	А
62.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД А) рентгенологическое исследование Б) измерение высоты нижнего отдела лица В) анализ функциональной окклюзии Г) электромиографическое исследование	А
63.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ А) гемодинамики Б) сократительной способности мышц челюстно- лицевой области В) движения головок нижней челюсти Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава	А
64.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ А) штифтовой конструкции Б) вкладки В) полукоронки Г) экваторной коронки	А
65.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) включенный дефект зубного ряда Б) дефект естественной коронки зуба В) повышенное стирание зубов Г) пародонтит тяжелой степени	А
66.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ А) вкладки Б) полукоронки В) штифтового зуба Г) экваторной коронки	А

67.	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ <i>ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</i> А) разрушение коронковой части зуба на уровне десенного края Б) отлом угла режущего края зуба В) разрушение корня зуба на 1/3 Г) кариозная полость I класса по Блэку	А
68.	ПК-1	Форма повышенной стираемости твёрдых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и оральная поверхность зубов, называется_____.	Компенсированная
69.	ПК-1	Форма повышенного стирания твёрдых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется_____.	Некомпенсированная
70.	ПК-1	Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке. При осмотре полости рта: а) Интактные зубные ряды; б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля); в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей; г) Тортоаномалия верхних клыков; д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку); е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной. 1. Определите план диагностических мероприятий; 2. Поставьте диагноз; 3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»; 4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса; 5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии; 6. Объясните морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.	1. Блок диагностических мероприятий обязательно должен включать в себя следующие методы: 1.1. Клиническое обследование пациента, проводимое по традиционной схеме (опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта). Опрос служит для получения паспортных и аналитических данных, сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, положение тела во время сна, наличие вредных привычек, профессиональных вредностей. Внешний осмотр (осмотр лица и фигуры) позволяет оценить

			конституциональные особенности, осанку, лицевые признаки (симметричность левой и правой половины лица, пропорциональность лица по вертикали, профиль лица). При осмотре полости рта проводится осмотр зубов (зубная формула), осмотр зубных рядов, альвеолярных отростков и определение окклюзии зубных рядов (прикуса). Проводится оценка расположения уздечек верхней и нижней губ, языка, расположение и размер языка, изучение конфигурации неба. 1.2. Специальные (дополнительные) методы диагностики: 1.2.1. Антропометрические исследования лица и головы пациента, построенные на закономерностях строения лицевого и мозгового
--	--	--	--

			черепа, пропорциональности соотношения разных отделов головы и отношений их к определенным плоскостям. Изучение проводится на гнатостатически х моделях челюстей, на лице пациента, на фотографиях лица и телерентгенограммах. 1.2.2. Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, на которых измеряют зубы (ширину, высоту и толщину, сравнивая полученные данные с данными сводных размеров молочных зубов по Ветцелю и постоянных по Устименко). На гипсовых моделях определяют взаимоотношение размеров зубов по Тонну, выявившему пропорциональную взаимосвязь между суммой ширины коронок постоянных верхних и нижних резцов
--	--	--	---

			при физиологическо й окклюзии. Соответствующа я величина носит название индекса Тонна. 1.2.3.Измерения зубных рядов проводит с трансверсальной и сагиттальной плоскости по методу Пона, Линдера и Харта, Слабковской (показатели ширины в области клыков), и Коркхауза соответственно, сравнивая с данными норм, представленных в таблице авторов. Измерение лонгитудинальн ой длины зубных рядов проводят по методу Нанса лигатурной проволокой. Величина зубного ряда в норме равна сумме мезиодистальны х размеров зубов. Измерения апиального базиса, используя измерительные точки для определения ширины и длины апиальных базисов челюстей по
--	--	--	---

			Хаусу. Полученные данные определяют зависимость ширины в мм зубных рядов, ширины и длины апикального базиса челюстей от размеров 12-ти зубов (по Н.Г. Снагиной). 1.2.4. Графические методы изучения формы зубных рядов проводят при помощи симметричности (изучение месторасположения зубов в трансверсальном и сагиттальном направлениях). Для экспресс-диагностики применяют ортокрест (ортодонтический крест из прозрачной пластины, на которой нанесен крест с миллиметровым и делениями или миллиметровая сетка через 1 или 2 мм). При проведении фотосимметроскопии основан на симметроскопии диагностических моделей с последующим фотографированием в определенном режиме. Фотографию
--	--	--	---

			моделей со спроецированной на нее миллиметровой сеткой в дальнейшем изучают и измеряют. Изучение геометрически-графических репродукций на основании изображения нормальной индивидуальной формы зубных рядов применяют методики Бовильда, Гизи, Холи, Хербера, Хербста, Шварца. 1.2.5. Рентгенологические методы обследования включают внутри-и внеротовые методы рентгенографии. К первым относятся прицельные снимки зубов, срединного шва. Ко вторым относятся панорамная рентгенография челюстей, ортопантомография, томография ВНЧС, телерентгенография в прямой и боковой проекциях.. 1.2.6. Функциональные методы
--	--	--	---

			исследования мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта. К этим методам относятся электрооммография, миотонометрия, артрофонография, реография, аксиография, периотестеметрия, реопарадоитография, электроодонтодиагностика, гнатодинамометрия, гнатография. 2. Диагноз: Аномалия положения отдельных зубов (скупенное положение передних зубов, тортоаномалия 13 и 23. Аномалия зубных рядов (нарушение их формы и размера). Физиологическая или нейтральная окклюзия в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля). При постановки диагноза использовалась Классификация аномалий зубов челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования
--	--	--	--

			ММСИ (1990 год). 3. Тортоаномалия это поворот зуба вокруг вертикальной оси. Относится к аномалиям положения зубов. 4. Множественный кариозный процесс на контактных поверхностях передних зубов связан с нарушением процесса самоочищения зубов и невозможностью проведения гигиенических мероприятий в полости рта с целью профилактики кариеса (чистка зубов на контактных поверхностях щетками, зубочистками, флоссами и суперфлоссами). Задержка остатков пищи между передними зубами. 5. С целью лечения данной аномалии окклюзии эффективно применить Эдждайс-технику, в частности технику прямой
--	--	--	---

			дуги, позволяющей привести в идеальное положение аномалийно расположенные зубы, а следовательно размер и форму аномалийных зубных рядов в 3-х взаимно-перпендикулярных плоскостях за счет конструктивных особенностей данной системы, применения ортодонтических дуг, выполненных из металлов с эффектом запоминания формы. Гарантия успеха зависит от последовательности выполнения следующих фаз ортодонтической коррекции ТПД: 1) Нивелирование зубных рядов (достигается одинаковый уровень положения режущих краев резцоважевательных поверхностей боковых зубов; 2) Выравнивание зубов (устраняются повороты зубов в горизонтальной и вертикальной
--	--	--	--

			плоскости); 3) Коррекция кривой Шпее (нормализуется форма зубного ряда. Закрываются промежутки зубами. Достигается соотношение моляров и клыков по 1 классу); 4) Заключительная фаза лечения (с применением интрамаксилляр ных резиновых тяг достигаются множественные фиссурнобугорн овые контакты); 5) Ретенция. После проведения ортодонтической коррекции необходимо провести реставрационны е мероприятия на зубах передней группы с применением современных фотокомпозицио нных материалов. 6. Морфологическ ие изменения при ортодонтической терапии происходят в: альвеолярной кости; периодонте; твердых тканях корнях (возможно в дентине) по
--	--	--	--

			Райтену. При применении ортодонтической силы периодонт подвергается сдавлению на противоположной стороне приложения силы и растяжению на стороне приложения силы. Межальвеолярная, богатая соединительным и тяжами ткань, в дальнейшем приводит в действие синхронно оба процесса-рассасывание и наращивание альвеолярной кости. Благодаря изменениям в периодонте альвеолярная кость реагирует на: давление в результате резорбации кости; растяжение в результате оппозиции кости. Движение зуба оказывается возможным благодаря: перестройке связок рассасыванию и наращиванию альвеолярной кости сохранению целостности твердых тканей
--	--	--	--

			корня (цемента) изменению топографического положения зуба, происходящему во времени как всеохватывающий, хорошо скоординированный, синхронно управляемый биологический процесс.
71.	ПК-1	Пациентка А, 25 лет обратилась с основными жалобами на нарушение внешнего вида, выступание передних зубов из под верхней губы, наличие щелей между зубами, затруднения при откусывании твердой пищи передними зубами. При осмотре полости рта: а) Интактные зубные ряды; б) Наличие диастемы и трем между передними зубами верхней челюсти; в) Дистальная окклюзия (1 класс, 1 подкласс по Энгля) в сагиттальной плоскости; г) Наличие сагиттальной щели в 3 мм между передними зубами верхней и нижней челюсти. 1. Перечислите классификации зубочелюстных аномалий с описанием принципа построения их; 2. Поставьте диагноз; 3. Расшифруйте понятие «Эджуайс-техника», перечислите виды брекет-системы, которые вы знаете; 4. Ответьте на вопрос; «Возможно ли использование внеротовой тяги при лечении данной патологии?» Если возможно, то какой и с какой целью? 5. Определите план профилактических мероприятий в ретенционном периоде с целью предупреждения развития рецидива и эффекта «двойного прикуса».	1. Существует огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи с этим были приложены всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные виды зубочелюстных аномалий. Систематизация аномалий дает возможность выбрать правильный подход к их пониманию, изучить этиолопатогенетические факторы их возникновения. В зависимости от принципа построения различают этиопатогенетические,

			функциональные и морфологические классификации. Этиопатогенетическая классификация Канторовича (1932 год) -эндогенные аномалии, вызванные наследственным и причинами (глубокий прикус, диастема); -экзогенные аномалии, вызванные внешними условиями (сжатие или искривление альвеолярного отростка, искривление тела челюсти, задержка роста челюстей в связи с потерей зубов). Однако по мнению В.Ю. Курляндского, деление аномалий по этиологическому принципу не нашло признания, поскольку этнологию часто установить не удастся. Функциональная классификация А.Я. Катца (1933 год) В основу положено представление о
--	--	--	---

			формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области. 1-ый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых неомеров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений н/ч. 2-ой класс свойственен 2 классу Энгля, характеризуется слабо функционирующими мышцами, выдвигающими н/ч. 3-ий класс соответствует 3 классу Энгля, что, по мнению Катца, связано с превалированием функции мышц, выдвигающих н/ч. Морфологическое классификации Морфологическое классификации характеризуются изменениями в строении зубов, зубных рядов, челюстных
--	--	--	--

			костей, а также систематизирую т виды нарушений соотношения зубных рядов, их окклюзии (мышцами). Классификация Энгля (1898 г.). В ее основе лежит вид смыкания первых моляров. Автор выделил 2 класса, а во втором классе – 2 подкласса. Классификация П. Симона (1919 г.). Автор построил свою классификацию на принципе определения отклонений в развитии зубочелюстной системы относительно трех взаимно перпендикулярных плоскостей черепа: сагиттальной, франкфуртской (горизонтальной) и фронтальной (вертикальной). Автор выделил в своей классификации аномалии положения зубов и аномалии строения зубных рядов и челюстей. Классификация В.Ю. Курляндского
--	--	--	--

			(1957 г.). Автор выделил в своей классификации 1) Аномалии формы и расположения зубов; 2) Аномалии зубных рядов; 3) Аномалии соотношения зубных рядов. Однако в классификацию В.Ю. Курляндского во всех трех группах нет четной согласованности названия группы с представленным в ней аномалиями. Классификация Х.А. Каламкарлова (1872 г.). Наиболее распространеной является классификация данного автора, согласно которой все зубочелюстные аномалии делятся на аномалии развития зубов, челюстных костей и сочетание аномалии. Классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Л.С. Персин, 1989 г.). Данная классификация выдержана в
--	--	--	--

			данном ключе: аномалии смыкания зубных рядов в сагиттальной, вертикально, трансверсальной плоскостях характеризуются видом смыкания зубов. Автор выделяет следующие положения в своей классификации: 1) Аномалии окклюзии зубных рядов; 2) Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов. Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 г.). В основу данной классификации легли данные А.А. Аникиенко и Л.И. Камышевой (1969 г.), авторы выделяют следующие основные виды аномалий: 1) Аномалии зубов; 2) Аномалии зубного ряда; 3) Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.
--	--	--	---

			2. Диагноз: Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия. При постановке диагноза использовалась классификация Л.С. Персина (1989 г.) 3. «Edqwise» в переводе с английского означает буквально «край в край», т.е. ортодонтические дуги, являющиеся основным силовым элементом данной техники, вводится в замковое приспособление – брекет, имеющий плоскую прорезь. Название «Эджуайс- техника» формировалась по пути создания и совершенствова ния аппаратуры для периодической или квадратной по форме проволоки. Основные виды брекет- систем: -стандартная Эджуайс- техника;
--	--	--	--

			-техника сдвоенных дуг по Dr.Johnson (USA); -техника облегченных дуг по Dr.Begg (Австралия); -биопрогрессивн ая техника по Dr. Riecest (USA); -техника прямой дуги (США) по Dr. Alexander. 4. При лечении данного вида паталогии целесообразно использовать брекет-систему в сочетании с внеротовыми ортодонтически ми аппаратами в виде лицевой маски и шейной эластичной тягой с силовым модулем с целью дистализации боковой группы зубов верхней челюсти. Такие аппараты необходимо носить по 8-10 часов непрерывно в течении суток (преимуществен но в ночное время), до тех пор пока 1 моляры не установятся по 1 классу. 5. В ретенционном периоде с целью профилактики рецидива и развития
--	--	--	--

			эффекта «двойного» прикуса из традиционно применяемых ретенционных аппаратов целесообразно применить съемную пластину с наклонно плоскостью и вестибулярной дугой. Из современных ретенционных аппаратов-эластопозиционеры, изготовленные методом вакуумного прессования на аппаратах «Био-стар» или «Мини-стар» (Германия), в дальнейшем заменить данные аппараты несъемными ленточными или проволочными ретейнерами.
72.	ПК-1	Больная 57 лет через 1,5 месяца после наложения впервые изготовленных полных съемных протезов обратилась с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство усталости жевательных мышц после приема пищи. Объективно: высота нижней трети лица значительно снижена, углы рта опущены, носогубные складки выражены. Пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава и передней стенки наружного слухового прохода при открывании рта безболезненная. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная. 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Перечислите ошибки, допущенного при протезировании данного пациента.	1)Диагноз: Снижение высоты нижней трети лица при протезировании съемными протезами при полной потере зубов. В условии задачи перечислены объективные и субъективные признаки, подтверждающие этот диагноз

		3. Перечислите этапы определения центрального соотношения. 4. Приведите классификацию зон податливости слизистой оболочки протезного ложа по Лунду. 5. Как классифицируется протезное ложе верхней и нижней челюсти, в зависимости от степени податливости слизистой (по Супли). 6. Перечислите фазы адаптации к съемным протезам.	(выраженность носогубных складок, чувство усталости в челюстно-лицевой области после приема пищи, боли в области ВНЧС и т.д.). 2) При протезировании данного пациента была допущена ошибка на этапе определения высоты нижней трети лица. Уменьшение высоты нижней трети лица могло произойти в момент проведения окклюзионных коррекции. 3) Этапы определения центрального соотношения. 1. Припасовка верхнего прикусного валика на восковом базисе. - коррекция вестибулярной его поверхности для восстановления объемности верхней губы; - коррекция высоты прикусного валика во фронтальном участке относительно длины верхней губы. 2.
--	--	--	---

			Определение высоты физиологического покоя и высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 3. Формирование протетической плоскости, параллельной камперовской горизонтали. Припасовка нижнего прикусного валика к верхнему. 5. Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 6. Нанесение антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика. 4) Классификация по Лунду: 1. Медиальная фиброзная зона. 2. Периферическая фиброзная зона. 3. Зона небных складок. 4. Зона железистых полей (дистальная половина твердого неба). 5) Классификация по Суппли:
--	--	--	--

			1.Твердый рот. 2.Рыхлый рот. 3.Болтающийся рот. 4.Идеальный рот. 6)Фазы адаптации к съемным протезам 1.Фаза возбуждения. 2.Фаза неполного торможения. 3.Фаза полного торможения.																
73.	ПК-2	Соотнесите ошибки и их причины при изготовлении частичных съемных протезов: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>Нарушение режима полимеризации</td><td>А</td><td>Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Плохая фиксация протеза в полости рта</td><td>Б</td><td>Неправильный подбор искусственных зубов</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3) Нарушение прикуса</td><td>В</td><td>Газовая пористость, внутреннее напряжение</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4) Эстетический недостаток</td><td>Г</td><td>Неправильное определение центральной окклюзии</td></tr> </table>	1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу	2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов	3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение	4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б
1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу																
2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов																
3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение																
4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии																
74.		Соотнесите этапы изготовления штампованной коронки с их содержанием: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>I Клинический этап</td><td>А</td><td>А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели</td></tr> <tr> <td>2</td><td>I Лабораторный этап</td><td>Б</td><td>Б) Штамповка коронки на металлическом штампе</td></tr> <tr> <td>3</td><td>II Клинический этап</td><td>В</td><td>В) Препарирование зуба и получение оттиска</td></tr> <tr> <td>4</td><td>II Лабораторный этап</td><td>Г</td><td>Г) Припасовка коронки в полости рта</td></tr> </table>	1	I Клинический этап	А	А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели	2	I Лабораторный этап	Б	Б) Штамповка коронки на металлическом штампе	3	II Клинический этап	В	В) Препарирование зуба и получение оттиска	4	II Лабораторный этап	Г	Г) Припасовка коронки в полости рта	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б
1	I Клинический этап	А	А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели																
2	I Лабораторный этап	Б	Б) Штамповка коронки на металлическом штампе																
3	II Клинический этап	В	В) Препарирование зуба и получение оттиска																
4	II Лабораторный этап	Г	Г) Припасовка коронки в полости рта																

75.	ПК-2	Продолжите предложение К микропротезам относятся_____	вкладки, штифтовые вкладки, полукоронки, интрадентальны е и парапульпарные несъемные конструкции
76.	ПК-2	Продолжите предложение Вкладки могут быть_____	композитные, фарфоровые, металлические, комбинированн ые
77.		Этапы получения анатомических слепков включает: А.Оформление краев слепков; Б.Выбор слепочного материала; В.Подбор стандартной ложки; Г.Замешивание слепочного материала; Д.Изготовление индивидуальной ложки; Е.Выведение ложки со слепком; Ж.Оценку слепка; З.Установку ложки со слепочным материалом.	ВБГЗАЕЖ
78.		Укажите правильную последовательность комплексного лечения болезней пародонта: А.Ортодонтическое лечение; Б.Физиотерапевтическое лечение; В.Временное шинирование; Г.Кюретаж; Д.Избирательнаяпришлифовка зубов; Е.Постоянное шинирование; Ж.Протезирование зубов и зубных рядов.	ВДГБАЕЖ
79.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Способы изготовления вкладки А. прямой и косвенный Б. прямой и комбинированный В. косвенный и комбинированный Г. все перечисленные	А
80.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Заключительным лабораторным этапом изготовления МК МП с гирляндой является: А. полировка Б. заключительный обжиг В. припасовка на модели	А

		Г. глазуровка	
81.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Не препарируют опорные зубы с уступом при изготовлении мостовидного протеза: А. штампованно-паяного Б. пластмассового В. металлокерамического; Г. металлоакрилового	А
82.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При препарировании опорных зубов в металлокерамическом мостовидном протезе во фронтальном отделе целесообразно расположение уступа: А. поддесневое Б. наддесневое В. на уровне десневого края Г. можно без уступа	А
83.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов используется оттискной материал: А. силиконовый Б. альгинатный В. гидроколлоидный Г. термопластический	А
84.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов используется оттискной материал: А. альгинатный Б. гидроколлоидный В. силиконовый Г. полиэфирный	А
85.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На этап проверки конструкции съемного протеза в клинику поступают: А. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе Б. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели В. пластмассовый базис с зубами и кламмерами Г. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовых моделях в окклюдаторе	А
86.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с: А. оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе Б. определения высоты нижнего отдела лица В. припасовки и наложения протеза Г. введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами	А
87.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	А

		Какие элементы ЧСПП подлежат шлифовке и полировке: А. наружная поверхность базиса и зубы Б. внутренняя поверхность базиса в области резцов В. зубы Г. внутренняя поверхность базиса в области жевательных зубов	
88.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сколько времени больной должен пользоваться протезом до прихода к врачу на коррекцию: А. 5-6 часов Б. 1 сутки В. 2 суток Г. 3 суток	А
89.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Через сколько лет съёмные протезы подлежат замене: А. 3-5 лет Б. 1 год В. 2 года Г. 6-7 лет	А
90.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Устранение декубитальных язв на альвеолярном отростке начинают с: А. повторной полимеризации протеза Б. коррекции протеза В. клинической перебазировки протеза Г. лабораторной перебазировки протеза	А
91.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В плече опорно-удерживающего кламмера различают: А. ретенционную и стабилизирующую часть Б. гнутую часть В. литую часть Г. ретенционную часть	А
92.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 5 – 8 мм Б. 1 – 2 мм В. 3 – 4 мм Г. 9 – 10 мм	А
93.	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Толщина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 1,0 – 1,5 мм Б. 2,0 – 2,5 мм В. 3,0 – 3,5 мм Г. 4,0 – 4,5 мм	А
94.	ПК-2	Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.	1. Дефект твердых тканей 1, Шкл. по

	В полости рта: Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула: <table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr></table> Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду. 1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда. 2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае? 4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете? 5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу. 6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	Блеку. 2. ИРОПЗ до 0,5 – 0,6 – вкладка более 0,6 – до 0,8 – коронка более 0,8 – штифтовая конструкция 3. Провести рентгенологические исследования . 4. Коронки изготавливают: 1) для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба. 2) для восстановления его анатомической формы. 3) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов. 4) При изменении цвета коронки зуба при некариозных
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8					
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8					

			поражениях вследствие некроза пульпы. 5) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба. 6) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона) 7) Коронка как носитель лекарственного вещества 8) Для шинирования зубов. 5. По способу изготовления : Литые; штампованные; полученные путем полимеризации ; полученные путем обжиг. По материалу: металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные. Самой эстетичной будет фарфоровая коронка.
95.	ПК-2	Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа. Объективно: конфигурация лица не нарушена,	1. Дефект коронки 46, Пкл. по Блеку. ИРОПЗ 0,5 2. Требуется изготовление

	асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула; <table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3</td></tr></table> П Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более ½ жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R – грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена. Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46. 1. Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ. 2. Выберите конструкцию микропротеза. 3. Перечислите показания к изготовлению вкладки. 4. Назовите особенности формирования полости под вкладку. 5. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок. 6. Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3	вкладки 3. Показания: 1) предупреждение дальнейшего разрушения тканей зуба 2) восстановление анатомической формы зуба 3) Как опора мостовидных протезов 4) При замковой системе фиксации съемных протезов. 4. Принцип формирования полости под вкладку. 1) Все наружные стенки полости должны дивергировать. 2) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба. 3) Профилактическое расширение полости 4) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению 5) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3					
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3					

			твердых тканей 6) Образова ние фальца (скоса) в пределах эмали 7) Располож ение полости в пределах не только эмали, но и дентина. 8) Создание дополнительной площадки на боковой поверхности зуба 5. а) Металлы: золото 750 пробы, серебряно- палладиевый сплав, кобальто- хромовый сплав б) фарфор в) композитные г) комбинированн ые 6. I Формирование полости под вкладку 1) прямой способ 2) косвенный способ а) моделирование из воска а) снятие оттиска б) выведение восковой репродукции б) получение модели и вкладки из полости моделировка вкладки в) отливка
--	--	--	--

			вкладки г) припасовка в полости рта д) фиксация вкладки 7. Подготовка полости начинают с сепарации заканчивая её у шейки зуба, фиссурным бором формируют полость, создавая у десневого края уступ. Отсутствие его приведет к отхождению вкладки от зуба. Чтобы вкладка не смещалась в сторонку соседнего зуба, ее следует дополнительно укрепить. Полость в молярах переводят на $\frac{1}{2}$ жевательной поверхности, а в премолярах создают дополнительную полость на противоположной половине жевательной поверхности в форме ласточкиного хвоста.
--	--	--	---

96.	ПК-2	В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отломакоронковой части левого верхнего центрального резца. В анамнезе - острая травма, произошедшая около 12 часов назад. Объективно: При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы. Зубная формула: <table><tr><td>87654321</td><td>12345678</td></tr><tr><td>87654321</td><td>12345678</td></tr></table> Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет патологическую подвижность I-II степени. На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально. 1. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 2. Классификации травматических повреждений зубов. 3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба. 4. Расскажите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.	87654321	12345678	87654321	12345678	1. Дефект твердых тканей ↓ 1, срединный поперечный перелом корня ↓ 1, с разрывом пульпы. План лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом и активным штифтом . 2. Классификация переломов коронок и. По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением пульпы, г) полный отлом коронки. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный. Классификация переломов корней. По
87654321	12345678						
87654321	12345678						

			целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы. По локализации: а) пришеечный, б) срединный, в) верхушечный. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) продольный, г) множественный (оскольчатый). По положению: а) без смещения, б) со смещением. 3. Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевым каналом и активным штифтом по методу Брагина Е.А. с соавт., стандартным внутрикорневым штифтом с резьбой в апикальной части по методу Грибана А.М. с соавт. 4. Диагностика перелома, формирован
--	--	--	--

			ие в устьевой части амортизацио нной полости, расширение корневого канала, моделирован ие восковой композиции культевой вкладки, введение резьбового штифта и создание внутрикульт евого канала, выведение штифта и введение трубчатой заготовки, замена воска на металл, припасовка и фиксация культевой вкладки и резьбового штифта, с одновремен ной репозицией отломков корня
--	--	--	--

97.	ПК-4	Продолжите предложение Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее	ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
98.	ПК-4	Продолжите предложение Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации	требуется проводить регулярный контроль
99.	ПК-4	В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Объективно: на нижней челюсти	1.Полная потеря зубов 4 класс по Курляндскому. 2.Ортопедическое лечение.

отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 7-5 и 4-6 соответствуют клиническим требованиям 8|8 отсутствуют.

Зубная формула:

0 к к	к к 0
87654321	12345678
87654321	12345678
00000000	00000000

Вопросы:

- 1) Диагноз.
- 2) Варианты ортопедического лечения.
- 3) Способы улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.
- 4) План лечения. Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.
- 5) Метод имплантации. Показания и противопоказания.

I. Изготовить полный съемный протез с применением объемного моделирования края базиса.

II. Методика имплантации.

а) субперностаальная

б) внутрикостная

- варианты покрывных конструкций

а) полный съемный протез с фиксацией на имплантатах.

б) условно-съемный протез с фиксацией на имплантатах.

в) мостовидные протезы с фиксацией на имплантатах.

3. - пластика преддверия полости рта

- пластика альвеолярного гребня н/ч

- объемное моделирование края базиса протеза

- методика имплантации

а) субперностаальная

б) внутрикостная

в) подслизистое введение магнитов.

4. При выборе методики имплантации

			необходимо изучить общее состояние организма пациента и состояние костной ткани нижней челюсти. Для этого необходимо: - полный анализ крови (включая время кровотечения и свертывания) - анализ крови по Вассерману и на СПИД - флюорография - заключение терапевта об отсутствии противопоказани й к методике имплантации - проведение ортопантомогра фии с прикусными валиками. В области предполагаемого места имплантации в воск помещается металлический маркер 5. Показания: - отсутс твие 1-2 зубов во фронтальном отделе - налич ие огранич. дефекта зубного ряда - налич ие концевых дефектов зубного ряда (отсутствие 3-х
--	--	--	--

			зубов и более) - полно е отсутствие зубов - непереносимость к съемным протезам - заболевания жел.-кишечного тракта, обусловленные утратой зубов. Противопоказания: I Абсолютные - хронические заболевания организма (туберк., ревматизм, диабет, стоматиты и т.д.) - болезни кроветворн. органов - заболевания костной системы - заболевания центральной и периф. нервной системы - злокачественные опухоли II. Относительные - пародонтит - патологический прикус - неудовлетворительное состояние гигиены полости рта - предрасположенные
--	--	--	---

			заболевания - наличие металлических имплантантов в других органах (спицы Киршнера, клапаны, стимуляторы) - заболевания ВНЧС - бруксизм
100. ПК-4		В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад. Объективно: На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области <u>12</u> - гематома. На верхней челюсти слева отсутствуют коронки <u>12</u>. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни <u>12</u> имеют II степень подвижности. Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней <u>12</u> расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения. Вопросы 1 – диагноз 2 – варианты лечения 3 – необходимое обследование при выборе метода имплантации 4 – метод имплантации. Показания и противопоказания 5 – сроки протезирования 6 – этапность лечения	Посттравматическое отсутствие коронок <u>12</u>, частичный вывих корней <u>12</u>. 2. Удаление корней <u>12</u>. 3. Ортопантомография с металлическими маркерами в восковых валиках. - изготовление мостовидного протеза с опорой на <u>1/3</u>. - изготовление съемного имediata протеза. - проведение внутрикостной имплантации. 1) непосредственной 2) отсроченной. 4. Показания: - отсутствие 1-2 зубов во фронтальном отделе - наличие ограниченных дефектов зубного ряда

			- наличие концевых дефектов зубного ряда (отсутствие 3-х зубов и более) - полное отсутствие зубов - непереносимость съемным протезам - заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), обусловленные утратой зубов. Противопоказания: I. Абсолютные: - хронические заболевания организма (туберкулез, ревматизм, диабет, стоматиты и т.д.) - болезни кроветворных органов - заболевания костной системы - заболевания центральной и периферической нервной системы - злокачественные опухоли II. Относительные - пародонтит - патологический
--	--	--	---

			прикус - неудо влетворительное состояние гигиены полости рта - предр аковые заболевания - налич ие металлических имплантантов в других органах (спицы Кишнера, клапаны, стимуляторы) - заболе вания ВНЧС - брукс изм 5. При применении методики внутрикостной имплантации сроки протезирования зависят от метода имплантации: - Непос редственная имплантация. Импланты вводятся сразу после удаления зуба. Необходимо применение материалов улучшающих регенерацию костной ткани для нивелирования разницы формы лунки и имплантата протезирование на верхней челюсти через 6
--	--	--	--

			месяцев после операции. - Отсроченная – введение имплантата после полного заживления костной ткани в области удаленных зубов. Готовность костного ложа для проведения операции, контролируется рентгенографически. Протезирование на в/ч через 6 месяцев после операции. 6. Удаление корней 12 - введение внутрикостных имплантатов, умывание слизистой оболочки - изготовление косметического съемного протеза - через 6 месяцев введение заживляющей головки - через 7 дней введение постоянной головки - получение оттисков для изготовления искусственных коронок на 12. -
--	--	--	---

101.	ПК-4	Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами. Вопросы и задания: 1) Поставьте диагноз. 2) Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему	Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1, 4.1. 2. Съемный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты, установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.									
102.	ПК-4	Установите соотношение между типом абатмента и его характеристикой: <table><tr><td>1 Прямой абатмент</td><td>А</td><td>Используется для условно-съемных конструкций</td></tr><tr><td>2 Угловой абатмент</td><td>Б</td><td>Компенсирует наклон имплантата</td></tr><tr><td>3 Индивидуальный CAD/CAM</td><td>В</td><td>Применяется на этапе</td></tr></table>	1 Прямой абатмент	А	Используется для условно-съемных конструкций	2 Угловой абатмент	Б	Компенсирует наклон имплантата	3 Индивидуальный CAD/CAM	В	Применяется на этапе	1-Д, 2-Б, 3-Г, 4-А, 5-В
1 Прямой абатмент	А	Используется для условно-съемных конструкций										
2 Угловой абатмент	Б	Компенсирует наклон имплантата										
3 Индивидуальный CAD/CAM	В	Применяется на этапе										

		временного протезирования 4 Шаровидный абатмент Г Изготавливается с учетом анатомии пациента 5 Временный абатмент Д Используется при осевом расположении имплантата	
103.	ПК-4	Соотнесите элементы и функции имплантологической системы между друг другом: 1 Импланта т А Вживляется в костную ткань 2 Винт Б Формирует контур мягких тканей 3 Формирователь десны В Фиксирует абатмент или протез к имплантату 4 Абатмент Г Обеспечивает соединение ортопедической конструкции с имплантатом 5 Ортопедическая коронка Д Замещает коронковую часть зуба	1-А, 2-В, 3-Б, 4-Г, 5-Д
104.	ПК-4	Последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования на одноэтапных имплантатах А. снимают двухслойный или однослойный (монофазный) оттиск силиконовым оттискным материалом. Определяют центральную окклюзию с формированием протетической плоскости Б фиксация металлокерамического покрытия на СИЦ-цементях В. моделирование восковой композиции Г. технология фарфорового покрытия. Д. глазурирование керамического покрытия. Е. проверка металлокерамической реставрации Ж. определение цвета зубов. З. припасовка металлического каркаса. И. изготавливают рабочие модели и производят отливка металлического каркаса.	А, И, В, З, Ж, Г, Е, Д, Б
105.	ПК-4	Последовательность клинико-лабораторных этапов несъемного протезирования А. Получения оттиска Б. Прикручивание на фиксирующие винты с усилием, рекомендованным производителем, - при винтовой фиксации с последующим закрытием отверстия опакowym материалом и композитами В. Изготовление рабочей модели с десневой	А, Е, И, М, Ж, В, Л, К, З, Н, Г, Д, Б,

		маской Г. Закрытие отверстия для винта абатмента воском или временным пломбировочным материалом. Д. Фиксация ортопедической конструкции на цемент (СИЦ или временных цементах) - при цементной фиксации Е. Примерка стандартной ложки или изготовление индивидуальной ложки. Ж. Прикручивание лабораторных аналогов имплантатов к оттискным головкам З. Облицовка металлокерамического каркаса керамикой И. Фиксация оттискных головок к имплантатам К. Моделирование восковой композиции. Изготовление каркаса (металлического или циркониевого). Л. Выбор супраструктур (абатментов М. Получение оттиска при помощи двухкомпонентных или монофазных масс) и их препаровка (индивидуализация) Н. Фиксация абатментов к имплантатам с помощью динамометрического ключа с усилием, предписанным изготовителем	
106.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Несъёмные мостовидные протезы могут изготавливаться с опорой на А. дентальные имплантаты Б. дугу бюгельного протеза В. базисы съёмных протезов Г. гнутые проволочные кламмера	А
107.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В строении неразборного имплантата отсутствует элемент: А. винт – заглушка Б. абатмент В. тело Г. шейка	А
108.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Поднадкостничными имплантатами называются: А. субпериостальные Б. субмукозные В. эндодонто – эндоосальные Г. винтовые	А
109.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При планировании изготовления зубных протезов с опорой на имплантаты следует исключить: А. несъёмные консольные конструкции Б. одновременное протезирование с двух сторон зубного ряда В. установку имплантатов в области удалённых зубов Г. принципы сбалансированной окклюзии при	А

		моделировании жевательной поверхности протезов	
110.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При полном отсутствии зубов на нижней челюсти для изготовления несъемной конструкции необходима постановка: А. 6-8 имплантатов Б. 4-6 имплантатов В. 2-4 имплантата Г. 8-10 имплантатов	А
111.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При полном отсутствии зубов на верхней челюсти для изготовления несъемной конструкции необходима постановка: А. 8-10 имплантатов Б. 6-8 имплантатов В. 2-4 имплантата Г. 4-6 имплантатов	А
112.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На этап проверки конструкции съемного протеза в клинику поступают: А. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе Б. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели В. пластмассовый базис с зубами и кламмерами Г. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовых моделях в окклюдаторе	А
113.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Какие существуют способы фиксации полного съёмного пластиночного протеза на имплантатах: А. Замковая и винтовая Б. Винтовая В. Цементирование Г. Цементная и винтовая	А
114.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Расстояние между имплантатами и имплантатами и соседними зубами должно быть: А. 3-4 мм Б. менее 2 мм В. 2 мм Г. не менее 5 мм	А
115.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ По способу передачи жевательного давления к нефизиологическим конструкциям относят: А. съемные протезы Б. условно-съемные В. мостовидные протезы Г. протезы на имплантах	А
116.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Абатмент представляет собой: А. супраструктуру Б. аналог имплантата В. слепочный колпачок	А

		Г. переходный модуль																	
117.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ортопедическая балочная несъемная конструкция шинирует: А. 2-4 имплантата Б. 6-8 имплантатов В. 8-10 имплантатов Г. Более 10 имплантатов	А																
118.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Какую оттискную массу используют при снятии оттисков при протезировании с опорой на имплантаты: А. Поливинилсилоксановые, полиэфирные материалы Б. Все перечисленное В. Термопластическую массу Г. Альгинатные материалы	А																
119.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При снятии оттиска с имплантата методом открытой ложки используются: А. трансферы Б. аттачменты В. формователи десны Г. абатменты	А																
120.	ПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Коронки на абатмент имплантата фиксируются с помощью: А. окклюзионных винтов Б. беззольной пластмассы В. хлоргексидиновых гелей Г. пластиковых втулок	А																
121.	ПК-5	Соотнесите ошибки и их причины при изготовлении частичных съемных протезов: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>Нарушение режима полимеризации</td><td>А</td><td>Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Плохая фиксация протеза в полости рта</td><td>Б</td><td>Неправильный подбор искусственных зубов</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3) Нарушение прикуса</td><td>В</td><td>Газовая пористость, внутреннее напряжение</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4) Эстетический недостаток</td><td>Г</td><td>Неправильное определение центральной окклюзии</td></tr> </table>	1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу	2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов	3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение	4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б
1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу																
2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов																
3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение																
4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии																
122.	ПК-5	Соотнесите этапы изготовления штампованной коронки с их содержанием:	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б																

		1	I Клинический этап	А	А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели		
		2	I Лабораторный этап	Б	Б) Штамповка коронки на металлическом штампе		
		3	II Клинический этап	В	В) Препарирование зуба и получение оттиска		
		4	II Лабораторный этап	Г	Г) Припасовка коронки в полости рта		
123.	ПК-5	Установите соответствие клинических этапов изготовления съемных пластиночных протезов:					1-В, 2-Г, 3-А 4-Д 5-Б
		1	Первый этап	А	Определение центральной окклюзии		
		2	Второй этап	Б	Сдача съемных протезов		
		3	Третий этап	В	Осмотр, выбор метода лечения		
		4	Четвертый этап	Г	Получение оттисков		
		5	Пятый этап	Д	Проверка конструкции съемных протезов		
124.	ПК-5	Соотнесите вид кламмера и его название:					1-Д, 2-А, 3-Б 4-Г, 5-В
		1	Кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны	А	Кламмер Аккера		
		2	Кламмер имеет 2 плеча и окклюзионную накладку, применяется при типичном расположении межевой линии по середине	Б	Кламмер Бонвиля		
		3	Кламмер имеет 2 окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или	В	Кламмер кольцевой		

			премоляров и по 2 плеча с каждой стороны на каждом зубе																							
		4	Опорно-удерживающий кламмер с расчлененными Т-образными концевыми отделами плеч	Г	Кламмер Роуча																					
		5	Кламмер состоит из одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры)	Д	Кламмер Кемени																					
125.	ПК-5	Установите соответствие между осложнением и причиной: <table><tr><td>1</td><td>Несовместимость металлов в полости рта, возникновение микротоков</td><td>А</td><td>Расцементирование коронки</td></tr><tr><td>2</td><td>Чрезмерная конусность культи или недостаточная высота коронки</td><td>Б</td><td>Гальванизм</td></tr><tr><td>3</td><td>Некачественная полировка края протеза, остаточные мономеры</td><td>В</td><td>Травматический пародонтит</td></tr><tr><td>4</td><td>Чрезмерная окклюзионная нагрузка, ошибка при обжиге керамики</td><td>Г</td><td>Скол керамической облицовки</td></tr><tr><td>5</td><td>Завышение прикуса, неравномерное распределение жевательной нагрузки</td><td>Д</td><td>Раздражение слизистой под протезом</td></tr></table>				1	Несовместимость металлов в полости рта, возникновение микротоков	А	Расцементирование коронки	2	Чрезмерная конусность культи или недостаточная высота коронки	Б	Гальванизм	3	Некачественная полировка края протеза, остаточные мономеры	В	Травматический пародонтит	4	Чрезмерная окклюзионная нагрузка, ошибка при обжиге керамики	Г	Скол керамической облицовки	5	Завышение прикуса, неравномерное распределение жевательной нагрузки	Д	Раздражение слизистой под протезом	1-Б, 2-А, 3-Д, 4-Г, 5-В
1	Несовместимость металлов в полости рта, возникновение микротоков	А	Расцементирование коронки																							
2	Чрезмерная конусность культи или недостаточная высота коронки	Б	Гальванизм																							
3	Некачественная полировка края протеза, остаточные мономеры	В	Травматический пародонтит																							
4	Чрезмерная окклюзионная нагрузка, ошибка при обжиге керамики	Г	Скол керамической облицовки																							
5	Завышение прикуса, неравномерное распределение жевательной нагрузки	Д	Раздражение слизистой под протезом																							
126.	ПК-5	Продолжите предложение К микропротезам относятся_____				вкладки, штифтовые вкладки, полукоронки, интрадентальные и																				

			парапульпарные несъемные конструкции
127.	ПК-5	Продолжите предложение Вкладки могут быть _____	композитные, фарфоровые, металлические, комбинированные
128.	ПК-5	Продолжите предложение В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры	Ней №4
129.	ПК-5	Продолжите предложение В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры	Ней №1
130.	ПК-5	Продолжите предложение Положительным при использовании сохраненного корня зуба является	возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.), передача жевательного давления через сохранившийся корень, увеличение жевательной эффективности протеза, замедление атрофии альвеолярного отростка
131.	ПК-5	Этапы получения анатомических слепков включает: А.Оформление краев слепков; Б.Выбор слепочного материала; В.Подбор стандартной ложки; Г.Замешивание слепочного материала; Д.Изготовление индивидуальной ложки; Е.Выведение ложки со слепком; Ж.Оценку слепка;	ВБГЗАЕЖ

		3.Установку ложки со слепочным материалом.	
132.	ПК-5	Укажите правильную последовательность комплексного лечения болезней пародонта: А.Ортодонтическое лечение; Б.Физиотерапевтическое лечение; В.Временное шинирование; Г.Кюретаж; Д.Избирательнаяпришлифовка зубов; Е.Постоянное шинирование; Ж.Протезирование зубов и зубных рядов.	ВДГБАЕЖ
133.	ПК-5	Обследование больного с патологической стираемостью зубов проводят в следующей последовательности: А.Осмотр полости рта; Б.Опрос больного; В.Снятие диагностических слепков; Г.Внешний осмотр; Д.Пальпация ВНЧС и жевательных мышц; Е.Анализ диагностических моделей; Ж.Рентгенологическое исследование зубов и челюстей; З.Электомиография жевательных мышц; И.Электроодонтодиагностика; К.Томография ВНЧС.	БГАДВЕИЖКЗ
134.	ПК-5	Укажите правильную последовательность препарирования зубов под безметалловую коронку. А.Сепарация апроксимальных поверхностей зуба; Б.Препарирование вестибулярной и оральной поверхности зуба; В.Удаление неровностей на поверхности культи и её полировка; Г.Препарирование окклюзионной поверхности зуба; Д.Создание маркерной борозды в области шейки зуба и формирование уступа.	ДАБГВ
135.	ПК-5	Укажите правильную последовательность клинических этапов протезирования пациентов с полной потерей зубов: А.Припасовка индивидуальных ложек и	БАГВЕД

		получение функциональных оттисков; Б.Обследование, постановка диагноза, определение плана лечения и получение анатомических оттисков; В.Проверка конструкций протезов и правильность определения центрального соотношения; Г.Определение и фиксация центрального соотношения челюстей; Д.Проверка адаптации к протезам и при необходимости их коррекция; Е.Припасовка и наложение протезов в полости рта.	
136.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Способы изготовления вкладки А. прямой и косвенный Б. прямой и комбинированный В. косвенный и комбинированный Г. все перечисленные	А
137.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Заключительным лабораторным этапом изготовления МК МП с гирляндой является: А. полировка Б. заключительный обжиг В. припасовка на модели Г. глазуровка	А
138.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Не препарируют опорные зубы с уступом при изготовлении мостовидного протеза: А. штампованно-паяного Б. пластмассового В. металлокерамического; Г. металлоакрилового	А
139.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При препарировании опорных зубов в металлокерамическом мостовидном протезе во фронтальном отделе целесообразно расположение уступа: А. поддесневое Б. наддесневое В. на уровне десневого края Г. можно без уступа	А
140.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов используется оттискной материал: А. силиконовый Б. альгинатный В. гидроколлоидный Г. термопластический	А

141.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов используется оттискной материал: А. альгинатный Б. гидроколлоидный В. силиконовый Г. полиэфирный	А
142.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На этап проверки конструкции съемного протеза в клинику поступают: А. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе Б. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели В. пластмассовый базис с зубами и кламмерами Г. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовых моделях в окклюдаторе	А
143.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с: А. оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе Б. определения высоты нижнего отдела лица В. припасовки и наложения протеза Г. введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами	А
144.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Какие элементы ЧСПП подлежат шлифовке и полировке: А. наружная поверхность базиса и зубы Б. внутренняя поверхность базиса в области резцов В. зубы Г. внутренняя поверхность базиса в области жевательных зубов	А
145.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сколько времени больной должен пользоваться протезом до прихода к врачу на коррекцию: А. 5-6 часов Б. 1 сутки В. 2 суток Г. 3 суток	А
146.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Через сколько лет съёмные протезы подлежат замене: А. 3-5 лет Б. 1 год В. 2 года Г. 6-7 лет	А
147.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Устранение декубитальных язв на альвеолярном отростке начинают с: А. повторной полимеризации протеза	А

		Б. коррекции протеза В. клинической перебазировке протеза Г. лабораторной перебазировке протеза	
148.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В плече опорно-удерживающего кламмера различают: А. ретенционную и стабилизирующую часть Б. гнутую часть В. литую часть Г. ретенционную часть	А
149.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 5 – 8 мм Б. 1 – 2 мм В. 3 – 4 мм Г. 9 – 10 мм	А
150.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Толщина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 1,0 – 1,5 мм Б. 2,0 – 2, 5 мм В. 3,0 – 3,5 мм Г. 4,0 – 4,5 мм	А
151.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на нижней челюсти должна составлять (в мм): А. 2-3 Б. 1-1,5 В. 4-4,5 Г. 2-2,5	А
152.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (в мм): А. 0,5-1 Б. 1,5-2 В. 0,2-0,3 Г. на 0,2	А
153.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Как располагается дуга бюгельного протеза на нижней челюсти, при отвесной форме альвеолярного гребня: А. отстоит от слизистой на 0,8 мм Б. подходит к слизистой оболочке почти вплотную В. отстоит от слизистой оболочки на 1,2 мм Г. отстоит от слизистой на 0,5-1 мм	А
154.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Пациентам с бруксизмом бюгельные протезы необходимо: А. снимать на ночь Б. пользоваться круглосуточно В. снимать периодически Г. снимать один раз в неделю на ночь	А

155.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ручку в индивидуальных ложках располагают: А. под углом 450 по отношению к гребню альвеолярного отростка Б. позади гребня альвеолярного отростка В. вертикально, по гребню альвеолярного отростка Г. под углом 300 по отношению к гребню альвеолярного отростка	А
156.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для разгрузки функционального оттиска индивидуальные ложки можно подготовить следующим образом: А. перфорировать или снять слой пластмассы в местах разгрузки Б. утолстить В. снять слой пластмассы в местах разгрузки Г. покрыть изоколом	А
157.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее удобным методом формирования окклюзионной плоскости при полной потере зубов является: А. применение аппарата Ларина Б. по носоушной и зрачковой горизонтали В. по методу Паунда Г. помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти	А
158.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество лабораторных этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 4 Б. 3 В. 5 Г. 6	А
159.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество клинических этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 5 Б. 3 В. 4 Г. 6	А
160.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Различают следующие фазы адаптации к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому: А. раздражения, частичного торможения, полного торможения Б. предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации В. полной адаптации, раздражения, стабилизации Г. стабилизации, частичной адаптации, полного торможения	А
161.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	А

		На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени для восстановления межокклюзионной высоты применяют: А. назубные пластмассовые каппы и зубодесневые каппы Б. зубодесневые каппы В. бюгельные протезы Г. частичные съёмные протезы																																	
162.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При третьей степени патологической стертости зубов показано применение: А. штифтовых культевых вкладок и цельнолитых коронок Б. вкладок и накладок В. штифтовых культевых вкладок Г. штампованных коронок	А																																
163.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Зубодесневая каппа применяемая для увеличения межокклюзионной высоты является конструкцией: А. съёмной Б. несъёмной В. ортодонтический Г. двучелюстной	А																																
164.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени повышение межокклюзионной высоты одновременно возможно: А. на 1-2 мм Б. на 3-4 мм В. 5 и более мм Г. 6-8 мм	А																																
165.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ортопедическое лечение декомпенсированной формы патологической стертости твердых тканей зубов проводится: А. в два этапа Б. в один этап В. в три этапа Г. в четыре этапа	А																																
166.	ПК-5	Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба. В полости рта: Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула: <table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table> Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	6. Дефект твердых тканей 1, Шкл. по Блеку. 7. ИРОПЗ до 0,5 – 0,6 – вкладка более 0,6 – до 0,8 – коронка более 0,8 – штифтовая конструкция 8. Провести
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				

		поверхность, без нарушения целостности угла коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду. 7. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда. 8. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией? 9. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае? 10. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете? 11. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу. 12. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.	рентгенологические исследования. 9. Коронки изготавливают: 9) для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба. 10) для восстановления его анатомической формы. 11) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов. 12) При изменении цвета коронки зуба при некариозных поражениях вследствие некроза пульпы. 13) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба. 14) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона) 15) Коронка как носитель лекарственного вещества
--	--	--	--

			16) Для шинирования зубов. 10. По способу изготовления: Литые; штампованные; полученные путем полимеризации ; полученные путем обжиг. По материалу: металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные. Самой эстетичной будет фарфоровая коронка.						
167.	ПК-5	Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа. Объективно: конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула; <table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>П</td><td></td></tr></table> Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более ½ жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R – грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена. Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	П		8. Дефект коронки 46, Пкл. по Блеку. ИРОПЗ 0,5 9. Требуется изготовление вкладки 10. Показания: 5) предупреждение дальнейшего разрушения тканей зуба 6) восстановление анатомической формы зуба 7) Как опора мостовидных протезов 8) При замковой системе фиксации съемных протезов. 11. Принцип формирования
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
П									

		дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46. 7. Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ. 8. Выберите конструкцию микропротеза. 9. Перечислите показания к изготовлению вкладки. 10. Назовите особенности формирования полости под вкладку. 11. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок. 12. Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.	полости под вкладку. 9) Все наружные стенки полости должны дивергировать. 10) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба. 11) Профилактическое расширение полости 12) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению 13) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых твердых тканей 14) Образование фальца (скоса) в пределах эмали 15) Расположение полости в пределах не только эмали, но и дентина. 16) Создание дополнительной площадки на боковой поверхности зуба 12. а) Металлы: золото 750 пробы, серебряно-палладиевый сплав, кобальто-
--	--	--	---

			хромовый сплав б) фарфор в) композитные г) комбинированн ые 13. I Формирование полости под вкладку 1) прямой способ 2) косвенный способ а) моделирование из воска а) снятие оттиска б) выведение восковой репродукции б) получение модели и вкладки из полости моделировка вкладки в) отливка вкладки г) припасовка в полости рта д) фиксация вкладки 14. Подготовка полости начинают с сепарации заканчивая её у шейки зуба, фиссурным бором формируют полость, создавая у десневого края уступ. Отсутствие его приведет к отхождению вкладки от зуба.
--	--	--	--

			Чтобы вкладка не смещалась в сторону соседнего зуба, ее следует дополнительно укрепить. Полость в молярах переводят на ½ жевательной поверхности, а в премолярах создают дополнительную полость на противоположной половине жевательной поверхности в форме ласточкиного хвоста.				
168.	ПК-5	В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отломкоронковой части левого верхнего центрального резца. В анамнезе - острая травма, произошедшая около 12 часов назад. Объективно: При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы. Зубная формула: <table><tr><td>87654321</td><td>12345678</td></tr><tr><td>87654321</td><td>12345678</td></tr></table> Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет патологическую подвижность I-II степени. На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально. 5. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 6. Классификации травматических	87654321	12345678	87654321	12345678	1. Дефект твердых тканей ⊥ 1, срединный поперечный перелом корня ⊥ 1, с разрывом пульпы. План лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом и активным штифтом . 3. Классификация переломов коронки. По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением
87654321	12345678						
87654321	12345678						

		повреждений зубов. 7. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба. 8. Расскажите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.	пульпы, г) полный отлом коронки. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный. Классификация переломов корней. По целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы. По локализации: а) пришеечный, б) срединный, в) верхушечный. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) продольный, г) множественный (оскольчатый). По положению: а) без смещения, б) со смещением. 3. Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевым каналом и активным штифтом по методу Брагина Е.А. с соавт., стандартным внутрикорневым штифтом с резьбой в апикальной части по методу Грибана А.М. с соавт. 4. Диагностика перелома, формирование в устьевой части
--	--	--	---

			амортизационно й полости, расширение корневого канала, моделирование восковой композиции культевой вкладки, введение резьбового штифта и создание внутрикультевог о канала, выведение штифта и введение трубчатой заготовки, замена воска на металл, припасовка и фиксация культевой вкладки и резьбового штифта, с одновременной репозицией отломков корня				
169.	ПК-5	В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46,45и 35,36 были удалены 3-4 месяца назад, отломкоронковой части 47 произошел 2 месяца назад. Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подборочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений. Зубная формула: <table><tr><td>7654321</td><td>1234567</td></tr><tr><td>7 4321</td><td>1234 7</td></tr></table> Коронковаячасть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм;	7654321	1234567	7 4321	1234 7	1. По льное отсутствие коронковой части 7 зуба, частичная потеря зубов на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Изготовить культевую вкладку для восстановления 7 , мостовидные протезы с опорой на 74 47. 2. По казания: - для восстановления
7654321	1234567						
7 4321	1234 7						

	зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается. <table><tr><td>7654321</td><td>1234567</td></tr><tr><td>4321</td><td>1234 7</td></tr></table> 1. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 2. Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций. 3. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации? 4. Назовите требования, предъявляемые к корням зубов. 5. Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций. 6. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.	7654321	1234567	4321	1234 7	коронковой части зуба при полном ее отсутствии или значительном разрушении (ИРОПЗ 0,8 и более); - в качестве опоры мостовидного протеза; - для шинирования зубов при заболеваниях пародонта; - для фиксации внутриаальвеолярных переломов корня; - при аномалиях положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортопедическое лечение; - для армирования депульпированных зубов. Противопоказания: - некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; - непроходимость корневых каналов; - короткие корни с истонченными стенками; - атрофия
7654321	1234567					
4321	1234 7					

			костной ткани альвеолярного отростка 3 и 4 степени. - разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины; - дефект какой-либо из стенок корня, равный или больший 1/4 величины корня; - подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени. 3. Препаровка, моделировка культевой штифтовой вкладки из воска или быстротвердеющей пластмассы, получение металлической композиции культевой вкладки, припасовка и фиксация культевой вкладки. Культевая вкладка с внутрикультевыми каналом, разборная, неразборная, культевые штифтовые вкладки, стандартные штифты. 4. Требования: - канал
--	--	--	---

			корня должен быть хорошо проходим на протяжении, равном длине штифта; околоверхушечн ая часть корневого канала должна быть хорошо запломбирована и верхушечный периодонт лишен признаков острого или хронического воспаления; корень должен иметь длину большую, чем высота будущей коронки; толщина стенок не менее 2 мм; культия корня должна быть открытой, если прикрыта - гингивэктомия. 5. Перфорация корня, раскол корня, острый периодонтит, поломка внутрикорневого штифта, отлом облицовки, расцементировка штифтовой конструкции, расцементировка покровной конструкции. 6. Подготовка корней; припасовка дополнительног о металлического
--	--	--	---

			штифта; моделировка восковой композиции культевой вкладки с созданием внутрикультевог о канала и введение трубчатой заготовки; замена воска на металл; припасовка и фиксация штифтовой конструкции.				
170.	ПК-5	Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Объективно: <table><tr><td>87004321</td><td>12340078</td></tr><tr><td>07654321</td><td>12345000</td></tr></table> Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический. 1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди. 2. Указать причину возникновения деформаций. 3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов. 4. Составьте план лечения.	87004321	12340078	07654321	12345000	1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 3) - нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункциониру
87004321	12340078						
07654321	12345000						

			ющая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4. Укорочение клинической коронки <u>4 7 8</u>, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на <u>3 4 7</u> на нижнюю бюгельный протез с покрытием <u>5</u> бюгельной коронкой.
--	--	--	--

171	ПК-7	Продолжите предложение Сколько классов аномалий прикуса выделил Энгль?	три
172.	ПК-7	Продолжите предложение Термин «дистальный» прикус соответствует в классификации Энгля классу:	II
173.	ПК-7	Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке. При осмотре полости рта: а) Интактные зубные ряды; б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля); в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей;	1. Блок диагностических мероприятий обязательно должен включать в себя следующие методы: 1.1. Клиническое обследование

		г) Тортоаномалия верхних клыков; д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку); е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной. Вопросы: 7. Определите план диагностических мероприятий; 8. Поставьте диагноз; 9. Объясните термин «тортоаномалия зуба»; 10. Объясните механизм возникновения кариозного процесса; 11. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии; 12. Объясните морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.	пациента, проводимое по традиционной схеме (опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта). Опрос служит для получения паспортных и аналитических данных, сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, положение тела во время сна, наличие вредных привычек, профессиональных вредностей. Внешний осмотр (осмотр лица и фигуры) позволяет оценить конституциональные особенности, осанку, лицевые признаки (симметричность левой и правой половины лица, пропорциональность лица по вертикали, профиль лица). При осмотре полости рта проводится осмотр зубов (зубная формула), осмотр зубных рядов, альвеолярных отростков и определение окклюзии зубных рядов (прикуса). Проводится оценка расположения уздечек верхней и нижней губ,
--	--	--	--

			языка, расположение и размер языка, изучение конфигурации неба. 1.2. Специальные (дополнительные) методы диагностики: 1.2.1. Антропометрические исследования лица и головы пациента, построенные на закономерностях строения лицевого и мозгового черепа, пропорциональности соотношения разных отделов головы и отношений их к определенным плоскостям. Изучение проводится на гнатостатических моделях челюстей, на лице пациента, на фотографиях лица и телерентгенограммах. 1.2.2. Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей, на которых измеряют зубы (ширину, высоту и толщину, сравнивая полученные данные с данными сводных размеров молочных зубов по Ветцелю и
--	--	--	---

			постоянных по Устименко). На гипсовых моделях определяют взаимоотношение размеров зубов по Тонну, выявившему пропорциональную взаимосвязь между суммой ширины коронок постоянных верхних и нижних резцов при физиологической окклюзии. Соответствующая величина носит название индекса Тонна. 1.2.3.Измерения зубных рядов проводят с трансверсальной и сагиттальной плоскости по методу Пона, Линдера и Харта, Слабковской (показатели ширины в области клыков), и Коркхауза соответственно, сравнивая с данными норм, представленных в таблице авторов. Измерение лонгитудинальной длины зубных рядов проводят по методу Нанса лигатурной проволокой. Величина зубного ряда в норме равна сумме мезиодистальных размеров зубов. Измерения апипального
--	--	--	---

			базиса, используя измерительные точки для определения ширины и длины апипальных базисов челюстей по Хаусу. Полученные данные определяют зависимость ширины в мм зубных рядов, ширины и длины апипального базиса челюстей от размеров 12-ти зубов (по Н.Г. Снагиной). 1.2.4. Графические методы изучения формы зубных рядов проводят при помощи симметричности (изучение месторасположения зубов в трансверсальном и сагиттальном направлениях). Для экспресс-диагностики применяют ортокрест (ортодонтический крест из прозрачной пластины, на которой нанесен крест с миллиметровыми делениями или миллиметровая сетка через 1 или 2 мм). При проведении фотосимметроскопии основан на симметроскопии диагностических
--	--	--	---

			моделей с последующим фотографированием в определенном режиме. Фотографию моделей со спроецированной на нее миллиметровой сеткой в дальнейшем изучают и измеряют. Изучение геометрически-графических репродукций на основании изображения нормальной индивидуальной формы зубных рядов применяют методики Бовильда, Гизи, Холи, Хербера, Хербста, Шварца. 1.2.5. Рентгенологическое исследование методов обследования включают внутри- и внеротовые методы рентгенографии. К первым относятся прицельные снимки зубов, срединного шва. Ко вторым относятся панорамная рентгенография челюстей, ортопантомография, томография ВНЧС, телерентгенография в прямой и боковой
--	--	--	---

			проекциях.. 1.2.6. Функциональные методы исследования мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта. К этим методам относятся электромиография, миоэлектродография, артрофонография, реография, аксиография, периостометрия, реопародонтография, электроодонтодиагностика, гнатодинамометрия, гнатография. 2. Диагноз: Аномалия положения отдельных зубов (сгруппированное положение передних зубов, тортоаномалия¹³ и ²³. Аномалия зубных рядов (нарушение их формы и размера). Физиологическая или нейтральная окклюзия в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля). При постановке диагноза использовалась Классификация аномалий зубов челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 год).
--	--	--	---

			3. Тортоаномалия это поворот зуба вокруг вертикальной оси. Относится к аномалиям положения зубов. 4. Множественный кариозный процесс на контактных поверхностях передних зубов связан с нарушением процесса самоочищения зубов и невозможностью проведения гигиенических мероприятий в полости рта с целью профилактики кариеса (чистка зубов на контактных поверхностях щетками, зубочистками, флоссами и суперфлоссами). Задержка остатков пищи между передними зубами. 5. С целью лечения данной аномалии окклюзии эффективно применить Эдждайс-технику, в частности технику прямой дуги, позволяющей привести в идеальное положение
--	--	--	--

			аномалийно расположенные зубы, а следовательно размер и форму аномалийных зубных рядов в 3- х взаимно- перпендикулярны х плоскостях за счет конструктивных особенностей данной системы, применения ортодонтических дуг, выполненных из металлов с эффектом запоминания формы. Гарантия успеха зависит от последовательнос ти выполнения следующих фаз ортодонтической коррекции ТПД: 1) Нивелирование зубных рядов (достигается одинаковый уровень положения режущих краев резцоважевательн ых поверхностей боковых зубов; 2) Выравнивание зубов (устраняются повороты зубов в горизонтальной и вертикальной плоскости); 3) Коррекция кривой Шпее (нормализуется форма зубного ряда. Закрываются промежутки зубами. Достигается
--	--	--	--

			соотношение моляров и клыков по 1 классу); 4) Заключительная фаза лечения (с применением интрамаксиллярн ых резиновых тяг достигаются множественные фиссурнобугорно вые контакты); 5) Ретенция. После проведения ортодонтической коррекции необходимо провести реставрационные мероприятия на зубах передней группы с применением современных фотокомпозицион ных материалов. 6. Морфологические изменения при ортодонтической терапии происходят в: 1) альвеол ярной кости; 2) период онте; 3) тверды х тканях корнях (возможно в дентине) по Райтену. При применении ортодонтической силы периодонт подвергается сдавлению на противоположной стороне приложения силы и растяжению на стороне приложения силы.
--	--	--	--

			Межальвеолярная , богатая соединительными тяжами ткань, в дальнейшем приводит в действие синхронно оба процесса-рассасывание и наращивание альвеолярной кости. Благодаря изменениям в периодонте альвеолярная кость реагирует на: 1) давлени е в результате резорбации кости; 2) растяже ние в результате оппозиции кости. Движение зуба оказывается возможным благодаря: 1) перестр ойке связок 2) рассасы ванию и наращиванию альвеолярной кости 3) сохране нию целостности твердых тканей корня (цемента) 4) измене нию топографического положения зуба, происходящему во времени как всеохватывающий , хорошо скоординированный, синхронно управляемый биологический процесс.
174. ПК-7	Пациентка А, 25 лет обратилась с основными	Существует	

6		жалобами на нарушение внешнего вида, выступание передних зубов из под верхней губы, наличие щелей между зубами, затруднения при откусывании твердой пищи передними зубами. При осмотре полости рта: а) Интактные зубные ряды; б) Наличие диастемы и трем между передними зубами верхней челюсти; в) Дистальная окклюзия (1 класс, 1 подкласс по Энгля) в сагиттальной плоскости; г) Наличие сагиттальной щели в 3 мм между передними зубами верхней и нижней челюсти. Вопросы: 6. Перечислите классификации зубочелюстных аномалий с описанием принципа построения их; 7. Поставьте диагноз; 8. Расшифруйте понятие «Эджуайс-техника», перечислите виды брекет-системы, которые вы знаете; 9. Ответьте на вопрос; «Возможно ли использование внеротовой тяги при лечении данной патологии?» Если возможно, то какой и с какой целью? 10. Определите план профилактических мероприятий в ретенционном периоде с целью предупреждения развития рецидива и эффекта «двойного прикуса».	огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи с этим были приложены всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные виды зубочелюстных аномалий. Систематизация аномалий дает возможность выбрать правильный подход к их пониманию, изучить этиологические факторы их возникновения. В зависимости от принципа построения различают этиопатогенетические, функциональные и морфологические классификации. Этиопатогенетическая классификация Канторовича (1932 год) - эндогенные аномалии, вызванные наследственными причинами (глубокий прикус, диастема); - экзогенные аномалии,
---	--	---	--

			вызванные внешними условиями (сжатие или искривление альвеолярного отростка, искривление тела челюсти, задержка роста челюстей в связи с потерей зубов). Однако по мнению В.Ю. Курляндского, деление аномалий по этиологическому принципу не нашло признания, поскольку этнологию часто установить не удастся. Функциональная классификация А.Я. Катца (1933 год) В основу положено представление о формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области. 1-ый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых неомеров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений н/ч. 2-ой класс свойственен 2 классу Энгля,
--	--	--	---

			характеризуется слабо функционирующими мышцами, выдвигающими н/ч. 3-ий класс соответствует 3 классу Энгля, что, по мнению Катца, связано с превалированием функции мышц, выдвигающих н/ч. Морфологические классификации Морфологические классификации характеризуются изменениями в строении зубов, зубных рядов, челюстных костей, а также систематизируют виды нарушений соотношения зубных рядов, их окклюзии (мышцами). <u>Классификация Энгля (1898 г.).</u> В ее основе лежит вид смыкания первых моляров. Автор выделил 2 класса, а во втором классе – 2 подкласса. <u>Классификация П. Симона (1919 г.).</u> Автор построил свою классификацию на принципе определения отклонений в развитии зубочелюстной
--	--	--	--

			системы относительно трех взаимно перпендикулярных плоскостей черепа: сагиттальной, франкфуртской (горизонтальной) и фронтальной (вертикальной). Автор выделил в своей классификации аномалии положения зубов и аномалии строения зубных рядов и челюстей. <u>Классификация В.Ю. Курляндского (1957 г.).</u> Автор выделил в своей классификации 1) Аномалии формы и расположения зубов; 2) Аномалии зубных рядов; 3) Аномалии соотношения зубных рядов. Однако в классификацию В.Ю. Курляндского во всех трех группах нет четной согласованности названия группы с представленным в ней аномалиями. <u>Классификация Х.А. Каламкарова (1872 г.).</u> Наиболее распространенной является классификация данного автора, согласно которой все
--	--	--	--

			зубочелюстные аномалии делятся на аномалии развития зубов, челюстных костей и сочетание аномалии. Классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Л.С. Персин, 1989 г.). Данная классификация выдержана в данном ключе: аномалии смыкания зубных рядов в сагиттальной, вертикально, трансверсальной плоскостях характеризуются видом смыкания зубов. Автор выделяет следующие положения в своей классификации: 1) Аномалии окклюзии зубных рядов; 2) Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов. Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 г.). В основу данной классификации легли данные А.А. Аникиенко и Л.И. Камышевой
--	--	--	---

			(1969 г.), авторы выделяют следующие основные виды аномалий: 1) Аномалии зубов; 2) Аномалии зубного ряда; 3) Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей. 2. Диагноз: Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия. При постановке диагноза использовалась классификация Л.С. Персина (1989 г.) 3. «Edqwise» в переводе с английского означает буквально «край в край», т.е. ортодонтические дуги, являющиеся основным силовым элементом данной техники, вводится в замковое приспособление – брекет, имеющий плоскую прорезь. Название «Эджуайс-техника» формировалась по пути создания и совершенствования аппаратуры для периодической или квадратной по форме
--	--	--	---

			проволоки. Основные виды брекет-систем: - стандартная Эджуайс-техника; - техника сдвоенных дуг по Dr.Johnson (USA); - техника облегченных дуг по Dr.Begg (Австралия); - биогрессивная техника по Dr. Riecest (USA); - техника прямой дуги (США) по Dr. Alexander. 4. При лечении данного вида патологии целесообразно использовать брекет-систему в сочетании с внеротовыми ортодонтическими аппаратами в виде лицевой маски и шейной эластичной тягой с силовым модулем с целью дистализации боковой группы зубов верхней челюсти. Такие аппараты необходимо носить по 8-10 часов непрерывно в течении суток (преимущественно в ночное время), до тех пор пока 1 моляры не установятся по 1 классу. 5. В
--	--	--	---

			ретенционном периоде с целью профилактики рецидива и развития эффекта «двойного» прикуса из традиционно применяемых ретенционных аппаратов целесообразно применить съемную пластину с наклонно плоскостью и вестибулярной дугой. Из современных ретенционных аппаратов-эластопозиционер ы, изготовленные методом вакуумного прессования на аппаратах «Био-стар» или «Мини-стар» (Германия), в дальнейшем заменить данные аппараты несъемными ленточными или проволочными ретейнерами.
175. ПК-7 7		Жалобы: Пациентка Н., 22 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неправильное положение зубов. Анамнез жизни: инфекционные и аллергические заболевания отрицает. Анамнез болезни: ранее ортодонтическое лечение не проводилось. Осмотр лица: лицо симметрично, профиль вогнутый, высота нижней трети увеличена, подбородок выступает вперед, верхняя губа западает, носогубные складки сглажены. Открывание рта полное, свободное, безболезненное. При пальпации и аускультации ВНЧС патология не выявлена. Поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются с обеих сторон. Осмотр полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-	Предварительный диагноз: Мезиальная окклюзия. Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Двусторонняя палатинальная окклюзия. Сужение и укорочение верхнего, удлинение нижнего зубных рядов, тортоаномалия 4

		розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических элементов. Зубная формула: П П П П П 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 0 7 П П Средняя линия между центральными резцами нижней челюсти смещена влево на 2,0 мм. Мезиально-щечный бугор 16 контактирует с точкой между 46 и 47, а бугры 26 – с буграми 37. Щечные бугры верхних премоляров контактируют с продольными фиссурами антагонистов. 14 и 24 повернуты вокруг продольной оси. Нижние резцы наклонены язычно. Сагиттальная щель – 5,0 мм. На диагностических моделях челюстей длина переднего отрезка верхней зубной дуги по методу Кюрхауза уменьшена на 3,0 мм, а нижней – увеличена на 1,0 мм. Ширина зубного ряда верхней челюсти по методу Пона уменьшена в области премоляров на 4,0 мм, в области моляров – на 4,0 мм. Задание: 1. Поставить предварительный диагноз. 2. Определить дополнительные методы обследования. 3. Составить план лечения.	4. Дифференциальная диагностика: гнатической и зубо-альвеолярной форм мезиальной и перекрестной окклюзии. Дополнительные методы исследования: антропометрические методы, методы лучевой диагностики (ортопантомография челюстей и телерентгенография головы в боковой проекции). Окончательный диагноз: Мезиальная окклюзия. Сагиттальная резцовая дизокклюзия. Двусторонняя палатинальная окклюзия. Сужение и укорочение верхнего, удлинение нижнего зубных рядов, тортоаномалия 4 4. План лечения: несъемная техника на верхнюю и нижнюю зубные дуги.				
1761	ПК-7	Установите соответствие задач при протезировании пациентов с зубочелюстными аномалиями применяемому аппаратурному методу: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>Определение центрального соотношения</td><td>А</td><td>Использование лицевой дуги, артикулятора и</td></tr> </table>	1	Определение центрального соотношения	А	Использование лицевой дуги, артикулятора и	1-В, 2-А, 3-Б
1	Определение центрального соотношения	А	Использование лицевой дуги, артикулятора и				

			челюстей при асимметрии и перекрестном прикусе		методики поэтапного увеличения высоты прикуса с помощью временных конструкций														
		2	Восстановление окклюзионной поверхности при выраженной стертости зубов и снижении высоты нижнего отдела лица	Б	Изучение диагностических моделей, анализ фотометрии, расчет индекса Пона, использование правила Эшенбаха														
		3	Планирование протяженности мостовидного протеза при суженной атрофированной альвеолярной дуге	В	Изготовление индивидуальной ложки и использование функциональных проб														
1771	ПК-7	Установите соответствие класса деформации зубных рядов при частичной адентии по классификации Курляндского с особенностями протезирования: <table> <tr> <td>1</td> <td>Класс I</td> <td>А</td> <td>Предпочтение несъемным конструкциям (мостовидные, адгезивные протезы) с учетом эстетики и типа прикуса</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Класс II</td> <td>Б</td> <td>Планирование конструкции, предотвращающей смещение протеза (бюгель с опорно-удерживающими кламперами, телескопические коронки)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Класс III</td> <td>В</td> <td>Показаны бюгельные протезы с кламперной или замковой фиксацией, дентальная имплантация</td> </tr> </table>					1	Класс I	А	Предпочтение несъемным конструкциям (мостовидные, адгезивные протезы) с учетом эстетики и типа прикуса	2	Класс II	Б	Планирование конструкции, предотвращающей смещение протеза (бюгель с опорно-удерживающими кламперами, телескопические коронки)	3	Класс III	В	Показаны бюгельные протезы с кламперной или замковой фиксацией, дентальная имплантация	1-В, 2-Б, 3-А
1	Класс I	А	Предпочтение несъемным конструкциям (мостовидные, адгезивные протезы) с учетом эстетики и типа прикуса																
2	Класс II	Б	Планирование конструкции, предотвращающей смещение протеза (бюгель с опорно-удерживающими кламперами, телескопические коронки)																
3	Класс III	В	Показаны бюгельные протезы с кламперной или замковой фиксацией, дентальная имплантация																
1781	ПК-7	Этапы получения анатомических слепков включает:					ВБГЗАЕЖ												

		А.Оформление краев слепков; Б.Выбор слепочного материала; В.Подбор стандартной ложки; Г.Замешивание слепочного материала; Д.Изготовление индивидуальной ложки; Е.Выведение ложки со слепком; Ж.Оценку слепка; З.Установку ложки со слепочным материалом.	
179	ПК-7 1	Укажите правильную последовательность комплексного лечения болезней пародонта: А.Ортодонтическое лечение; Б.Физиотерапевтическое лечение; В.Временное шинирование; Г.Кюретаж; Д.Избирательнаяпришлифовка зубов; Е.Постоянное шинирование; Ж.Протезирование зубов и зубных рядов.	ВДГБАЕЖ
180	ПК-7 2	Мезиальный щечный бугор первого верхнего моляра располагается в межбугровой фиссуре первого нижнего моляра, что соответствует классу Энгля: А.первому Б.второму (подкласс1) В.второму (подкласс2) Г.третьему	А
181	ПК-7 2	Глубина кривой Шпее в норме не превышает А.1,5мм Б.1мм В.3мм Г.2мм	А
182	ПК-7 2	В норме верхние резцы перекрывают нижние на А.1/3 Б.1/2 В.1/4 Г.2/3	А
183	ПК-7 2	Корни молочных резцов формируются к А.2-м годам Б.6-и месяцам В.3,5 годам Г.1,5 годам	А
184	ПК-7 2	Корни молочных клыков формируются к А.3,5 годам Б.6-и месяцам В.2-м годам Г.1,5 годам	А

185	ПК-7 2	Корни молочных моляров формируются к А.3-м годам Б.6-и месяцам В.2-м годам Г.1,5 годам	А
186	ПК-7 2	Форма верхнего зубного ряда в прикусе молочных зубов соответствует А.полукругу Б.полуэллипсу В.V-образная Г.Параболе	А.
187	ПК-7 2	Образование мезиальной ступени между дистальными поверхностями вторых молочных моляров характерно для формирования окклюзии А.физиологической Б.дистальной В.мезиальной Г.перекрестной	А.
188	ПК-7 2	Форма верхнего зубного ряда постоянных зубов соответствует: А.полуэллипсу Б.полукругу В.V-образная Г.Параболе	А.
189	ПК-7 2	Форма нижнего зубного ряда постоянных зубов соответствует: А.параболе Б.полуэллипсу В.полукругу Г.V-образная	А.
190	ПК-7 3	Причинами аномалий могут быть А.все вышеперечисленное Б.неправильное вскармливание В.вредные привычки Г.рахит	А.
191	ПК-7 3	Ортопантомограмма позволяет оценить состояние пародонта А.всех зубов двух зубных рядов Б.боковой группы зубов В.передней группы зубов Г.всех зубов одного зубного ряда	А.
192	ПК-7 3	Электромиография регистрирует А.биопотенциал мышц Б.тонус мышц В.движения ниж чел Г.движения суставн головки	А.
193	ПК-7 3	Электромиотонометрия регистрирует А.тонус мышц Б.биопотенциал мышц В.движения ниж чел Г.движения суставн головки	А.
194	ПК-7 3	Аксиография регистрирует А.движения суставной головки Б.биопотенциал	А.

		мышц В.тонус мышц Г.движения ниж чел																																																	
195.	ПК-9	<table><tr><td colspan="2">Некариозные поражения зубов</td><td colspan="2">Поражения зубов</td></tr><tr><td>А.</td><td>возникающие до прорезывания</td><td>1.</td><td>гипоплазия эмали</td></tr><tr><td>Б.</td><td>возникающие после их прорезывания</td><td>2.</td><td>зубы Гетчинсона</td></tr><tr><td></td><td></td><td>3.</td><td>гиперплазия</td></tr><tr><td></td><td></td><td>4.</td><td>эндемический флюороз</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.</td><td>аномалии развития и прорезывания</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.</td><td>повышенная стираемость</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.</td><td>клиновидный дефект</td></tr><tr><td></td><td></td><td>8.</td><td>эрозия твердых тканей</td></tr><tr><td></td><td></td><td>9.</td><td>эрозия твердых тканей</td></tr><tr><td></td><td></td><td>10.</td><td>гиперестезия твердых тканей перестезия твердых тканей</td></tr></table>				Некариозные поражения зубов		Поражения зубов		А.	возникающие до прорезывания	1.	гипоплазия эмали	Б.	возникающие после их прорезывания	2.	зубы Гетчинсона			3.	гиперплазия			4.	эндемический флюороз			5.	аномалии развития и прорезывания			6.	повышенная стираемость			7.	клиновидный дефект			8.	эрозия твердых тканей			9.	эрозия твердых тканей			10.	гиперестезия твердых тканей перестезия твердых тканей	А-1 2 3 4 5 Б-6 7 8 9 10	
Некариозные поражения зубов		Поражения зубов																																																	
А.	возникающие до прорезывания	1.	гипоплазия эмали																																																
Б.	возникающие после их прорезывания	2.	зубы Гетчинсона																																																
		3.	гиперплазия																																																
		4.	эндемический флюороз																																																
		5.	аномалии развития и прорезывания																																																
		6.	повышенная стираемость																																																
		7.	клиновидный дефект																																																
		8.	эрозия твердых тканей																																																
		9.	эрозия твердых тканей																																																
		10.	гиперестезия твердых тканей перестезия твердых тканей																																																
196.	ПК-9	Классификация вида вкладки		Определение для каждого вида		А.2 Б. 3 В.4 Г. 1																																													
		А.	инлей (inlay)	1.	микропротез,укрепляемый в зубе с помощью штифтов,расположенных в																																														

					твёрдых тканях зуба		
		Б.	онлей (onlay)	2.	микропротез,расположенный центрально и не затрагивающий бугорков зуба		
		В.	оверлей (overlay)	3.	микропротез,пекрывающий от 1 до 3 бугорков		
		Г.	пинлей (pinlay)	4.	микропротез,затрагивающий внутренние скаты бугорков		
197.	ПК-9	Установите правильную последовательность действий при проведении перкуссии зубов? А.объясните пациенту цели и хода процедуры Б.сравнительная оценка реакции исследуемого и симметричного зуба В.подготовка инструментов (зонд,ручка зеркала) Г.определение характера перкуссии (вертикальная или горизонтальная) Д.проведение перкуссии легкими, дозированными ударами Е.оценка болевой реакции пациента Ж.фиксация полученных данных в медицинской документации З.выбор исследуемого зуба и зубов для сравнения.					АВЗГДЕБЖ
198.	ПК-9	Установите правильную последовательность этапов установки лицевой дуги при регистрации положения верхней челюсти? А.фиксацияприкусной вилки в полости рта пациента с помощью воска Б.проверка правильности расположения лицевой дуги относительно лица пациента В. подготовка лицевой дуги и прикусной вилки к работе Г. соединение прикусной вилки с лицевой дугой Д.расположение ушных олиив лицевой дуги в наружных слуховых проходах Е.фиксация лицевой дуги винтами и замками Ж.снятие лицевой дуги с сохранением пространственного положения прикусной вилки					ВАГДБЕЖ
199.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ А. штифтовой конструкцией Б. При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают					А

		В. полукоронкой Г. экваторной коронкой Д. съемным протезом Е. вкладкой	
200.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется: А. лицевая дуга Б. окклюдатор В. апекслокатор Г. электроодонтометр Д. скайлер	А
201.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется А. артикулятор Б. лицевая дуга В. окклюдатор	А
202.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают: А. штифтовой конструкцией Б. полукоронкой В. экваторной коронкой съемным протезом Г. вкладкой	А
203.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Противопоказанием к применению штифтовой конструкции является А. некупированные периапикальные изменения Б. аномалии положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортодонтическое лечение В. ИРОПЗ больше 0,8 Г. патологическая стираемость	А
204.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают А. штифтовой конструкцией Б. полукоронкой В. экваторной коронкой съемным протезом Г. вкладкой	А
205.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Обследование стоматологического больного проводится А. стоматологом Б. врачом-терапевтом В. рентгенологом	А

206.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При внеротовом обследовании челюстно-лицевой области выявляют А. изменение конфигурации лица и ограничение подвижности нижней челюсти Б. наличие сверхкомплектных зубов В. цвет и влажность слизистой оболочки полости рта Г. состояние зубов больного	А.
207.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Объем тканей, обследуемых при осмотре полости рта А. все области и ткани полости рта Б. зубы В. слизистая оболочка полости рта и «причинный зуб» Г. язык	А
208.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают А. с выяснения жалоб Б. с осмотра полости рта В. с анамнеза жизни Г. анамнеза болезни	А
209.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее часто используемый метод исследования А. рентгенологический Б. при травматических повреждениях челюстно-лицевой области В. цитологический Г. гистологический Д. УЗИ	А
210.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности: А. жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез Б. анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез, В. семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние больного, анамнез жизни больного, анамнез данного заболевания	А
211.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание А. все ответы верны Б. на патологию желудочно-кишечного тракта, В. заболевания эндокринной системы,	А

		Г. перенесенные инфекционные заболевания, Д. болезни сердечно-сосудистой системы, Е. нервно-психические заболевания,	
212.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Зондирование НЕ дает возможность А. оценить состояние верхушечного периодонта Б. определить глубину пародонтального кармана В. обнаружить кариозную полость Г. выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба	А
213.	ПК-9	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Анатомический слепок снимают с челюсти А. стандартной ложкой Б. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб В. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб	А
214.	ПК-9	Проба_____прижизненная окраска гликогена десны, количество которого увеличивается при воспалении;	Шилера-Писарева
215.	ПК-9	Паталогическаястираемость твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и оральная поверхности зубов, диагностируется как_____	вертикальная
216.	ПК-9	Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полныйвывих зубов 1.2, 1.1, 2.1. В последующем в поликлинике по месту жительствапациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеванийотмечает детские инфекции. При обследовании пациентки состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации.Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открываниерта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичныйсъемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2, 1.1, 2.1 зубы.Протез при нагрузке не стабилен,	1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 1.2, 1.1, 2.1). Посттравматический дефект альвеолярного отросткаверхней челюсти в области отсутствующих зубов. 2. Лечение: а) восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 1.3, 2.2, 2.3 зубы; б) устранение

		искусственные зубы сильно отличаются от натуральных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности. Вопросы и задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации. 3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?	дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах. 3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения
217.	ПК-9	Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительные методы исследования. 3. Механизм действия токсинов при данном заболевании. 4. Ваш план ортопедического лечения.	Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами. 2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на грибок <i>Candida albicans</i>. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза,

			болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля. 3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а так же ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация. 4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а так же повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через
--	--	--	--

			каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.									
218.	ПК-9	Больной П., 43 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пережевывания пищи в результате травмы языка острым краем искусственной коронки. В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без патологических изменений, умеренной влажности. На правой боковой поверхности языка, а также в области язычной поверхности маргинального края слизистой оболочки в проекции 44 отмечаются эрозированные, гиперемированные участки слизистой оболочки. Зубная формула: <table><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td> </td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td> </td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td colspan="3">К</td></tr></table> Прикус ортогнатический. Коронка 44 не соответствует клиническим требованиям, короткая, не плотно охватывает шейку зуба, изготовлена 14 лет назад. После снятия коронки зуб изменен в цвете, пломбирован, устойчив, перкуссия безболезненная, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: перед изготовлением коронки 44 был лечен по поводу кариеса, под коронкой зуб не беспокоил. 1. Поставьте диагноз. Дальнейшая Ваша тактика по лечению данного больного. 2. Требуется ли дополнительное обследование, обоснуйте свой ответ. 3. Перечислите возможные в данном случае ортопедические конструкции. 4. Классификация несъемных протезов. 5. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной коронки. 6. Клинико – лабораторные этапы изготовления цельнолитой коронки. 7. Определение индекса ИРОПЗ.	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	К			1. Дефект твердых тканей 44. Очаговый травматический стоматит в области маргинального края десны и слизистой оболочки боковой поверхности языка справа. Требуется снятие коронки. 2. Необходим о рентгенологическое обследование, т.к. после снятия коронки зуб изменен в цвете. 3. а) штампованная коронка; б) цельнолитая коронка; в) комбинированная цельнолитая коронка (металлопластмассовая или металлокерамическая) 4. III группы: вкладки, коронки, штифтовые зубы. Вкладки: металлические, фарфоровые, композитные, комбинированные . Коронки: фарфоровые, пластмассовые, цельнолитые, цельнолитые
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8										
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8										
К												

			комбинированные , штампованные комбинированные , штампованные. Штифтовые конструкции: по Логану, Ильиной- Маркосян, Ричмонду, культовая штифтовая вкладка по Копейкину. 5. 1) препарирование зуба 2) получение слепок 3) получение модели, гравировка шейки 4) моделирование 9) получение гипсового и металлического штампов2 10) подбор гильзы 11) предварите льная и окончательная штамповка 12) припасовка коронки 13) отбеливани е и полировка 10)фиксация коронки 6. 1) препарирование, получение двуслойного слепок 2) получение разборной комбинированной модели 3) моделировка воском 4) отливка 5) припасовка на модели, затем в полости рта
--	--	--	--

					6) шлифовка, полировка 7) фиксация 7. Индекс ИРОПЗ – предложил В.Ю. Миликевич. Всю окклюзионную поверхность принимают за единицу площадь полости или пломбы вычисляют из единицы 0,5 – 0,6 показана вкладка, 0,6 – 0,8 – коронка и больше 0,8 – штифтовая конструкция.						
219.	ПК-10	<table><tr><td>1</td><td>Пациент жалуется на ноющую боль в зубе под старой коронкой, усиливающуюся при накусывании. При осмотре: дефектная коронка, перкуссия болезненна, на рентгенограмме – очаг деструкции костной ткани у верхушки корня.</td><td>А</td><td>Антисептики для местного применения</td></tr><tr><td>2</td><td>После подготовки зубов под металлокерамические коронки пациент испытывает значительную гиперестезию (повышенную чувствительность</td><td>Б</td><td>Антигистаминные средства системного действия</td></tr></table>	1	Пациент жалуется на ноющую боль в зубе под старой коронкой, усиливающуюся при накусывании. При осмотре: дефектная коронка, перкуссия болезненна, на рентгенограмме – очаг деструкции костной ткани у верхушки корня.	А	Антисептики для местного применения	2	После подготовки зубов под металлокерамические коронки пациент испытывает значительную гиперестезию (повышенную чувствительность	Б	Антигистаминные средства системного действия	1-Д 2-Г 3-А 4-В 5-А
1	Пациент жалуется на ноющую боль в зубе под старой коронкой, усиливающуюся при накусывании. При осмотре: дефектная коронка, перкуссия болезненна, на рентгенограмме – очаг деструкции костной ткани у верхушки корня.	А	Антисептики для местного применения								
2	После подготовки зубов под металлокерамические коронки пациент испытывает значительную гиперестезию (повышенную чувствительность	Б	Антигистаминные средства системного действия								

			ть) на термические и химические раздражители				
		3	Пациенту с полной адентией на верхней челюсти изготовлен новый съёмный пластиночный протез. На контрольном осмотре через день выявлена локальная декубитальная язва (пролежень) на слизистой оболочке альвеолярного гребня.	В	Деконгестанты (сосудосуживающие) для местного применения		
		4	Перед снятием оттиска для полного съёмного протеза у пациента отмечается выраженная саливация (слюнотечение).	Г	Десенситайзеры (препараты, снижающие чувствительность дентина)		
		5	У пациента после фиксации циркониевой коронки на жевательный зуб развился острый локализованный папиллит (воспаление десневого сосочка), вызванный избытком фиксирующего цемента в межзубном	Д	Противовоспалительные нестероидные средства системного действия		

		промежутке.																
220.	ПК-10	<table><tr><th colspan="2">Клиническая ситуация</th><th colspan="2">Действия врача по назначению и контролю лечения</th></tr><tr><td>А</td><td>Назначить аппликацию десенсибилизирующего геля или пасты на основе нитрата калия/фторидов на область шейки зуба; провести контроль эффективности через 10-14 дней методом термопробы и опроса.</td><td>1</td><td>Пациент после фиксации полной съемной пластинчатой конструкции на верхнюю челюсть жалуется на боль, жжение под протезом и металлический привкус во рту.</td></tr><tr><td>Б</td><td>Назначить консультацию стоматолога-терапевта /пародонтолога для лечения периимплантита; рекомендовать профессиональную гигиену,</td><td>2</td><td>Пациент с диагнозом «частичная вторичная адентия» после изготовления бюгельного протеза проходит период</td></tr></table>				Клиническая ситуация		Действия врача по назначению и контролю лечения		А	Назначить аппликацию десенсибилизирующего геля или пасты на основе нитрата калия/фторидов на область шейки зуба; провести контроль эффективности через 10-14 дней методом термопробы и опроса.	1	Пациент после фиксации полной съемной пластинчатой конструкции на верхнюю челюсть жалуется на боль, жжение под протезом и металлический привкус во рту.	Б	Назначить консультацию стоматолога-терапевта /пародонтолога для лечения периимплантита; рекомендовать профессиональную гигиену,	2	Пациент с диагнозом «частичная вторичная адентия» после изготовления бюгельного протеза проходит период	1 – Б 2 – Г 3 – В 4 – Д 5 – А
Клиническая ситуация		Действия врача по назначению и контролю лечения																
А	Назначить аппликацию десенсибилизирующего геля или пасты на основе нитрата калия/фторидов на область шейки зуба; провести контроль эффективности через 10-14 дней методом термопробы и опроса.	1	Пациент после фиксации полной съемной пластинчатой конструкции на верхнюю челюсть жалуется на боль, жжение под протезом и металлический привкус во рту.															
Б	Назначить консультацию стоматолога-терапевта /пародонтолога для лечения периимплантита; рекомендовать профессиональную гигиену,	2	Пациент с диагнозом «частичная вторичная адентия» после изготовления бюгельного протеза проходит период															

			ирригатор с антисептическим раствором (0,05% хлоргексидин); контроль через 1 неделю – оценка индекса гигиены и состояния десны.		адаптации. Жалуется на боль в опорных зубах при жевании.	
		В	Направить пациента на коррекцию протеза (пришлифовывание базиса, перебазировка); назначить противогрибковый препарат местного действия (крем/раствор на основе клотримазола, нистатина) на 7-10 дней; контроль – осмотр через 3-5 дней после начала терапии для оценки динамики	З	У пациента после протезирования одиночной циркониевой коронкой на жевательный зуб появилась выраженная чувствительность (гиперестезия) к температурным раздражителям.	

			.			
		Г	Назначит ь использо вание защитной каппы на ночь для предотвр ащения окклюзио нной травмы; провести коррекци ю окклюзио нных контактов на временно й коронке; контроль – осмотр через 1 неделю для оценки стабильн ости импланта та и состояния слизисто й.	4	Пациент с металлок ерамичес ким мостовид ным протезом в боковом отделе нижней челюсти, установле нным 5 лет назад, обратилс я с жалобами на кровоточ ивость и отек десны в области промежут очной части протеза.	
		Д	Провести рентгенол огически й контроль (прицель ный снимок) опорных зубов для оценки состояния пародонт а и краевого прилеган ия	5	Пациенту после установк и дентальн ого импланта та с немедлен ной нагрузкой временно й коронкой рекоменд овано соблюден	

		кламмеров; выполнить коррекцию (пришлифовывание) окклюзионных накладок протеза; назначить полоскание отваром ромашки; контроль – повторный осмотр через 3 дня.	ие щадящего режима.	
221.	ПК-10	А. Оценка эффективности противогрибковой и противовоспалительной терапии: осмотр слизистой, решение вопроса о возможности снятия оттисков. Б. Назначение и контроль местной медикаментозной терапии: выписка противогрибковых и кератопластических средств, обучение пациента применению. В. Контроль состояния слизистой оболочки и фиксации протеза при сдаче готовой конструкции, повторное обучение гигиене. Г. Постановка диагноза и планирование этапного лечения: определение необходимости предварительной санации полости рта у стоматолога-терапевта. Д. Проведение немедикаментозной подготовки: профессиональная гигиена, коррекция старых протезов или их временное изъятие для разгрузки слизистой. Е. Назначение долгосрочной поддерживающей немедикаментозной терапии: рекомендации по гигиене нового протеза, режиму питания, контролю вредных привычек. Ж. Назначение симптоматической медикаментозной поддержки на период адаптации к новому протезу (при необходимости): гели для уменьшения дискомфорта, антисептики.	Г, Д, Б, А, Ж, В, Е.	
222.	ПК-10	А. Назначить контрольный осмотр через 7 дней		

		для оценки полной эпителизации язвы и проверки коррекции протеза. Б. Провести коррекцию (пришлифовку) съемного протеза в области травмирующего элемента для устранения механической причины. В. Назначить местную медикаментозную терапию: аппликации кератопластического геля (например, на основе солкосерила) 2-3 раза в день после гигиены. Г. Выдать рекомендации по гигиене: тщательная очистка протеза, полоскание рта растворами антисептиков (хлоргексидин 0.05%) после еды, временное ограничение ношения протеза. Д. Провести диагностику: сбор анамнеза, осмотр (выявление гиперемии, язвы с воспалительным валиком), определение границ травмирующего базиса протеза с помощью копировальной бумаги.	Д, Б, Г, В, А
223.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Частичный съёмный пластиночный протез по принципу передачи жевательного давления относится к конструкциям: А. не физиологическим Б. полуфизиологическим В. физиологическим Г. опирающимся	А
224.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Мягкая подкладка в съёмном протезе показана при: А. рецидивирующем афтозном стоматите Б. лейкоплакии В. кандидозе Г. красном плоском лишае	А
225.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Альгинатную слепочную массу замешивают на: А. холодной воде Б. 3% р-ре поваренной соли В. горячей воде Г. 1% р-ре питьевой соды	А
226.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите недостатки альгинатных оттисковых материалов: А. быстрая усадка Б. пластичность В. эластичность Г. токсичность	А
227.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Признаки выдвижения нижней челюсти вперед при фиксации центрального соотношения челюстей, выявленные на этапе проверки конструкции съемных протезов: А. бугорковый контакт, сагиттальная щель между передними зубами	А

		Б. множественный контакт всех зубов В. смещение центральной линии влево Г. смещение центральной линии вправо	
228.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти вперёд, в клинике наблюдается: А. прогнатическое соотношение зубных рядов, просвет между фронтальными зубами Б. смещение центра нижнего зубного ряда вправо В. смещение центра нижнего зубного ряда влево Г. прогеническое соотношение зубов	А
229.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Токсическое действие съёмного протеза вызывается: А. избытком мономера Б. недостатком мономера В. избытком полимера Г. недостатком полимера	А
230.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Травматические протезные стоматиты возникают в результате: А. несоответствие базиса протеза границам и поверхностям протезного ложа Б. несоответствие цвета искусственных зубов В. несоответствие формы искусственных зубов Г. несоответствие режимов полимеризации протезов	А
231.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ К огнеупорным массам относят: А. бюгелит и силамин Б. репин В. силамин и сиэласт Г. сиэласт	А
232.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Места повышенного давления базиса бюгельного протеза на слизистую объективно можно выявить при помощи: А. при помощи корригирующей массы эластического силикона Б. прицельной рентгенографии В. компьютерной томографии Г. визуально	А
233.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите современный метод изготовления индивидуальных ложек: А. полимеризация под действием ультрафиолетовых лучей в специальных камерах (лайт-бокс) Б. метод штамповки В. одномоментный, с использованием воска Г. литьевое прессование	А
234.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	А

		Окантовку оттиска проводят с целью: А. сохранения объема края оттиска и предотвращения повреждения границ будущего протеза при вскрытии модели Б. сохранения оттиска для последующей работы В. предотвращения повреждения границ будущего протеза при вскрытии модели Г. сохранение модели для последующей работы	
235.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ После наложения полных съемных протезов отмечается сглаженность носогубных и подбородочных складок, стук зубов. Это объясняется: А. повышением высоты прикуса Б. снижением высоты прикуса В. центральной окклюзией Г. боковой окклюзией	А
236.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают: А. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками Б. восковые базисы с окклюзионными валиками В. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор Г. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор	А
237.	ПК-10	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В течении какого периода времени наступает полная адаптация пациента к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому: А. через 33 дня Б. через 1 неделю В. через 6 месяцев Г. через 1 год	А
238.	ПК-10	Продолжите предложение Для уменьшения болевого синдрома и воспаления после обширного препарирования зубов под искусственные коронки пациенту чаще всего назначают перорально препараты группы _____ (например, нимесулид, ибупрофен).	НПВС (нестероидных противовоспалите льных средств)
239.	ПК-10	Продолжите предложение Немедикаментозным методом контроля эффективности гигиены полости рта и обучения пациента после фиксации мостовидного протеза является использование _____ таблеток или растворов, которые окрашивают зубной налет.	индикаторных (красящих, детекторов)
240.	ПК-10	Ситуация: Пациентка В., 45 лет, обратилась через	1. Причины: 1)

		2 недели после протезирования винирами на фронтальную группу зубов верхней челюсти. Предъявляет жалобы на сильную чувствительность (гиперестезию) зубов 1.2 и 2.1 на холодное, кислое, а также на чувство дискомфорта и незначительную болезненность в десне в пришеечной области этих зубов. Объективно: виниры на месте, краевое прилегание удовлетворительное. Десневой край в области 1.2, 2.1 гиперемирован, кровоточит при зондировании. 1. Определите наиболее вероятные причины состояния. 2. Назначьте план немедикаментозного и местного медикаментозного лечения. 3. Какой метод объективного контроля эффективности лечения вы предложите?	Рецессия/травма десневого края и обнажение дентинных канальцев при препарировании или ретракции. 2) Хронический локализованный гингивит вследствие нарушения гигиены или избытка цемента. 2. План лечения: Немедикаментозное: 1) Контроль и коррекция техники чистки зубов (мягкая щетка, неабразивная паста). 2) Проверка пришеечного края виниров на наличие нависающих краев или остатков цемента (при их обнаружении – полировка или перефиксация). Медикаментозное : 1) Применение десенситайзеров (гелей или паст, закрывающих дентинные канальцы) курсом. 2) Аппликации противовоспалительных гелей (с хлоргексидином, метронидазолом) на десневой край. 3. Метод объективного контроля:
--	--	--	--

			Использование воздушного стимула (струя воздуха из пистолета) или теста на холод (ледяная палочка) для оценки динамики уровня гиперестезии до и после курса лечения. Также – оценка индекса кровоточивости десневой борозды.
241.	ПК-10	Ситуация: Пациент Д., 70 лет, с полными съемными протезами на обе челюсти, жалуется на хроническую боль под верхним протезом, невозможность пережевывать твердую пищу. При осмотре: на твердом небе по срединной линии визуализируется и пальпируется болезненное, плотное, линейное костное образование (экзостоз, «торус»). Слизистая оболочка над ним истончена, легко травмируется. Атрофия альвеолярного гребня III степени по Суппле. 1. Сформулируйте клиническую проблему. 2. Какое основное немедикаментозное лечение показано пациенту? Какое медикаментозное лечение можно назначить для временного облегчения симптомов? 3. Перечислите критерии безопасности и эффективности после проведения основного лечения.	1. Клиническая проблема: Болевой синдром и функциональная недостаточность полного съемного протеза на верхней челюсть, обусловленные неадекватностью протезного ложа (наличие болезненного небного торуса и выраженной атрофии альвеолярного гребня). 2. Лечение: Основное немедикаментозное: Хирургическая подготовка – удаление небного торуса (торусэктомия) для создания равномерного, неподвижного и безболезненного протезного ложа с последующим перепротезированием. Медикаментозное (паллиативное): 1)

			Использование мягких прокладочных материалов под базис протеза (силиконовые корректоры). 2) Местные аппликации кератопластических средств (облепиховое масло, солкосерил гель) для слизистой. 3) При болях – НПВП коротким курсом. 3. Критерии после операции/перепротезирования: Эффективность: Отсутствие боли и воспаления под протезом; стабильная фиксация протеза; восстановление жевательной функции; отсутствие рецидива роста экзостоза (рентген-контроль). Безопасность: Отсутствие послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение); сохранение жизнеспособности и слизистой оболочки; хорошая переносимость нового протеза.
242.	ПК-10	Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки имплантата. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении,	Диагноз: несостоятельность импланто-ортопедической

	прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6 был установлен имплантат фирмы Нобель, а впоследствии изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом. Вопросы и задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дополнительные методы обследования. 3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? 4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?	конструкции в области отсутствующего 4.6 зуба. 2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата. 3. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.
--	--	---

			4. Для реабилитации пациента необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации. При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением. Хирургическое ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и
--	--	--	---

			области имплантации.																				
243.	ПК-12	Установите соответствие, последовательность лабораторных этапов изготовления пластмассовых мостовидных протезов: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>I</td><td>А</td><td>Моделировка опорных коронок и тела</td></tr> <tr> <td>2</td><td>II</td><td>Б</td><td>Формовка, полимеризация</td></tr> <tr> <td>3</td><td>III</td><td>В</td><td>Гипсовка в окклюдатор</td></tr> <tr> <td>4</td><td>IV</td><td>Г</td><td>Гипсовка в кювету</td></tr> <tr> <td>5</td><td>V</td><td>Д</td><td>Обработка протеза</td></tr> </table>	1	I	А	Моделировка опорных коронок и тела	2	II	Б	Формовка, полимеризация	3	III	В	Гипсовка в окклюдатор	4	IV	Г	Гипсовка в кювету	5	V	Д	Обработка протеза	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б, 5-Д
1	I	А	Моделировка опорных коронок и тела																				
2	II	Б	Формовка, полимеризация																				
3	III	В	Гипсовка в окклюдатор																				
4	IV	Г	Гипсовка в кювету																				
5	V	Д	Обработка протеза																				
244.	ПК-12	Соотнесите типы атрофии беззубых нижних челюстей по Келлеру: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>I тип</td><td>А</td><td>Альвеолярная часть резко атрофирована во фронтальном отделе и хорошо выражена в области жевательных зубов</td></tr> <tr> <td>2</td><td>II тип</td><td>Б</td><td>Резко равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня</td></tr> <tr> <td>3</td><td>III тип</td><td>В</td><td>Челюсть и резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от ее гребня</td></tr> <tr> <td>4</td><td>IV тип</td><td>Г</td><td>Альвеолярная часть хорошо выражена во фронтальном отделе и резко</td></tr> </table>	1	I тип	А	Альвеолярная часть резко атрофирована во фронтальном отделе и хорошо выражена в области жевательных зубов	2	II тип	Б	Резко равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня	3	III тип	В	Челюсть и резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от ее гребня	4	IV тип	Г	Альвеолярная часть хорошо выражена во фронтальном отделе и резко	1-В, 2-Б, 3-Г 4-А				
1	I тип	А	Альвеолярная часть резко атрофирована во фронтальном отделе и хорошо выражена в области жевательных зубов																				
2	II тип	Б	Резко равномерная атрофия всей альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня																				
3	III тип	В	Челюсть и резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от ее гребня																				
4	IV тип	Г	Альвеолярная часть хорошо выражена во фронтальном отделе и резко																				

		атрофирована в области жевательных зубов	
245.	ПК-12	Этапы проведения проб Гербста при коррекции индивидуальной ложки на верхней челюсти: А.вытягивание губ; Б.глотательное движение; В.засасывание щёк; Г.широкое открывание рта.	Г А В Б
246.	ПК-12	Этапы проведения проб Гербста при коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти: А.проведениеязыком по красной кайме нижней губы; Б.глотательноедвижение; В.медленное широкое открывание рта; Г.касание языком и слизистой оболочки щеки при полузакрытом рте попеременно в одну и другую сторону; Д.движения языком в сторон по красной кайме верхней губы; Е.вытягивание губ вперёд; Ж.движения языком по направлению к кончику носа.	В А Б Г Д Ж Е
247.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ А) гемодинамики Б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области В) движения головок нижней челюсти Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава	А
248.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ А) штифтовой конструкции Б) вкладки В) полукоронки Г) экваторной коронки	А
249.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) включенный дефект зубного ряда Б) дефект естественной коронки зуба В) повышенное стирание зубов Г) пародонтит тяжелой степени	А
250.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	А

		ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ А) вкладки Б) полукоронки В) штифтового зуба Г) экваторной коронки	
251.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) разрушение коронковой части зуба на уровне десенного края Б) отлом угла режущего края зуба В) разрушение корня зуба на 1/3 Г) кариозная полость I класса по Блэку	А
252.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПОКАЗАНИЕ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА А) отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита Б) множественный кариес В) деформация зубных рядов Г) артроз височно-нижнечелюстного сустава	А
253.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ А) третьему Б) первому В) второму Г) четвертому	А
254.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА А) задняя треть твердого неба Б) альвеолярный отросток В) область поперечных складок Г) область сагиттального шва	А
255.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (В ЧАСАХ) А) 24 Б) 12 В) 48 Г) 72	А
256.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА	А

		ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ) А) от 1 до 16 Б) от 3 до 5 В) от 5 до 10 Г) от 6 до 14	
257.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА А) пластиночного при частичном отсутствии зубов Б) консольного при частичном отсутствии зубов В) несъемного мостовидного протеза Г) пластиночного при полном отсутствии зубов	А
258.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ СЪЕМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К А) нефизиологичным Б) физиологичным В) полуфизиологичным Г) анатомо-физиологичным	А
259.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ А) выбора пути введения бюгельного протеза Б) определения центральной окклюзии В) определения методики дублирования модели Г) выбора модели	А
260.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ А) до оперативного вмешательства Б) через 3 дня после удаления зубов В) через 5-7 дней после удаления зубов Г) через 2 недели после удаления зубов	А
261.	ПК-12	Прочитайте текст и выберите правильный ответ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К А) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов Б) повышенному стиранию зубов-антагонистов В) множественному кариесу Г) флюорозу эмали	А
262.	ПК-12	Форма повышенного стирания твёрдых тканей зубов, которая характеризуется снижением высоты нижнего отдела лица, называется_____.	1медикаментозны й, 2- ортопедический,3

			— комбинированный
263.	ПК-12	Вкладки не показаны при значениях ИРОПЗ_____.	менее 0,3 и более 0,6
264.	ПК-12	Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель. 1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете? 2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина? 3. Фазы адаптации к съемным протезам? 4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов. 5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними. 6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия? Перечислить последовательность этапов данного метода.	1. Виды расстановки искусственных зубных рядов - по стеклу (Гизи-Васильеву) - по сферам - по индивидуальному окклюзионным кривым. 2. Первая фаза - фаза возбуждения. 3. Фазы адаптации: а) возбуждения б) неполного торможения в) полного торможения. 4. "Нейтральная зона" - пространство между мышцами языка и мышцами окружающими ротовую щель. Искусственные зубные ряды должны находиться в "нейтральной зоне", иначе протезы будут смещаться в сагитальной плоскости под влиянием мышц. 5. Зона мышечного равновесия может быть расположена вестибулярно от гребня альвеолярного отростка, лингвально, соответствовать положению

			гребня альвеолярного отростка. 6.Зону мышечного равновесия возможно определить путем функционального оформления вестибулярной поверхности краев базисов съемных протезов или индивидуальных ложек.
265.	ПК-12	Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора. 1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования? 2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица. 3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей. 4. Дать определение понятию физиологический покой. 5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов. 6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.	1. Зафиксирована завышенная высота нижней трети лица в момент определения центрального соотношения. Возможна ошибка на лабораторном этапе (паковка пластмассового теста в кюветы). При недостаточной прессовке между половинами кювет образуется избыточная толщина пластмассы - грат. Это ведет к увеличению расстояния от базиса протеза до окклюзионной поверхности зубов, как следствие - увеличение высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.

			2. Накожные точки - подносовая ость, выступающая точка на подбородке, носогубные складки, подбородочная складка и т.д. Этапы определения центрального соотношения челюстей: а) Припасовка верхнего валика, коррекция его высоты и объемности во фронтальном участке. б) Измерение высоты покоя. в) Формирование протетической плоскости в боковых отделах. г) Припасовка нижнего валика к верхнему. д) Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. е) Нанесения антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика. 4. Положения нижней челюсти, относительно верхней, характеризующиеся расслабленным положением жевательных мышц, свободным смыканием губ,
--	--	--	---

			расстоянием между окклюзионными поверхностями верхних и нижних зубов 3-8 мм. Суставная головка находится в центре шарнирных движений. 5. Классификация атрофии а/о по Шредеру: I тип: хорошо сохранившийся а/о, хорошо выраженные бугры, высокий небный свод; участки прикрепления мышц расположены у основания а/о. II тип: средний тип атрофии а/о, небный свод четкий, бугры верхней челюсти сохранены; мышцы прикреплены на скате. III тип: резкая атрофия а/о, бугры атрофированы, небо плоское. Классификация а/о нижней челюсти по Келлеру. I тип: незначительная равномерная атрофия а/о; мышцы прикрепляются у основания а/о. II тип: выраженная равномерная
--	--	--	---

			атрофия а/о. III тип: выраженная равномерная атрофия а/о в боковых отделах. IV тип: выраженная атрофия а/о во фронтальном участке. 6. Виды функциональных оттисков. 1.Компрессионные. 2.Декомпрессионные. 3.Комбинированные.
266.	ПК-12	Пациент К., 19 лет обратился к врачу-ортодонту с жалобами на неправильное положение зубов. Анамнез: 15 и 25 зубы удалены в возрасте 11 лет по ортодонтическим показаниям, в этот период проводилось ортодонтическое лечение при помощи съемного пластиночного аппарата с вестибулярной дугой от 13 до 23 зуба, лечение не было закончено. Объективно: лицо симметрично, высота нижней трети лица уменьшена, подбородочная складка выражена, тип профиля выпуклый. Величина открывания рта 28 мм, движения в височно-нижнечелюстных суставах не симметричные, отмечается девиация. Красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Межзубные десневые сосочки и маргинальный край десны в области нижних фронтальных зубов гиперемированы отечны, при зондировании отмечается кровоточивость, с язычной стороны 32, 41 зубов и вестибулярной 31, 41 зубов патологические зубодесневые карманы глубиной 3-4 мм. Смыкание зубов по сагиттали: бугорковое - 13 зуб смыкается с 44, 23 с 34, 14 с 45, 24 с 35, при этом 16 смыкается с 46, и 26 с 36 зубом. По трансверзали отмечается правильное фиссурно-бугорковое смыкание за исключением области 13/44, 14/45 зубов – обратное перекрытие. Глубина резцового перекрытия 2/3 коронки, центральная линия не совпадает. Верхний зубной ряд равномерно сужен в области премоляров и моляров, нижний зубной ряд	Глубокая окклюзия 2 степени, дистальная окклюзия, сужение зубных рядов, скученность фронтальных зубов. Локализованный пародонтит легкой степени тяжести в области 32, 31, 41, 42 зубов. 2. Удаление над - и поддесневого зубного камня, применение в течение 4-7 дней солевых растворов для полоскания для устранения отека и экссудации, 4-7 дней полоскания растворами антисептиков – с триклозаном или хлоргексидином 7-14 дней – пасты и

		сужен, асимметрично - сужение наиболее выражено в области премоляров справа. Отмечается значительная скученность нижних фронтальных зубов, поворот по оси 22 зуба. П П 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 П По окружности 32, 31, 41,42 зубов над - и поддесневой зубной камень. Жевательные поверхности 16, 26, 46 зубов покрыты пломбами из композита, краевое прилегание не нарушено. 1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Составьте план терапевтического лечения. 3. Составьте план ортодонтического лечения. 4. Перечислите ошибки и осложнения прерванного предыдущего ортодонтического лечения. 5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта пациенту с заболеваниями пародонта.	ополаскиватели с экстрактами трав («Parodontax», «Лесной бальзам» и др.) . 3. Удаление 35, 45 зубов. Лечение при помощи несъемной ортодонтической техники, например Damon 3, без удаления зубов. Ретенционный период при помощи несъемного стекловолоконного ретейнера и съемного ретейнера – LM-активатор. 4. Ошибка удаление только верхних премоляров, осложнение – формирование неправильных окклюзионных контактов, скученность нижних фронтальных зубов, развитие локализованного пародонтита.																				
267.	ПК-13	Установите соответствие клинических этапов изготовления съемных пластиночных протезов: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>Первый этап</td><td>А</td><td>Определение центральной окклюзии</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Второй этап</td><td>Б</td><td>Сдача съемных протезов</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Третий этап</td><td>В</td><td>Осмотр, выбор метода лечения</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Четвертый этап</td><td>Г</td><td>Получение оттисков</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Пятый этап</td><td>Д</td><td>Проверка конструкции</td></tr> </table>	1	Первый этап	А	Определение центральной окклюзии	2	Второй этап	Б	Сдача съемных протезов	3	Третий этап	В	Осмотр, выбор метода лечения	4	Четвертый этап	Г	Получение оттисков	5	Пятый этап	Д	Проверка конструкции	1-В, 2-Г, 3-А 4-Д 5-Б
1	Первый этап	А	Определение центральной окклюзии																				
2	Второй этап	Б	Сдача съемных протезов																				
3	Третий этап	В	Осмотр, выбор метода лечения																				
4	Четвертый этап	Г	Получение оттисков																				
5	Пятый этап	Д	Проверка конструкции																				

					съемных протезов																					
268.	ПК-13	Соотнесите вид кламмера и его название: <table> <tr> <td>1</td> <td>Кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны</td> <td>А</td> <td>Кламмер Аккера</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Кламмер имеет 2 плеча и окклюзионную накладку, применяется при типичном расположении межевой линии по середине</td> <td>Б</td> <td>Кламмер Бонвиля</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Кламмер имеет 2 окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по 2 плеча с каждой стороны на каждом зубе</td> <td>В</td> <td>Кламмер кольцевой</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Опорно-удерживающий кламмер с расчлененными Т-образными концевыми отделами плеч</td> <td>Г</td> <td>Кламмер Роуча</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Кламмер состоит из одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры)</td> <td>Д</td> <td>Кламмер Кемени</td> </tr> </table>				1	Кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны	А	Кламмер Аккера	2	Кламмер имеет 2 плеча и окклюзионную накладку, применяется при типичном расположении межевой линии по середине	Б	Кламмер Бонвиля	3	Кламмер имеет 2 окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по 2 плеча с каждой стороны на каждом зубе	В	Кламмер кольцевой	4	Опорно-удерживающий кламмер с расчлененными Т-образными концевыми отделами плеч	Г	Кламмер Роуча	5	Кламмер состоит из одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры)	Д	Кламмер Кемени	1-Д, 2-А, 3-Б 4-Г, 5-В
1	Кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны	А	Кламмер Аккера																							
2	Кламмер имеет 2 плеча и окклюзионную накладку, применяется при типичном расположении межевой линии по середине	Б	Кламмер Бонвиля																							
3	Кламмер имеет 2 окклюзионные накладки, расположенные в смежных фиссурах моляров или премоляров и по 2 плеча с каждой стороны на каждом зубе	В	Кламмер кольцевой																							
4	Опорно-удерживающий кламмер с расчлененными Т-образными концевыми отделами плеч	Г	Кламмер Роуча																							
5	Кламмер состоит из одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры)	Д	Кламмер Кемени																							
269.	ПК-13	Продолжите предложение В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры				Ней №4																				

270.	ПК-13	Продолжите предложение В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры	Ней №1
271.	ПК-13	Обследование больного с патологической стираемостью зубов проводят в следующей последовательности: А.Осмотр полости рта; Б.Опрос больного; В.Снятие диагностических слепков; Г.Внешний осмотр; Д.Пальпация ВНЧС и жевательных мышц; Е.Анализ диагностических моделей; Ж.Рентгенологическое исследование зубов и челюстей; З.Электрмиография жевательных мышц; И.Электроодонтодиагностика; К.Томография ВНЧС.	БГАДВЕИЖКЗ
272.	ПК-13	Укажите правильную последовательность препарирования зубов под безметалловую коронку. А.Сепарация апроксимальных поверхностей зуба; Б.Препарирование вестибулярной и оральной поверхности зуба; В.Удаление неровностей на поверхности культи и её полировка; Г.Препарирование окклюзионной поверхности зуба; Д.Создание маркерной борозды в области шейки зуба и формирование уступа.	ДАБГВ
273.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на нижней челюсти должна составлять (в мм): А. 2-3 Б. 1-1,5 В. 4-4,5 Г. 2-2,5	А
274.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (в мм): А. 0,5-1 Б. 1,5-2 В. 0,2-0,3 Г. на 0,2	А
275.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Как располагается дуга бюгельного протеза на нижней челюсти, при отвесной форме	А

		альвеолярного гребня: А. отстоит от слизистой на 0,8 мм Б. подходит к слизистой оболочке почти плотную В. отстоит от слизистой оболочки на 1,2 мм Г. отстоит от слизистой на 0,5-1 мм	
276.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Пациентам с бруксизмом бюгельные протезы необходимо: А. снимать на ночь Б. пользоваться круглосуточно В. снимать периодически Г. снимать один раз в неделю на ночь	А
277.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ручку в индивидуальных ложках располагают: А. под углом 45° по отношению к гребню альвеолярного отростка Б. позади гребня альвеолярного отростка В. вертикально, по гребню альвеолярного отростка Г. под углом 30° по отношению к гребню альвеолярного отростка	А
278.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для разгрузки функционального оттиска индивидуальные ложки можно подготовить следующим образом: А. перфорировать или снять слой пластмассы в местах разгрузки Б. утолстить В. снять слой пластмассы в местах разгрузки Г. покрыть изоколом	А
279.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее удобным методом формирования окклюзионной плоскости при полной потере зубов является: А. применение аппарата Ларина Б. по носоушной и зрачковой горизонтали В. по методу Паунда Г. помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти	А
280.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество лабораторных этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 4 Б. 3 В. 5 Г. 6	А
281.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество клинических этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 5	А

		Б. 3 В. 4 Г. 6	
282.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Различают следующие фазы адаптации к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому: А. раздражения, частичного торможения, полного торможение Б. предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации В. полной адаптации, раздражения, стабилизации Г. стабилизации, частичной адаптации, полного торможения	А
283.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени для восстановления межжюккюзионной высоты применяют: А. назубные пластмассовые каппы и зубодесневые каппы Б. зубодесневые каппы В. бюгельные протезы Г. частичные съёмные протезы	А
284.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При третьей степени патологической стертости зубов показано применение: А. штифтовых культевых вкладок и цельнолитых коронок Б. вкладок и накладок В. штифтовых культевых вкладок Г. штампованных коронок	А
285.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Зубодесневая каппа применяемая для увеличения межжюккюзионной высоты является конструкцией: А. съёмной Б. несъёмной В. ортодонтический Г. двучелюстной	А
286.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени повышение межжюккюзионной высоты одновременно возможно: А. на 1-2 мм Б. на 3-4 мм В. 5 и более мм Г. 6-8 мм	А
287.	ПК-13	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ортопедическое лечение декомпенсированной формы патологической стертости твердых тканей зубов проводится: А. в два этапа	А

		Б. в один этап В. в три этапа Г. в четыре этапа									
288.	ПК-13	В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46,45и 35,36 были удалены 3-4 месяца назад, отломкоронковой части 47 произошел 2 месяца назад. Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подборочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений. Зубная формула: <table><tr><td>7654321</td><td>1234567</td></tr><tr><td>7 4321</td><td>1234 7</td></tr></table> Коронковая часть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм; зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается. <table><tr><td>7654321</td><td>1234567</td></tr><tr><td>4321</td><td>1234 7</td></tr></table> 7. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 8. Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций. 9. Перечислите клинко-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации? 10. Назовите требования, предъявляемые к корням зубов. 11. Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций. 12. Перечислите клинко-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.	7654321	1234567	7 4321	1234 7	7654321	1234567	4321	1234 7	3. Полное отсутствие коронковой части 7 зуба, частичная потеря зубов на нижней челюсти III класс по Кеннеди. Изготовить культевую вкладку для восстановления 7 , мостовидные протезы с опорой на 74 47. 4. Показания: - для восстановления коронковой части зуба при полном ее отсутствии или значительном разрушении (ИРОПЗ 0,8 и более); - в качестве опоры мостовидного протеза; - для шинирования зубов при заболеваниях пародонта; - для фиксации внутриальвеолярных переломов корня; - при аномалиях положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортопедическое лечение; - для
7654321	1234567										
7 4321	1234 7										
7654321	1234567										
4321	1234 7										

			армирования депульпированных зубов. Противопоказания: - некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; - непроходимость корневых каналов; - короткие корни с истонченными стенками; - атрофия костной ткани альвеолярного отростка 3 и 4 степени. - разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины; - дефект какой-либо из стенок корня, равный или больший 1/4 величины корня; - подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени. 3. Препаровка, моделировка культевой штифтовой вкладки из воска или быстротвердеющей пластмассы, получение металлической композиции культевой
--	--	--	---

			вкладки, припасовка и фиксация культевой вкладки. Культевая вкладка с внутрикультевым и каналом, разборная, неразборная, культевые штифтовые вкладки, стандартные штифты. 4. Требования: - канал корня должен быть хорошо проходим на протяжении, равном длине штифта; околовверхушечная часть корневого канала должна быть хорошо запломбирована и верхушечный периодонт лишен признаков острого или хронического воспаления; корень должен иметь длину большую, чем высота будущей коронки; толщина стенок не менее 2 мм; культя корня должна быть открытой, если прикрыта - гингивэктомия. 5. Перфорация корня, раскол корня, острый периодонтит, поломка внутрикорневого
--	--	--	--

			штифта, отлом облицовки, расцементировка штифтовой конструкции, расцементировка покровной конструкции. 6. Подготовка корней; припасовка дополнительного металлического штифта; моделировка восковой композиции культевой вкладки с созданием внутрикультевого канала и введение трубчатой заготовки; замена воска на металл; припасовка и фиксация штифтовой конструкции.				
289.	ПК-13	Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Объективно: <table><tr><td>87004321</td><td>12340078</td></tr><tr><td>07654321</td><td>12345000</td></tr></table> Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический. 5. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.	87004321	12340078	07654321	12345000	4) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 5) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 6) - нарушение
87004321	12340078						
07654321	12345000						

		6. Указать причину возникновения деформаций. 7. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов. 8. Составьте план лечения.	непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4. Укорочение клинической коронки <u> 4 7 8</u>, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на <u> 3 4 7</u> на нижнюю бюгельный протез с покрытием <u> 5</u> бюгельной коронкой.
290.	ПК-13	Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Объективно:	7) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 8) Следствие
		<u>87004321</u> <u>12340078</u>	

		07654321 12345000 Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический. 9. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди. 10. Указать причину возникновения деформаций. 11. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов. 12. Составьте план лечения.	травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 9) - нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4. Укорочение клинической коронки <u> 4 7 8</u>, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на <u> 3 4 7</u> на нижнюю бюгельный протез с покрытием <u> 5</u> бюгельной коронкой.
--	--	--	---

Разработан:
доцент кафедры
ортопедической стоматологии

О.Ю.Хорев