

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы**

**СОГЛАСОВАНО**

Руководитель направления  
подготовки  
31.05.03 Стоматология

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
«26» августа 2025 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Зав. кафедрой ортопедической  
стоматологии

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
/А.А.Долгалев /  
«26» августа 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине**

Наименование дисциплины	<b>Ортопедическаястоматология</b>
Направление подготовки	31.05.03 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
<b>ОПК-5</b>	<b>Способен проводить обследование пациента целью установления диагноза</b>
<b>ОПК-6</b>	<b>Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения</b>
<b>ОПК-9</b>	<b>Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</b>
<b>ПК-2</b>	<b>Оказание медицинской помощи взрослым при ортопедических стоматологических заболеваниях</b>

## 2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
<b>ОПК-5</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
<b>ОПК-6</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
<b>ОПК-9</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов

	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
<b>ПК-2</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
<b>Всего</b>		250 заданий

### 3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант																																										
1.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Причины образования ложного сустава нижней челюсти</td> <td>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</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	<p>А-1 Б-6,7,8,9,10, 11, 12</p>
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.	ОПК-5	Заболевание височно-нижнечелюстного сустава:		Характер заболевания:		
		1	артроз	А	обусловлен окклюзионными и функциональными факторами	
		2	артрит	Б	воспалительный	
		3	мышечно-суставная дисфункция	В	дистрофический и-дегенеративный	
3.	ОПК-5	Некариозные поражения зубов		Поражения зубов		A-1 2 3 4 5 B-6 7 8 9 10
		<b>А.</b>	возникающие до прорезывания	1.	гипоплазия эмали	
		<b>Б.</b>	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.		ги гиперест езия твердых тканей перестез ия твердых тканей			
4.	ОПК-5	Классификация вида вкладки	Определение для каждого вида				A.2	B.3 Г.1
		<b>А.</b>	инлей (inlay)	<b>1.</b>	микропротез, укрепляемый в зубе с помощью штифтов, расположенных в твердых тканях зуба			
		<b>Б.</b>	онлей (onlay)	<b>2.</b>	микропротез, расположенный центрально и не затрагивающий бугорков зуба			
		<b>В.</b>	оверлей (overlay)	<b>3.</b>	микропротез, перекрывающий от 1 до 3 бугорков			
		<b>Г.</b>	пинлей (pinlay)	<b>4.</b>	микропротез, затрагивающий внутренние скаты бугорков			
5.	ОПК-5	Классификация Кеннеди при частичной потере зубов	Определение				A.4	B.1 B.3 Г.2
		<b>А.</b>	1 класс	<b>1.</b>	односторонний концевой			
		<b>Б.</b>	2 класс	<b>2.</b>	включенный во фронтальном			
		<b>В.</b>	3 класс	<b>3.</b>	включенный в боковом отделе			
		<b>Г.</b>	4 класс	<b>4.</b>	двусторонний концевой			
6.	ОПК-5	Установите правильную последовательность при сборе анамнеза у пациента:				Г А Ж Д В Б Е		

		<p>А.уточнение жалоб пациента на состояние зубочелюстной системы</p> <p>Б.выяснение аллергологического анамнеза</p> <p>В.сбор анамнеза жизни (перенесенных и сопутствующие заболевания)</p> <p>Г.уточнение паспортных данных пациента</p> <p>Д.сбор стоматологического анамнеза (предыдущее лечение, протезирование)</p> <p>Е.выяснение условий труда и вредных привычек</p> <p>Ж.уточнение давности и динамики жалоб</p>	
7.	ОПК-5	<p>Установите правильную последовательность действий при снятии силиконового слепка?</p> <p>А.подготовка слепочной ложки (подбор, примерка, нанесение адгезива)</p> <p>Б.удаление слепка из полости рта после полимеризации материала В.введение коррегирующего (жидкого) силикона в полость рта</p> <p>Г.осмотр и оценка качества полученного слепка</p> <p>Д.замешивание базисного (плотного) силиконового материала</p> <p>Е.заполнение слепочной ложки базисным силиконовым материалом Ж.установка ложки с базисным слепком в полости рта</p> <p>З.нанесение коррегирующего силикона на препарированные зубы</p> <p>И. создание пространства под коррегирующий слой (при необходимости – использование разделительного слоя)</p>	АДЕЖИЗВБ Г
8.	ОПК-5	<p>Установите правильную последовательность действий при проведении перкуссии зубов?</p> <p>А.объясните пациенту цели и хода процедуры</p> <p>Б.сравнительная оценка реакции исследуемого и симметричного зуба В.подготовка инструментов (зонд,ручка зеркала) Г.определение характера перкуссии (вертикальная или горизонтальная)</p> <p>Д.проведение перкуссии легкими, дозированными ударами</p> <p>Е.оценка болевой реакции пациента Ж.фиксация полученных данных в медицинской документации</p> <p>З.выбор исследуемого зуба и зубов для сравнения.</p>	АВЗГДЕБЖ
9.	ОПК-5	<p>Установите правильную последовательность этапов установки лицевой дуги при регистрации положения верхней челюсти?</p> <p>А.фиксацияприкусной вилки в полости рта пациента с помощью воска</p> <p>Б.проверка правильности расположения лицевой дуги относительно лица пациента</p> <p>В. подготовка лицевой дуги и прикусной вилки к работе</p>	ВАГДБЕЖ

		<p>Г. соединение прикусной вилки с лицевой дугой  Д.расположение ушных оливок лицевой дуги в наружных слуховых проходах  Е.фиксация лицевой дуги винтами и замками  Ж.снятие лицевой дуги с сохранением пространственного положения прикусной вилки</p>	
10.	ОПК-5	<p>Установите правильную последовательность действий при выборе цвета ортопедической конструкции?</p> <p>А.Очистка зубов пациента от налета и пигментации  Б.выбор цвета при естественном дневном освещении  В.подбор оттенка по шкале цветов (VITAили аналогичной)  Г.увлажнение зубов перед определением цвета  Д.оценка цвета зубов в области шейки, тела и режущего края  Е. фиксация выбранного цвета в медицинской документации и направление информации в зуботехническую лабораторию  Ж.посадка пациента в вертикальное положение</p>	АГЖБДВЕ
11.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают  А. с выяснения жалоб  Б.с осмотра полости рта  В.с анамнеза жизни  Г.с анамнеза болезни</p>	<b>А.</b>
12.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии  А.центральной  Б.боковой  В. передней</p>	<b>А</b>
13.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Центральная окклюзия определяется признаками  А. зубным, суставным, мышечным  Б.лицевым, глотательным, зубным  В.язычным, мышечным, суставным</p>	<b>А</b>
14.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Наиболее часто используемый метод исследования  А.рентгенологический  Б.цитологический  В.гистологический  Г. при травматических повреждениях челюстно-лицевой области</p>	<b>А</b>
15.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный</b></p>	<b>А</b>

		<p><b>ответ</b></p> <p>При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание</p> <p>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</p>	
16.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Зондирование НЕ дает возможность</p> <p>А. оценить состояние верхушечного периодонта  выявить патологию прикуса  Б. обнаружить кариозную полость  В. выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба  Г. определить глубину пародонтального кармана</p>	<b>А</b>
17.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Анатомический слепок снимают с челюсти</p> <p>А. стандартной ложкой  Б. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб  В. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб</p>	<b>А</b>
18.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Одонтопародонтограмма дает возможность судить</p> <p>А. о состоянии костной ткани пародонта  Б. о состоянии слизистой оболочки полости рта  В. о степени подвижности зубов</p>	<b>А</b>
19.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>В связи с полной утратой зубов жевательные мышцы:</p> <p>А. атрофируются  Б. гипертрофируются  В. гипотрофируются  Г. деформируются</p>	<b>А</b>
20.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>В связи с полной потерей зубов угол нижней челюсти:</p> <p>А. увеличивается  Б. уменьшается  В. деформируется</p>	<b>А</b>

		Г.не изменяется	
21.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> На верхней челюсти при полной потере зубов происходит атрофия альвеолярного отростка: А.вестибулярной части Б.небной части В.язычной и небной части	<b>А</b>
22.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
23.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
24.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Показания для изготовления металлокерамической коронки: А.изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени 3)ИРОПЗ = 0,4 В.глубокий патологический Г. тотальное разрушение коронковой части зуба	<b>А</b>
25.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
26.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> А. штифтовой конструкцией Б. При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают В. полукоронкой	<b>А</b>

		Г. экваторной коронкой Д. съемным протезом Е. вкладкой	
27.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Аппарат, позволяющий перенести правильное положение верхней челюсти в артикулятор, называется: А. лицевая дуга Б. окклюдатор В. апекслокатор Г. электроодонтометр Д. скайлер	<b>А</b>
28.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Аппарат, воспроизводящий все движения нижней челюсти, называется А. артикулятор Б. лицевая дуга В. окклюдатор	<b>А</b>
29.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают: А. штифтовой конструкцией Б. полукоронкой В. экваторной коронкой съемным протезом Г. вкладкой	<b>А</b>
30.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
31.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> При отломекоронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают А. штифтовой конструкцией Б. полукоронкой В. экваторной коронкой съемным протезом Г. вкладкой	<b>А</b>
32.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Обследование стоматологического больного проводится А. стоматологом	<b>А</b>

		Б. врачом-терапевтом В. рентгенологом	
33.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А.</b>
34.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
35.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают А. с выяснения жалоб Б. с осмотра полости рта В. с анамнеза жизни Г. анамнеза болезни	<b>А</b>
36.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> Наиболее часто используемый метод исследования А. рентгенологический Б. при травматических повреждениях челюстно-лицевой области В. цитологический Г. гистологический Д. УЗИ	<b>А</b>
37.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> 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	<b>А</b>
38.	ОПК-5	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>	<b>А</b>

		<p>При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание</p> <p>А. все ответы верны  Б. на патологию желудочно-кишечного тракта,  В. заболевания эндокринной системы,  Г. перенесенные инфекционные заболевания,  Д. болезни сердечно-сосудистой системы,  Е. нервно-психические заболевания,</p>	
39.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Зондирование НЕ дает возможность</p> <p>А. оценить состояние верхушечного периодонта  Б. определить глубину пародонтального кармана  В. обнаружить кариозную полость  Г. выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба</p>	<b>А</b>
40.	ОПК-5	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Анатомический слепок снимают с челюсти</p> <p>А. стандартной ложкой  Б. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб  В. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб</p>	<b>А</b>
41.	ОПК-5	<p>Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется _____</p>	реопародонтография
42.	ОПК-5	<p>В реограмме различают восходящую часть _____ и нисходящую _____.</p>	анакрота, катакрота
43.	ОПК-5	<p>Проба _____ прижизненная окраска гликогена десны, количество которого увеличивается при воспалении;</p>	Шилера-Писарева
44.	ОПК-5	<p>Паталогическая стираемость твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и оральная поверхности зубов, диагностируется как _____</p>	вертикальная
45.	ОПК-5	<p>Паталогическая стираемость твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения нижней трети лица, диагностируется как _____.</p>	компенсированная
46.	ОПК-5	<p>Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу-ортопеду.  <b>Жалобы:</b> На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних</p>	1) Частичная потеря зубов верхней челюсти (3-й класс по

		<p>жевательных зубов и их подвижность.</p> <p><b>Анамнез:</b> 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.</p> <p><b>Объективно:</b> Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">7004321</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">1234067</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7054321</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">1234007</td> </tr> </table> <p>Десневые сосочки в области</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">321</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">123</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">321</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">123</td> </tr> </table> <p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> <li>3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.</li> </ol> <p>Причины возникновения генерализованных форм пародонтита.</p>	7004321		1234067	7054321		1234007	321		123	321		123	<p>Кеннеди), частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения.</p> <p>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.</p> <p>3) Рентгенологически обнаруживается как горизонтальная, так и вертикальная резорбция межзубной перегородки до 1/3 длины корня.</p> <p>4) Действие зубной бляшки, зубных отложений.</p> <p>Предрасполагающие факторы нарушения барьерной функции пародонта и ослабление защитных сил организма.</p>
7004321		1234067													
7054321		1234007													
321		123													
321		123													
47.	ОПК-5	<p>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</p>	<p>В соответствии с постановлением XVI пленума Всесоюзного</p>												

		<p>верхней челюсти. Жевательные зубы удалены 2-3 года назад в связи с их разрушением. Отмечается выраженность носогубных и подбородочных складок.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2) Выберите и обоснуйте план лечения.</li> <li>3) Классификация заболеваний пародонта. Роль ортодонтических методов в лечении заболеваний пародонта.</li> <li>4) Рентгенографические признаки при заболеваниях пародонта. Их корреляция с величиной и видом патологических пародонтальных карманов.</li> </ol>	<p>научного общества стоматологов (ноябрь 1983 г.) принята следующая классификация.</p> <p>I. Гингивит – воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.</p> <p>Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.</p> <p>Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.</p> <p>Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.</p> <p>Распространенность: локализованный, генерализованный.</p> <p>II. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.</p> <p>Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.</p> <p>Течение: острое, хроническое, обострившееся</p>
--	--	--	--

			<p>(в том числе абсцердирующее), ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный.</p> <p>III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: хроническое, ремиссия. Распространенность: генерализованный.</p> <p>IV – Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.</p> <p>V Пародонтомы.</p> <p>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.</p>
--	--	--	--

			<p>Виды резорбации: горизонтальная, вертикальная, смешанная, лакунарная. В клинике резорбациямежа альвеолярных перегородок проявляется в виде образования пародонтальных карманов, суммарная величина которых с видимой атрофией, дает возможность составить представления об общей величине деструктивных процессов в пародонте.</p>
48.	ОПК-5	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</li> <li>4. Дифференциальная диагностика.</li> </ol> <p>Ваш план ортопедического лечения</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заеда (ангулярный хейлит).</li> <li>2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибком, травма. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного</li> </ol>

			<p>отсутствия зубов.</p> <p>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).</p> <p>4. - Заеда стрептококковая заразительна, она передается контактным путем - через посуду, полотенце и т.д. В анамнезе контакт с болеющим данной патологией, острое начало.</p> <p>- Грибковый стоматит проявляется чаще у лиц, пользующихся зубными протезами</p>
--	--	--	---

			<p>(съемными акриловыми и металлическими ). Излюбленная локализация гриба - углы полости рта, язык.</p> <p>Появляются трещины в углах рта, покрытые корочками. Язык складчатый, обложен.</p> <p>Грибковый стоматит характеризуется триадой: воспаление неба, языка и углов рта.</p> <p>- 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.</p> <p>- У лиц со сниженной высотой нижнего отдела лица в силу потери зубов или резкой генерализованной стираемости твердых тканей зубов при наличии условий к образованию</p>
--	--	--	--

			<p>заеды заболевание носит стойкий характер, так как у них в области углов рта образуются глубокие складки, поддерживающи е мацерацию тканей.</p> <p>5. 1) Специфическая противовоспалит ельная терапия (20% борный глицерин, 2% - р-р соды, нистатин в таблетках, тетрациклиновая мазь, антибиотики широкого спектра действия).</p> <p>2) Восстановление окклюзионной высоты путем рационального протезирования.</p>
49.	ОПК-5	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назначьте дополнительные методы исследования.</li> <li>3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.</li> <li>4. Ваш план ортопедического лечения.</li> </ol>	<p>Токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами.</p> <p>2. Спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на гриб Gandidaalbicans. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ,</p>

			<p>протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности и слизистых оболочек протезного поля.</p> <p>3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а также ткань слюнных желез, что приводит к изменению обмена гистамина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация.</p> <p>4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а также повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая</p>
--	--	--	--

			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.						
50.	ОПК-5	<p>Больной П., 43 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пережевывания пищи в результате травмы языка острым краем искусственной коронки.</p> <p><b>В полости рта:</b> Слизистая оболочка предверия 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:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">К</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p><b>Из анамнеза:</b> перед изготовлением коронки 44 был лечен по поводу кариеса, под коронкой зуб не беспокоил.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз. Дальнейшая Ваша тактика по лечению данного больного.</li> <li>2. Требуется ли дополнительное обследование, обоснуйте свой ответ.</li> <li>3. Перечислите возможные в данном случае ортопедические конструкции.</li> <li>4. Классификация несъемных протезов.</li> <li>5. Клинико-лабораторные этапы изготовления</li> </ol>	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		<p>1. Дефект твердых тканей 44. Очаговый травматический стоматит в области маргинального края десны и слизистой оболочки боковой поверхности языка справа. Требуется снятие коронки.</p> <p>2. Необходимо рентгенологическое обследование, т.к. после снятия коронки зуб изменен в цвете.</p> <p>3. а) штампованная коронка; б) цельнолитая коронка; в) комбинированная цельнолитая коронка (металлопластмассовая или металлокерамическая)</p>
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									

		<p>штампованной коронки.</p> <p>6. Клинико – лабораторные этапы изготовления цельнолитой коронки.</p> <p>7. Определение индекса ИРОПЗ.</p>	<p>4. III группы: вкладки, коронки, штифтовые зубы.</p> <p>Вкладки: металлические, фарфоровые, композитные, комбинированные.</p> <p>Коронки: фарфоровые, пластмассовые, цельнолитые, цельнолитые комбинированные, штампованные комбинированные, штампованные.</p> <p>Штифтовые конструкции: по Логану, Ильиной-Маркосян, Ричмонду, культовая штифтовая вкладка по Копейкину.</p> <p>5. 1) препарирование зуба</p> <p>2) получение слепка</p> <p>3) получение модели, гравировка шейки</p> <p>4) моделирование</p> <p>1) получение гипсового и металлического штампов</p> <p>2) подбор гильзы</p> <p>3) предварительная и окончательная штамповка</p>
--	--	--	--

					<p>4) припасовка коронки</p> <p>5) отбеливание и полировка</p> <p>10) фиксация коронки</p> <p>6. 1) препарирование, получение двуслойного слепка</p> <p>2) получение разборной комбинированной модели</p> <p>3) моделировка воском</p> <p>4) отливка</p> <p>5) припасовка на модели, затем в полости рта</p> <p>6) шлифовка, полировка</p> <p>7) фиксация</p> <p>7. Индекс ИРОПЗ – предложил В.Ю. Миликевич.</p> <p>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.</p>
51.	ОПК-6	Клиническая ситуация	Назначение/ мероприятие по контролю:		<p>1 – Б</p> <p>2 – Д</p> <p>3 – А</p> <p>4 – В</p> <p>5 – Г</p>
		А Назначение местных аппликаций реминерализующих и	1 Пациенту после фиксации металлокерамической коронки на жевательный зуб		

			десенситайзеров, контроль через 7-10 дней для оценки снижения чувствительности.		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-пародонтолога для выявления кандидоза,	4	Пациент с временным акриловым протезом на имплантатах в эстетически значимой зоне на этапе приживления.	

			коррекции конструкции протеза, возможное назначение местных увлажняющих и противогрибковых средств (гели, растворы).			
		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.	
52.	ОПК-6	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 металлокерамические коронки пациент испытывает	Б	Антигистаминные средства системного действия	

			значительную гиперестезию (повышенную чувствительность) 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	Д	Противовоспалительные нестероидные средства системного действия	

			избытком фиксирующего цемента в межзубном промежутке.			
53.	ОПК-6	Клиническая ситуация		Действия врача по назначению и контролю лечения		1 – Б 2 – Г 3 – В 4 – Д 5 – А
		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; рекоменд	2	Пациент с диагнозом «частичная вторичная адентия» после изготовления бюгельно	

			<p>овать профессиональную гигиену, ирригатор с антисептическим раствором (0,05% хлоргексидин); контроль через 1 неделю – оценка индекса гигиены и состояния десны.</p>		<p>го протеза проходит период адаптации. Жалуется на боль в опорных зубах при жевании.</p>		
		В	<p>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</p>	3	<p>У пациента после протезирования одиночной циркониевой коронкой на жевательный зуб появилась выраженная чувствительность (гиперестезия) к температурным раздражителям.</p>		

			терапии для оценки динамики .		
		Г	Назначить использование защитной каппы на ночь для предотвращения окклюзионной травмы; провести коррекцию окклюзионных контактов на временной коронке; контроль – осмотр через 1 неделю для оценки стабильности имплантата и состояния слизистой.	4	Пациент с металлокерамическим мостовидным протезом в боковом отделе нижней челюсти, установленным 5 лет назад, обратился с жалобами на кровоточивость и отек десны в области промежуточной части протеза.
		Д	Провести рентгенологический контроль (прицельный снимок) опорных зубов для оценки состояния пародонт	5	Пациенту после установки и дентального имплантата с немедленной нагрузкой временно

			а и краевого прилегания кламмеров; выполнить коррекцию (пришлифовывание) окклюзионных накладок протеза; назначить полоскание отваром ромашки; контроль – повторный осмотр через 3 дня.		коронкой рекомендовано соблюдение щадящего режима.									
54.	ОПК-6	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Клиническая ситуация</th> <th colspan="2">Назначения и меры контроля</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Немедикаментозное: Снятие коронки, рентгенодиагностика (прицельный снимок/КЛКТ) для оценки состояния периапикальных тканей и качества эндодонтического лечения. Медикаментозное:</td> <td>1</td> <td>Пациент с полным съемным протезом на верхней челюсти жалуется на постоянную сухость, жжение и гиперемия слизистой оболочки под всем базисом протеза. В анамнезе – прием гипотензивных препаратов.</td> </tr> </tbody> </table>			Клиническая ситуация		Назначения и меры контроля		А	Немедикаментозное: Снятие коронки, рентгенодиагностика (прицельный снимок/КЛКТ) для оценки состояния периапикальных тканей и качества эндодонтического лечения. Медикаментозное:	1	Пациент с полным съемным протезом на верхней челюсти жалуется на постоянную сухость, жжение и гиперемия слизистой оболочки под всем базисом протеза. В анамнезе – прием гипотензивных препаратов.		<p>1 – Б 2 – А 3 – В 4 – Д 5 – Г</p>
Клиническая ситуация		Назначения и меры контроля												
А	Немедикаментозное: Снятие коронки, рентгенодиагностика (прицельный снимок/КЛКТ) для оценки состояния периапикальных тканей и качества эндодонтического лечения. Медикаментозное:	1	Пациент с полным съемным протезом на верхней челюсти жалуется на постоянную сухость, жжение и гиперемия слизистой оболочки под всем базисом протеза. В анамнезе – прием гипотензивных препаратов.											

			По показани ям – назначен ие НПВП (наприме р, ибупрофе н) на 2-3 дня для купирова ния острого воспален ия. Контроль : После устранен ия причины (перелеч ивание каналов, коррекци я прикуса) – повторна я фиксация коронки и контроль через 7- 10 дней (опрос, перкусси я, при необходи мости – Rg- контроль ).				
		Б	Немедик аментозн ое: Коррекци я базиса протеза, рекоменд ация по использо ванию увлажня ющего геля- смазки	2	После фиксации металлокерамической коронки на премоляр пациент отмечает чувство «выросшего зуба», резкую боль при накусывании. Перкуссия болезненна.		

			<p>под протез и тщательной гигиене. Медикаментозное: Назначение препаратов местного действия (например, раствор/гель с клотримазолом) курсом на 10-14 дней. Контроль : Осмотр через 5-7 дней от начала лечения для оценки динамики (уменьшение гиперемии, жжения), мазок на Candida spp. при отсутствии улучшений.</p>		
		В	<p>Немедикаментозное: Срочное направление к стоматологу-хирургу/импланто</p>	3	<p>У пациента через 2 года после протезирования на имплантатах несъемным мостовидным протезом в области 36-37 зубов при осмотре выявлена отечность и цианоз десны, зонд легко проникает в периимплантатную борозду на глубину 6 мм с</p>

			логу, профессиональная гигиена с использованием пластиковых или титановых кюрет. Медикаментозное: Назначение местной антисептической терапии (орошения 0,12% хлоргексидином), в сложных случаях – системная антибиотикотерапия по решению врача. Контроль : Оценка индекса кровоточивости и глубины зондирования через 2 и 4 недели, регулярный Rg-мониторинг (1 раз в 6-12 мес.).		кровотечением.	
		Г	Немедикаментозное: Коррекция окклюзионных контактов	4	Пациент через неделю после препарирования зубов под виниры жалуется на сильную чувствительность к холодному и кислому, которая мешает приему пищи.	

			<p>протеза, временно е снижение жевательной нагрузки на эту сторону. Медикаментозное: Назначение против воспалительной терапии: аппликация геля с хлоргексидином/метронидазолом на десневую борозду, ротовые ванночки с антисептиками. Контроль : Осмотр и оценка состояния пародонта опорного зуба через 1 неделю, при сохраняющейся подвижности – шинирование или перепроектировка протеза.</p>			
		Д	<p>Немедикаментозное: Рекомендация по использованию</p>	5	<p>Пациентке с бюгельным протезом с кламмерной фиксацией в боковом отделе больно жевать на стороне протезирования. Осмотр выявил подвижность опорного</p>	

		зубной пасты для чувствительных зубов, щетки с мягкой щетиной. Медикаментозное: Назначение профессиональных аппликаций фторлака или десенсибилизера (например, на основе GLUMA) на чувствительные участки. Контроль: Опрос пациента о динамике чувствительности через 10-14 дней после процедуры, возможна повторная аппликация.		зуба I степени и гиперемию десневого края вокруг него.		
55.	ОПК-6	Соотнесите термины и определения:			1-Г, 2-А, 3-Д, 4-В, 5-Б	
		1	Процесс установки искусственных корней, которые служат опорой протезов	А	Съемные протезы	
		2	Конструкции, которые можно легко снять и надеть, часто	Б	Несъемные протезы	

		используется для замещения нескольких отсутствующих зубов			
		3	Процесс восстановления зуба с помощью специального материала для закрытия полостей или трещин	В	Ортопедическая диагностика
		4	Метод, позволяющий оценить состояние зубочелюстной системы и необходимость протезирования	Г	Зубные имплантаты
		5	Конструкции, которые фиксируются на зубах и не могут быть сняты пациентом самостоятельно	Д	Пломбирование
56.	ОПК-6	<p><b>Укажите правильную последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления штампованных коронок:</b></p> <p>А. Препарирование  Б. Изготовление штампа  В. Изготовление моделей  Г. Припасовка коронок  Д. Фиксация коронок  Е. Получение оттисков  Ж. Штамповка коронок  З. Полировка коронок</p>			А,Е,В,Б,Ж,З,Г,Д
57.	ОПК-6	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>В. Назначение немедикаментозного ортопедического лечения: определение показаний, снятие оттисков и изготовление разгружающей суставной каппы (окклюзионной шины). Объяснение пациенту режима ношения.</p> <p>Г. Определение целевых показателей для контроля эффективности: установление базовых значений (например,</p>			Г, Б, В, Д, А, Е

		<p>амплитуда открывания рта в мм, интенсивность боли по Визуально-Аналоговой Шкале — ВАШ, локализация болезненных мышечных узлов).</p> <p>Д. Оценка безопасности терапии: опрос пациента на предмет побочных эффектов от лекарств (например, сонливость, диспепсия) и проверка тканевой переносимости каппы (воспаление, натирание).</p> <p>Е. Выдача окончательных рекомендаций по поддерживающей немедикаментозной терапии (самомассаж, миогимнастика) и планирование сроков следующего контрольного осмотра.</p>	
58.	ОПК-6	<p>А. Оценка эффективности противогрибковой и противовоспалительной терапии: осмотр слизистой, решение вопроса о возможности снятия оттисков.</p> <p>Б. Назначение и контроль местной медикаментозной терапии: выписка противогрибковых и кератопластических средств, обучение пациента применению.</p> <p>В. Контроль состояния слизистой оболочки и фиксации протеза при сдаче готовой конструкции, повторное обучение гигиене.</p> <p>Г. Постановка диагноза и планирование этапного лечения: определение необходимости предварительной санации полости рта у стоматолога-терапевта.</p> <p>Д. Проведение немедикаментозной подготовки: профессиональная гигиена, коррекция старых протезов или их временное изъятие для разгрузки слизистой.</p> <p>Е. Назначение долгосрочной поддерживающей немедикаментозной терапии: рекомендации по гигиене нового протеза, режиму питания, контролю вредных привычек.</p> <p>Ж. Назначение симптоматической медикаментозной поддержки на период адаптации к новому протезу (при необходимости): гели для уменьшения дискомфорта, антисептики.</p>	Г, Д, Б, А, Ж, В, Е.
59.	ОПК-6	<p>А. Назначить контрольный осмотр через 7 дней для оценки полной эпителизации язвы и проверки коррекции протеза.</p> <p>Б. Провести коррекцию (пришлифовку) съемного протеза в области травмирующего элемента для устранения механической причины.</p> <p>В. Назначить местную медикаментозную терапию: аппликации кератопластического геля (например, на основе солкосерила) 2-3 раза в день после гигиены.</p> <p>Г. Выдать рекомендации по гигиене: тщательная очистка протеза, полоскание рта растворами антисептиков (хлоргексидин 0.05%) после еды, временное ограничение ношения протеза.</p> <p>Д. Провести диагностику: сбор анамнеза, осмотр (выявление гиперемии, язвы с воспалительным валиком), определение границ травмирующего базиса протеза с помощью копировальной бумаги.</p>	Д, Б, Г, В, А
60.	ОПК-6	<p>Пациентка Н., 58 лет, обратилась для протезирования.</p> <p>Диагноз: Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях (вторичная частичная адентия), осложненное хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в стадии ремиссии. Пациентка отмечает дискомфорт при жевании, эстетический дефект. Планируется изготовление частичных съемных пластиночных протезов.</p> <p>Задание: Установите последовательность действий врача-ортопеда.</p> <p>А. Назначение медикаментозной поддерживающей терапии (при необходимости) и рекомендаций по гигиене протезов.</p>	Д, В, Ж, Е, Г, А, Б

		<p>Б. Оценка отдаленных результатов протезирования, контроль состояния пародонта и тканей протезного ложа через 3-6 месяцев.</p> <p>В. Составление плана комплексного лечения, включая ортопедический этап и сопутствующую медикаментозную/немедикаментозную терапию.</p> <p>Г. Определение необходимости и назначение медикаментозной поддержки в адаптационном периоде (корректоры слюноотделения, местные антисептики, гелевые адгезивы, обезболивающие средства).</p> <p>Д. Первичный осмотр, постановка диагноза, оценка необходимости консультации смежных специалистов (пародонтолог, терапевт-стоматолог).</p> <p>Е. Контроль переносимости протезов, коррекция базисов, оценка эффективности жевания и эстетики на этапах примерок и при сдаче работы.</p> <p>Ж. Проведение немедикаментозной подготовки к протезированию (профессиональная гигиена, избирательное шлифование зубов, временное шинирование при показаниях).</p>	
61.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Вкладки применяются для:</b>  А. восстановления анатомической формы зуба и опоры мостовидного протеза  Б. опоры мостовидного протеза  В. опоры бюгельного протеза  Г. восстановления дефекта зуба более 60%</p>	<b>А</b>
62.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Соединение пластмассы с литым каркасом, при изготовлении металлоакрилового мостовидного протеза осуществляется за счет:</b>  А. формирования ретенционных пунктов с помощью шариков (перл)  Б. образования окисной пленки  В. взаимной диффузии материалов  Г. химического соединения</p>	<b>А</b>
63.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Толщина стенок корня при изготовлении штифтового зуба должна быть не менее:</b>  А. 1,5 мм  Б. 0,5 мм  В. 1 мм  Г. 2 мм</p>	<b>А</b>
64.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Под штифтовую конструкцию корень распломбировывается на:</b>  А. 2/3  Б. 1/2  В. 1/3  Г. 1/4</p>	<b>А</b>
65.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Корневой канал должен быть запломбирован:</b>  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</p>	<b>А</b>
66.	ОПК-6	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Исключите неверное требование, предъявляемое к штифтовым конструкциям:</b>  А. толщина корневого штифта 0,4 мм  Б. хорошо фиксироваться в корне посредством штифта</p>	<b>А</b>

		В. не препятствовать движениям нижней челюсти и удовлетворять эстетическим требованиям Г. плотно прилегать к поверхности корня для исключения травмы тканей окружающих его	
67.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ С помощью, каких инструментов распломбируют корневой канал:</b> А. шаровидных боров и ларго Б. колесовидных боров В. сепарационных дисков Г. шаровидных боров	<b>А</b>
68.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Цельнолитую культевую штифтовую вкладку изготавливают методом:</b> А. прямым и косвенным Б. штамповки В. косвенным Г. фабричным	<b>А</b>
69.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите противопоказания к выбору опорных зубов в мостовидном протезе:</b> 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	<b>А</b>
70.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Мостовидными протезами можно устранить:</b> 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	<b>А</b>
71.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Изготовление консольных мостовидных протезов показано:</b> 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	<b>А</b>
72.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите правильный метод установки нижней челюсти в положение центральной окклюзии:</b> 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 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	<b>А</b>
73.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ Выберите вспомогательные конструкционные материалы, применяемые для определения центральной</b>	<b>А</b>

		<b>окклюзии при изготовлении мостовидных протезов:</b> А. воск базисный Б. воск «Лавакс» В. альгинатный слепочный материал Г. силиконовый слепочный материал I тип вязкости	
74.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Укажите несуществующий тип литья:</b> А. воздушное Б. центробежное В. вакуумное Г. литье под давлением	<b>А</b>
75.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Укажите, какие из вышеперечисленных мостовидных протезов относятся к комбинированным:</b> А. металлокерамический и металлоакриловый Б. штампованно-паяный В. металлоакриловый Г. цельнолитой с напылением	<b>А</b>
76.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Частичный съёмный пластиночный протез по принципу передачи жевательного давления относится к конструкциям:</b> А. не физиологическим Б. полуфизиологическим В. физиологическим Г. опирающимся	<b>А</b>
77.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Мягкая подкладка в съёмном протезе показана при:</b> А. рецидивирующем афтозном стоматите Б. лейкоплакии В. кандидозе Г. красном плоском лишае	<b>А</b>
78.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Альгинатную слепочную массу замешивают на:</b> А. холодной воде Б. 3% р-ре поваренной соли В. горячей воде Г. 1% р-ре питьевой соды	<b>А</b>
79.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Укажите недостатки альгинатных оттисковых материалов:</b> А. быстрая усадка Б. пластичность В. эластичность Г. токсичность	<b>А</b>
80.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Признаки выдвижения нижней челюсти вперед при фиксации центрального соотношения челюстей, выявленные на этапе проверки конструкции съёмных протезов:</b> А. бугорковый контакт, сагиттальная щель между передними зубами Б. множественный контакт всех зубов В. смещение центральной линии влево Г. смещение центральной линии вправо	<b>А</b>
81.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти вперёд, в клинике наблюдается:</b> А. прогнатическое соотношение зубных рядов, просвет между фронтальными зубами Б. смещение центра нижнего зубного ряда вправо В. смещение центра нижнего зубного ряда влево	<b>А</b>

		Г. прогеническое соотношение зубов	
82.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Токсическое действие съёмного протеза вызывается:</b> А. избытком мономера Б. недостатком мономера В. избытком полимера Г. недостатком полимера	А
83.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Травматические протезные стоматиты возникают в результате:</b> 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
84.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>К огнеупорным массам относят:</b> А. бюгелит и силамин Б. репин В. силамин и сизласт Г. сизласт	А
85.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Места повышенного давления базиса бюгельного протеза на слизистую объективно можно выявить при помощи:</b> А. при помощи корригирующей массы эластического силикона Б. прицельной рентгенографии В. компьютерной томографии Г. визуально	А
86.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Укажите современный метод изготовления индивидуальных ложек:</b> А. полимеризация под действием ультрафиолетовых лучей в специальных камерах (лайт-бокс) Б. метод штамповки В. одномоментный, с использованием воска Г. литьевое прессование	А
87.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Окантовку оттиска проводят с целью:</b> 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	А
88.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>После наложения полных съёмных протезов отмечается сглаженность носогубных и подбородочных складок, стук зубов. Это объясняется:</b> А. повышением высоты прикуса Б. снижением высоты прикуса В. центральной окклюзией Г. боковой окклюзией	А
89.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают:</b> 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	А

		валиками, зафиксированные в артикулятор	
90.	ОПК-6	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>В течении какого периода времени наступает полная адаптация пациента к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому:</b> А. через 33 дня Б. через 1 неделю В. через 6 месяцев Г. через 1 год	<b>А</b>
91.	ОПК-6	<b>Продолжите предложение</b>  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/бензокаином)
92.	ОПК-6	<b>Продолжите предложение</b>  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)
93.	ОПК-6	<b>Продолжите предложение</b>  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 противовоспалительных средств)
94.	ОПК-6	<b>Продолжите предложение</b>  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)
95.	ОПК-6	<b>Продолжите предложение</b> Если после фиксации коронки у пациента развилась химическая ожоговая реакция десны из-за попадания ортофосфорной кислоты, первым неотложным действием будет длительное (10-15 минут) _____ пораженного участка проточной водой.	промывание (орошение)
96.	ОПК-6	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, 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?	1. Диагноз: Острый атрофический (псевдомембранный) кандидозный стоматит (протезный стоматит, «протезная молочница»). Хейлитангулярный (кандидозные заеды).

			<p>2. План лечения:</p> <p>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).</p> <p>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:</p> <p>Эффективность: Исчезновение жжения, боли; отсутствие белого налета; уменьшение гиперемии и сухости; заживление заед.</p> <p>Безопасность: Отсутствие признаков аллергии на препараты,</p>
--	--	--	---

			<p>побочных эффектов (тошноты от системного антимикотика). Контроль за соблюдением гигиены.</p>
97.	ОПК-6	<p>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 верхушки корня без видимых изменений. На рентгенограмме: вокруг верхушки корня 1.5 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами диаметром до 4 мм, признаки недопломбирования корневого канала.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Составьте план немедикаментозного и медикаментозного лечения.</li> <li>3. Как вы будете контролировать эффективность лечения через 6 месяцев?</li> </ol>	<p>1. Диагноз: Хронический периодонтит зуба 1.5 в стадии обострения. Несостоятельность корневой пломбы. Состояние после ортопедического лечения (коронка).</p> <p>2. План лечения:</p> <p>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.</p> <p>Медикаментозное: 1) Местное: Эндоканальная медикация (например, на основе комбинации антибиотиков, кортикостероидов и противогрибковых средств — «Триоксипаста»). 2) Системное (при выраженных симптомах): НПВП (ибупрофен) для</p>

			<p>снятия боли, короткий курс антибиотика (амоксциллин) при признаках периостита.</p> <p>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.</p>
98.	ОПК-6	<p>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.</p> <p>1. Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>2. Какое срочное немедикаментозное вмешательство необходимо провести?</p> <p>3. Назначьте медикаментозную терапию для купирования острого состояния и план дальнейшего контроля.</p>	<p>1. Диагноз: Острый травматический периодонтит зуба 3.4. Травма окклюзионной накладкой/плечом кламмера бюгельного протеза.</p> <p>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.</p> <p>3. Медикаментозная терапия и контроль:</p>

			<p>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.</p>
99.	ОПК-6	<p>Ситуация: Пациентка В., 45 лет, обратилась через 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите наиболее вероятные причины состояния.</li> <li>2. Назначьте план немедикаментозного и местного медикаментозного лечения.</li> <li>3. Какой метод объективного контроля эффективности лечения вы предложите?</li> </ol>	<p>1. Причины: 1) 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:</p> <p>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).</p>

			<p>Медикаментозное:</p> <p>1) Применение десенситайзеров (гелей или паст, закрывающих дентинные каналы) курсом.</p> <p>2) Аппликации противовоспалительных гелей (с хлоргексидином, метронидазолом) на десневой край.</p> <p>3. Метод объективного контроля:</p> <p>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.</p>
100.	ОПК-6	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте клиническую проблему.</p> <p>2. Какое основное немедикаментозное лечение показано пациенту? Какое медикаментозное лечение можно назначить для временного облегчения симптомов?</p> <p>3. Перечислите критерии безопасности и эффективности после проведения основного лечения.</p>	<p>1. Клиническая проблема:</p> <p>Болевой синдром и функциональная недостаточность полного съемного протеза на верхней челюсти, обусловленные неадекватностью протезного ложа (наличие болезненного небного торуса и выраженной атрофии альвеолярного гребня).</p> <p>2. Лечение:</p> <p>Основное немедикаментоз</p>

			<p>ное: Хирургическая подготовка – удаление небного турса (торусэктомия) для создания равномерного, неподвижного и безболезненного протезного ложа с последующим перепротезированием.</p> <p>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.</p> <p>3. Критерии после операции/перепротезирования:</p> <p>Эффективность: Отсутствие боли и воспаления под протезом; стабильная фиксация протеза; восстановление жевательной функции; отсутствие</p>
--	--	--	---

					<p>рецидива роста экзостоза (рентген-контроль).</p> <p>Безопасность: Отсутствие послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение); сохранение жизнеспособности слизистой оболочки; хорошая переносимость нового протеза.</p>
101.	ОПК-9	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

					протезирован ия, включая съемные и несъемные конструкции		
		5	Мостови дные протезы	Д	Конструкции, которые используются для соединения двух и более зубов с целью замещения одного или нескольких отсутствующи х зубов		
102.	ОПК-9	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	Г	Зубные имплантаты		

		оценить состояние зубочелюстной системы и необходимость протезирования				
		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	Протезирование	
103.	ОПК-9	Установите соответствие, последовательность лабораторных этапов изготовления пластмассовых мостовидных протезов:				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	
104.	ОПК-9	Соотнесите типы атрофии беззубых нижних челюстей по Келлеру:				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	
105.	ОПК-9	Соотнесите элементы мостовидного протеза и их функцию:				1-Б, 2-Г, 3-А 4-В
		1.	Опорная коронка	А	Обеспечивает жесткую или шарнирную связь между опорными элементами и телом протеза	
		2.	Промежуточная часть	Б	Передает жевательное давление на опорные зубы	
		3.	Соединители (ригидные/подвижные)	В	Распределяет нагрузку на пародонт, предотвращает проседание	

		ые)		протеза	
		4. Окклюзионная накладка	Г	Замещает отсутствующий зуб, восстанавливает эстетику и функцию жевания	
106.	ОПК-9	1. Этапы лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях ВНЧС: А. обследование Б. постоянное протезирование В.. постановка диагноза Г. изготовление окклюзионных шин Д. Избирательное пришлифовывание зубов			А В Д Б Г
107.	ОПК-9	в диагнозе больного с заболеванием ВНЧС указывают: А. сопутствующие заболевания; Б. основное заболевание; В. осложнения основного заболевания.			Б В А
108.	ОПК-9	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
109.	ОПК-9	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
110.	ОПК-9	Этапы определения центрального соотношения челюстей у больного с полной потерей зубов: А.определение центрального положения нижней челюсти; Б.определдние межальвеолярного расстояния; В.подготовка прикусных валиков; Г.скрепление моделей в центральном соотношении с помощью прикусных валиков; Д.нанесение ориентировочных линий на прикусных валиках; Е. дезинфекция и ополаскивание холодной водой восковых шаблонов с прикусными валиками.			Г В Б Е Д А

111.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>Что относится к клиническому методу обследования:</b></p> <p>а)опрос больного  б)внешний осмотр больного  в)обследование ВНЧС и жевательных мышц  г)обследование полости рта</p>	А Б В Г
112.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>Определить этапность консервативно-хирургического метода лечения периодонтита, как возможность сохранения зуба для использования под штифтовую конструкцию:</b></p> <p>а)эндодонтическое лечение проходимых каналов зуба  б)хирургическое вмешательство (гемисекция и ампутация корня)  в)временная стабилизация зубов или оставшихся сегментов (лигатура, быстротвердеющая пластмасса, шины, ортодонтические аппараты)  г)ортопедическое лечение</p>	А Б В Г
113.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ.</b></p> <p><b>Какие ведущие симптомы наблюдаются в клинической картине частичной потери зубов:</b></p> <p>а)нарушение непрерывности зубного ряда  б)появление двух групп зубов (функционирующей и нефункционирующей)  в)функциональная перегрузка отдельных зубов  г)деформация зубных рядов</p>	А Б В Г
114.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>Что является противопоказанием к изготовлению мостовидных протезов:</b></p> <p>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 ½</p>	А Б В Г
115.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>В качестве опор для несъёмных протезов используются:</b></p> <p>а)интактные зубы с непоражённым пародонтом  б)зубы, каналы которых запломбированы до верхушки  в)зубы, с изменениями в периапикальных тканях  г)имплантаты</p>	А Б Г

116.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи):</b></p> <p>а) ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми признаками</p> <p>б) незначительная атрофия альвеолярных отростков</p> <p>в) наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей</p> <p>г) преобладание вертикальных движений нижней челюсти</p>	А Б В Г
117.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>Какие лечебные цели преследует протезирование при полной потере зубов:</b></p> <p>а) восстановление функций жевания</p> <p>б) восстановление функции речи</p> <p>в) создание условий для нормальной деятельности ВНЧС</p> <p>г) восстановление внешнего вида больного</p>	А Б В Г
118.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>При оценке качества слепка для изготовления мостовидных протезов важны:</b></p> <p>а) рельеф зубодесневой бороздки по периметру каждого из опорных зубов</p> <p>б) отсутствие пор</p> <p>в) точность отображения тканей по переходной складке</p> <p>г) отсутствие размытых, нечётких отпечатков</p>	А Б Г
119.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>При отсутствии заболеваний пародонта изготовление мостовидных протезов допустимо при потере:</b></p> <p>а) от одного до четырех резцов</p> <p>б) клыка</p> <p>в) премоляров</p> <p>г) двух премоляров и одного моляра</p>	А Б В Г
120.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>При протезировании больных с полной адентией необходимо решить:</b></p> <p>а) как восстановить пропорции лица</p> <p>б) как укрепить протезы на беззубых челюстях</p> <p>в) как восстановить пищеварительную функцию</p> <p>г) как восстановить функцию жевания</p>	А Б В Г
121.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир:</b></p> <p>а) эстетический центр лица</p> <p>б) резцовый сосочек верхней челюсти</p>	А Б В Г

		в) линия клыков г) межальвеолярные линии улыбки	
122.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир:</b> а) альвеолярный отросток б) треугольник Паунда в) величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью г) челюстно-подъязычная линия	А Б В Г
123.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир:</b> а) альвеолярный отросток б) треугольник Паунда в) величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью г) челюстно-подъязычная линия	А Б В Г
124.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ</b> А) томография височно-нижнечелюстных суставов Б) панорамная рентгенография В) ортопантомография Г) рентгенокинематография	А
125.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД</b> А) рентгенологическое исследование Б) измерение высоты нижнего отдела лица В) анализ функциональной окклюзии Г) электромиографическое исследование	А
126.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</b> А) гемодинамики Б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области В) движения головок нижней челюсти Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава	А
127.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>	А

		<p><b>ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ</b></p> <p>А) штифтовой конструкции  Б) вкладки  В) полукоронки  Г) экваторной коронки</p>	
128.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>А) включенный дефект зубного ряда  Б) дефект естественной коронки зуба  В) повышенное стирание зубов  Г) пародонтит тяжелой степени</p>	<b>А</b>
129.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ</b></p> <p>А) вкладки  Б) полукоронки  В) штифтового зуба  Г) экваторной коронки</p>	<b>А</b>
130.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>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 Блеку</p>	<b>А</b>
131.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>ПОКАЗАНИЕ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА</b></p> <p>А) отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита  Б) множественный кариес  В) деформация зубных рядов  Г) артроз височно-нижнечелюстного сустава</p>	<b>А</b>
132.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p><b>ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ</b></p> <p>А) третьему  Б) первому  В) второму</p>	<b>А</b>

		Г) четвертому	
133.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА</b>          А) задняя треть твердого неба          Б) альвеолярный отросток          В) область поперечных складок          Г) область сагиттального шва</p>	<b>А</b>
134.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю.КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (В ЧАСАХ)</b>          А) 24          Б) 12          В) 48          Г) 72</p>	<b>А</b>
135.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ)</b>          А) от 1 до 16          Б) от 3 до 5          В) от 5 до 10          Г) от 6 до 14</p>	<b>А</b>
136.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА</b>          А) пластиночного при частичном отсутствии зубов          Б) консольного при частичном отсутствии зубов          В) несъемного мостовидного протеза          Г) пластиночного при полном отсутствии зубов</p>	<b>А</b>
137.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>СЪЕМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К</b>          А) нефизиологичным          Б) физиологичным          В) полуфизиологичным          Г) анатомо-физиологичным</p>	<b>А</b>
138.	ОПК-9	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p>	<b>А</b>

		<b>ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ</b> А) выбора пути введения бюгельного протеза Б) определения центральной окклюзии В) определения методики дублирования модели Г) выбора модели	
139.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</b> 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	<b>А</b>
140.	ОПК-9	<b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b> <b>ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К</b> А) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов Б) повышенному стиранию зубов-антагонистов В) множественному кариесу Г) флюорозу эмали	<b>А</b>
141.	ОПК-9	Форма повышенной стираемости твёрдых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и оральная поверхность зубов, называется_____.	Компенсированная
142.	ОПК-9	Форма повышенного стирания твёрдых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется_____.	Некомпенсированная
143.	ОПК-9	Форма повышенного стирания твёрдых тканей зубов, которая характеризуется снижением высоты нижнего отдела лица, называется_____.	1-медикаментозный, 2-ортопедический, 3-комбинированный
144.	ОПК-9	Вкладки не показаны при значениях ИРОПЗ_____.	менее 0,3 и более 0,6
145.	ОПК-9	Полость «МО» охватывает одновременно поверхности коронки зуба_____.	Медиальную и окклюзионную
146.	ОПК-9	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	1. Блок диагностических мероприятий обязательно должен включать в себя следующие методы: 1.1. Клиническое

		<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите план диагностических мероприятий;</li> <li>2. Поставьте диагноз;</li> <li>3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»;</li> <li>4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса;</li> <li>5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии;</li> <li>6. Объясните морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.</li> </ol>	<p>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</p>
--	--	--	---

			<p>зубных рядов (прикуса). Проводится оценка расположения уздечек верхней и нижней губ, языка, расположение и размер языка, изучение конфигурации неба.</p> <p>1.2. Специальные (дополнительные) методы диагностики:</p> <p>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.</p> <p>1.2.2. Антропометрические измерения гипсовых моделей</p>
--	--	--	---

			<p>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.</p> <p>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,</p>
--	--	--	--

			<p>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).</p> <p>1.2.4. Графические методы изучения формы зубных рядов проводят при помощи симметричности (изучение месторасположения зубов в трансверсальном</p>
--	--	--	---

			<p>и сагиттальном направлении). 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 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.</p>
--	--	--	--

			<p>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..</p> <p>1.2.6. Функциональные методы исследования мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта. К этим методам относятся электромиография, миотонометрия, артрофонография, реография, аксиография, периотестеметрия, реопарадоитография, электроодонтодиагностика, гнатодинамометрия, гнатография.</p> <p>2. Диагноз: Аномалия</p>
--	--	--	--

			<p>положения отдельных зубов (скученное 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).</p> <p>3. Тортоаномалия это поворот зуба вокруг вертикальной оси. Относится к аномалиям положения зубов.</p> <p>4. Множественный кариозный процесс на контактных поверхностях передних зубов связан с нарушением процесса самоочищения зубов и невозможностью</p>
--	--	--	---

			<p>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.</p> <p>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</p>
--	--	--	--

			<p>эффектом запоминания формы.</p> <p>Гарантия успеха зависит от последовательности выполнения следующих фаз ортодонтической коррекции ТПД:</p> <p>1) Нивелирование зубных рядов (достигается одинаковый уровень положения режущих краев резцоважевательных поверхностей боковых зубов;</p> <p>2) Выравнивание зубов (устраняются повороты зубов в горизонтальной и вертикальной плоскости);</p> <p>3) Коррекция кривой Шпее (нормализуется форма зубного ряда. Закрываются промежутки зубами. Достигается соотношение моляров и клыков по 1 классу);</p> <p>4) Заключительная фаза лечения (с применением интрамаксиллярных резиновых тяг достигаются множественные фиссурнобугорковые контакты);</p> <p>5) Ретенция.</p>
--	--	--	--

			<p>После проведения ортодантической коррекции необходимо провести реставрационные мероприятия на зубах передней группы с применением современных фотокомпозиционных материалов.</p> <p>6. Морфологические изменения при ортодонтической терапии происходят в: альвеолярной кости; периодонте; твердых тканях корня (возможно в дентине) по Райтену.</p> <p>При применении ортодонтической силы периодонт подвергается сдавлению на противоположной стороне приложения силы и растяжению на стороне приложения силы.</p> <p>Межальвеолярная, богатая соединительной и тяжами ткань, в дальнейшем приводит в действие синхронно оба процесса-рассасывание и</p>
--	--	--	---

			<p>наращивание альвеолярной кости. Благодаря изменениям в периодонте альвеолярная кость реагирует на:</p> <p>давление в результате резорбации кости;</p> <p>растяжение в результате оппозиции кости.</p> <p>Движение зуба оказывается возможным благодаря: перестройке связок</p> <p>рассасыванию и наращиванию альвеолярной кости</p> <p>сохранению целостности твердых тканей корня (цемента)</p> <p>изменению топографического положения зуба,</p> <p>происходящему во времени как всеохватывающей, хорошо скоординированный, синхронно управляемый биологический процесс.</p>
147.	ОПК-9	<p>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.</p> <p>При осмотре полости рта:</p> <p>а) Интактные зубные ряды;</p> <p>б) Наличие диастемы и трем между</p>	<p>1. Существует огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи</p>

		<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите классификации зубочелюстных аномалий с описанием принципа построения их;</li> <li>2. Поставьте диагноз;</li> <li>3. Расшифруйте понятие «Эджуайс-техника», перечислите виды брекет-системы, которые вы знаете;</li> <li>4. Ответьте на вопрос; «Возможно ли использование внеротовой тяги при лечении данной патологии?» Если возможно, то какой и с какой целью?</li> <li>5. Определите план профилактических мероприятий в ретенционном периоде с целью предупреждения развития рецидива и эффекта «двойного прикуса».</li> </ol>	<p>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 этиопатогенетические факторы их возникновения. В зависимости от принципа построения различают этиопатогенетические, функциональные и морфологические классификации.</p> <p>Этиопатогенетическая классификация Канторовича (1932 год) -эндогенные аномалии, вызванные наследственным и причинами (глубокий прикус, диастема); -экзогенные аномалии, вызванные внешними условиями</p>
--	--	---	--

			<p>(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 удается.</p> <p>Функциональная классификация А.Я. Катца (1933 год)</p> <p>В основу положено представление о формировании зубочелюстных аномалий в зависимости от функционального состояния мышц челюстно-лицевой области.</p> <p>1-ый класс характеризуется изменением строения зубных рядов впереди первых неомеров в результате превалирования вертикальных (дробящих) движений н/ч.</p> <p>2-ой класс свойственен 2 классу Энгля,</p>
--	--	--	--

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

			<p>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.</p> <p>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</p>
--	--	--	---

			<p>аномалиями. Классификация Х.А. Каламкарлова (1872 г.). Наиболее распространенно й 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.</p>
--	--	--	--

			<p>Классификация аномалий зубов и челюстей кафедры ортодонтии и детского протезирования ММСИ (1990 г.).</p> <p>В основу данной классификации легли данные А.А. Аникиенко и Л.И. Камышевой (1969 г.), авторы выделяют следующие основные виды аномалий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Аномалии зубов;</li> <li>2) Аномалии зубного ряда;</li> <li>3) Аномалии челюстей и их отдельных анатомических частей.</li> </ol> <p>2.</p> <p>Диагноз: Дистальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия. При постановке диагноза использовалась классификация Л.С. Персина (1989 г.)</p> <p>3.</p> <p>«Edqwise» в переводе с английского означает буквально «край в край», т.е. ортодонтические дуги, являющиеся основным</p>
--	--	--	--

			<p>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.</p> <p>Основные виды брекет-систем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-стандартная Эджуайс-техника;</li> <li>-техника сдвоенных дуг по Dr.Johnson (USA);</li> <li>-техника облегченных дуг по Dr.Begg (Австралия);</li> <li>-биопрогрессивная техника по Dr. Riecest (USA);</li> <li>-техника прямой дуги (США) по Dr. Alexander.</li> </ul> <p>4. При лечении данного вида патологии целесообразно использовать брекет-систему в сочетании с внеротовыми ортодонтически</p>
--	--	--	--

			<p>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 (преимущественно в ночное время), до тех пор пока 1 моляры не установятся по 1 классу.</p> <p>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</p>
--	--	--	---

			<p>аппаратах «Био-стар» или «Мини-стар» (Германия), в дальнейшем заменить данные аппараты несъемными ленточными или проволочными ретейнерами.</p>
148.	ОПК-9	<p>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.</p> <p><b>Объективно:</b> 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.</li> <li>2. Перечислите ошибки, допущенного при протезировании данного пациента.</li> <li>3. Перечислите этапы определения центрального соотношения.</li> <li>4. Приведите классификацию зон податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду.</li> <li>5. Как классифицируется протезное ложе верхней и нижней челюсти, в зависимости от степени податливости слизистой (по Супли).</li> <li>6. Перечислите фазы адаптации к съемным протезам.</li> </ol>	<p>1) Диагноз: Снижение высоты нижней трети лица при протезировании съемными протезами при полной потере зубов.</p> <p>В условии задачи перечислены объективные и субъективные признаки, подтверждающие этот диагноз (выраженность носогубных складок, чувство усталости в челюстно-лицевой области после приема пищи, боли в области ВНЧС и т.д.).</p> <p>2) При протезировании данного пациента была допущена ошибка на этапе определения высоты нижней трети лица. Уменьшение высоты нижней трети лица могло произойти в момент</p>

			<p>проведения окклюзионных коррекции.</p> <p>3) Этапы определения центрального соотношения.</p> <p>1. Припасовка верхнего прикусного валика на восковом базисе.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коррекция вестибулярной его поверхности для восстановления объемности верхней губы;</li> <li>- коррекция высоты прикусного валика во фронтальном участке относительно длины верхней губы.</li> </ul> <p>2. Определение высоты физиологического покоя и высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения.</p> <p>3. Формирование протетической плоскости, параллельной камперовской горизонтали. Припасовка нижнего прикусного валика к верхнему.</p> <p>5. Фиксация высоты нижней трети лица в</p>
--	--	--	--

			<p>состоянии центрального соотношения.</p> <p>6. Нанесение антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика.</p> <p>4) Классификация по Лунду:</p> <p>1. Медиальная фиброзная зона.</p> <p>2. Периферическая фиброзная зона.</p> <p>3. Зона небных складок.</p> <p>4. Зона железистых полей (дистальная половина твердого неба).</p> <p>5) Классификация по Суппли:</p> <p>1. Твердый рот.</p> <p>2. Рыхлый рот.</p> <p>3. Болтающийся рот.</p> <p>4. Идеальный рот.</p> <p>6) Фазы адаптации к съемным протезам</p> <p>1. Фаза возбуждения.</p> <p>2. Фаза неполного торможения.</p> <p>3. Фаза полного торможения.</p>
149.	ОПК-9	<p>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</p>	<p>1. Виды расстановки искусственных зубных рядов - по стеклу (Гизи-</p>

		<p>пищи. Других жалоб не предъявляет.</p> <p>При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?</li> <li>2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?</li> <li>3. Фазы адаптации к съемным протезам?</li> <li>4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.</li> <li>5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.</li> <li>6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия? Перечислить последовательность этапов данного метода.</li> </ol>	<p>Васильеву)</p> <p>- по сферам</p> <p>- по индивидуальным окклюзионным кривым.</p> <p>2.Первая фаза - фаза возбуждения.</p> <p>3.Фазы адаптации:</p> <p>а) возбуждения</p> <p>б) неполного торможения</p> <p>в) полного торможения.</p> <p>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.</p> <p>5.Зона мышечного равновесия может быть расположена вестибулярно от гребня альвеолярного отростка, лингвально, соответствовать положению гребня альвеолярного отростка.</p> <p>6.Зону мышечного равновесия</p>
--	--	---	--

			возможно определить путем функционального оформления вестибулярной поверхности краев базисов съемных протезов или индивидуальных ложек.
150.	ОПК-9	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?</li> <li>2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.</li> <li>3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.</li> <li>4. Дать определение понятию физиологический покой.</li> <li>5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.</li> <li>6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.</li> </ol>	<p>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.</p> <p>2. Накожные</p>

			<p>         точки -          подносная 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          антропометриче          ских ориентиров          на          вестибулярную          поверхность          верхнего валика.          4. Положения          нижней          челюсти,          относительно          верхней,          характеризующи          еся          расслабленным       </p>
--	--	--	--

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

			<p>атрофия а/о; мышцы прикрепляются у основания а/о.</p> <p>II тип: выраженная равномерная атрофия а/о.</p> <p>III тип: выраженная равномерная атрофия а/о в боковых отделах.</p> <p>IV тип: выраженная атрофия а/о во фронтальном участке.</p> <p>6. Виды функциональных оттисков.</p> <p>1.Компрессионные.</p> <p>2.Декомпрессионные.</p> <p>3.Комбинированные.</p>																
151.	ПК-2	<p>Соотнесите ошибки и их причины при изготовлении частичных съемных протезов:</p> <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																
152.		<p>Соотнесите этапы изготовления штампованной коронки с их содержанием:</p> <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 Лаборатор</td> <td>Б</td> <td>Б) Штамповка коронки на металлическом штампе</td> </tr> </table>	1	I Клинический этап	А	А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели	2	I Лаборатор	Б	Б) Штамповка коронки на металлическом штампе	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б								
1	I Клинический этап	А	А) Изготовление металлического штампа и гипсовой модели																
2	I Лаборатор	Б	Б) Штамповка коронки на металлическом штампе																

			ный этап			
		3	II Клинический этап	В	В) Препарирование зуба и получение оттиска	
		4	II Лабораторный этап	Г	Г) Припасовка коронки в полости рта	
153.		<p>Установите соответствие клинических этапов изготовления съемных пластиночных протезов:</p>				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	
154.		<p>Соотнесите вид кламмера и его название:</p>				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	Д	Кламмер Кемени	

		одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры)																							
155.		<p>Установите соответствие между осложнением и причиной:</p> <table border="1"> <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																						
156.	ПК-2	<p><b>Продолжите предложение</b> К микропротезам относятся _____</p>			вкладки, штифтовые вкладки, полукоронки, интрадентальные и парапульпарные несъемные конструкции																				
157.	ПК-2	<p><b>Продолжите предложение</b> Вкладки могут быть _____</p>			композитные, фарфоровые, металлические, комбинированные																				
158.	ПК-2	<p><b>Продолжите предложение</b> В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры</p>			Ней №4																				
159.	ПК-2	<p><b>Продолжите предложение</b> В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры</p>			Ней №1																				
160.	ПК-2	<p><b>Продолжите предложение</b></p>			возможность																				

		<p>Положительным при использовании сохраненного корня зуба является</p>	<p>использование 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</p>
161.		<p>Этапы получения анатомических слепков включает:</p> <p>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.</p>	ВБГЗАЕЖ
162.		<p>Укажите правильную последовательность комплексного лечения болезней пародонта:</p> <p>А.Ортодонтическое лечение;  Б.Физиотерапевтическое лечение;  В.Временное шинирование;  Г.Кюретаж;  Д.Избирательнаяпришлифовка зубов;  Е.Постоянное шинирование;  Ж.Протезирование зубов и зубных рядов.</p>	ВДГБАЕЖ
163.		<p>Обследование больного с патологической стираемостью зубов проводят в следующей последовательности:</p> <p>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</p>	БГАДВЕИЖКЗ

		<p>челюстей;  З.Электомиография жевательных мышц;  И.Электроодонтодиагностика;  К.Томография ВНЧС.</p>	
164.		<p>Укажите правильную последовательность препарирования зубов под безметалловую коронку.</p> <p>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.</p>	ДАБГВ
165.		<p>Укажите правильную последовательность клинических этапов протезирования пациентов с полной потерей зубов:</p> <p>А.Припасовка индивидуальных ложек и 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.</p>	БАГВЕД
166.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Способы изготовления вкладки</b>  А. прямой и косвенный  Б. прямой и комбинированный  В. косвенный и комбинированный  Г. все перечисленные</p>	А
167.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Заключительным лабораторным этапом изготовления МК МП с гирляндой является:</b>  А. полировка  Б. заключительный обжиг  В. припасовка на модели  Г. глазуровка</p>	А
168.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Не препарировать опорные зубы с уступом при изготовлении мостовидного протеза:</b>  А. штампованно-паяного  Б. пластмассового  В. металлокерамического;  Г. металлоакрилового</p>	А
169.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>При препарировании опорных зубов в металлокерамическом мостовидном протезе во</b></p>	А

		<p><b>фронтальном отделе целесообразно расположение уступа:</b>  А. поддесневое  Б. наддесневое  В. на уровне десневого края  Г. можно без уступа</p>	
170.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Для снятия рабочих оттисков при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов используется оттискной материал:  А. силиконовый  Б. альгинатный  В. гидроколлоидный  Г. термопластический</p>	А
171.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  Для снятия рабочих оттисков при изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов используется оттискной материал:  А. альгинатный  Б. гидроколлоидный  В. силиконовый  Г. полиэфирный</p>	А
172.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  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</p>	А
173.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  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</p>	А
174.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  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</p>	А
175.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  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</p>	А
176.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный</b></p>	А

		<p><b>ответ</b>  Через сколько лет съёмные протезы подлежат замене:  А. 3-5 лет  Б. 1 год  В. 2 года  Г. 6-7 лет</p>	
177.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Устранение декубитальных язв на альвеолярном отростке начинают с:</b>  А. повторной полимеризации протеза  Б. коррекции протеза  В. клинической перебазировки протеза  Г. лабораторной перебазировки протеза</p>	А
178.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>В плече опорно-удерживающего кламмера различают:</b>  А. ретенционную и стабилизирующую часть  Б. гнутую часть  В. литую часть  Г. ретенционную часть</p>	А
179.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть:</b>  А. 5 – 8 мм  Б. 1 – 2 мм  В. 3 – 4 мм  Г. 9 – 10 мм</p>	А
180.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Толщина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть:</b>  А. 1,0 – 1,5 мм  Б. 2,0 – 2,5 мм  В. 3,0 – 3,5 мм  Г. 4,0 – 4,5 мм</p>	А
181.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Ширина дуги бюгельного протеза на нижней челюсти должна составлять (в мм):</b>  А. 2-3  Б. 1-1,5  В. 4-4,5  Г. 2-2,5</p>	А
182.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (в мм):</b>  А. 0,5-1  Б. 1,5-2  В. 0,2-0,3  Г. на 0,2</p>	А
183.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Как располагается дуга бюгельного протеза на нижней челюсти, при отвесной форме альвеолярного гребня:</b>  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</p>	А
184.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный</b></p>	А

		<p><b>ответ</b>  <b>Пациентам с бруксизмом бюгельные протезы необходимо:</b>          А. снимать на ночь          Б. пользоваться круглосуточно          В. снимать периодически          Г. снимать один раз в неделю на ночь</p>	
185.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Ручку в индивидуальных ложках располагают:</b>          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</p>	А
186.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Для разгрузки функционального оттиска индивидуальные ложки можно подготовить следующим образом:</b>          А. перфорировать или снять слой пластмассы в местах разгрузки          Б. утолстить          В. снять слой пластмассы в местах разгрузки          Г. покрыть изоколом</p>	А
187.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Наиболее удобным методом формирования окклюзионной плоскости при полной потере зубов является:</b>          А. применение аппарата Ларина          Б. по носоушной и зрачковой горизонтали          В. по методу Паунда          Г. помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти</p>	А
188.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Укажите необходимое количество лабораторных этапов для изготовления полных съемных протезов:</b>          А. 4          Б. 3          В. 5          Г. 6</p>	А
189.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Укажите необходимое количество клинических этапов для изготовления полных съемных протезов:</b>          А. 5          Б. 3          В. 4          Г. 6</p>	А
190.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b>  <b>Различают следующие фазы адаптации к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому:</b>          А. раздражения, частичного торможения, полного торможения          Б. предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации          В. полной адаптации, раздражения, стабилизации</p>	А

		Г. стабилизации, частичной адаптации, полного торможения							
191.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени для восстановления межжкклюзионной высоты применяют:</p> <p>А. назубные пластмассовые каппы и зубодесневые каппы  Б. зубодесневые каппы  В. бюгельные протезы  Г. частичные съёмные протезы</p>	А						
192.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>При третьей степени патологической стертости зубов показано применение:</p> <p>А. штифтовых культевых вкладок и цельнолитых коронок  Б. вкладок и накладок  В. штифтовых культевых вкладок  Г. штампованных коронок</p>	А						
193.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Зубодесневая каппа применяемая для увеличения межжкклюзионной высоты является конструкцией:</p> <p>А. съёмной  Б. несъёмной  В. ортодонтический  Г. двучелюстной</p>	А						
194.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени повышение межжкклюзионной высоты одновременно возможно:</p> <p>А. на 1-2 мм  Б. на 3-4 мм  В. 5 и более мм  Г. 6-8 мм</p>	А						
195.	ПК-2	<p><b>Прочитайте текст и выберите правильный ответ</b></p> <p>Ортопедическое лечение декомпенсированной формы патологической стертости твердых тканей зубов проводится:</p> <p>А. в два этапа  Б. в один этап  В. в три этапа  Г. в четыре этапа</p>	А						
196.	ПК-2	<p>Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.</p> <p><b>В полости рта:</b> Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3</td> <td style="text-align: center;">4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3</td> <td style="text-align: center;">4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <p>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</p>	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	<p>1. Дефект твердых тканей 1, Шкл. по Блеку.</p> <p>2. ИРОПЗ до 0,5 – 0,6 – вкладка более 0,6 – до 0,8 – коронка более 0,8 – штифтовая</p>
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							

	<p>сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная.</p> <p><b>Из анамнеза:</b> 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда.</li> <li>2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?</li> <li>4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?</li> <li>5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.</li> <li>6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.</li> </ol>	<p>конструкция</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Провести рентгенологические исследования .</li> <li>4. Коронки изготавливают: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба.</li> <li>2) для восстановления его анатомической формы.</li> <li>3) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов.</li> <li>4) При изменении цвета коронки зуба при некариозных поражениях вследствие некроза пульпы.</li> <li>5) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба.</li> </ol> </li> </ol>
--	--	--

			<p>6) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона)</p> <p>7) Коронка как носитель лекарственного вещества</p> <p>8) Для шинирования зубов.</p> <p>5. По способу изготовления :</p> <p>Литые; штампованные; полученные путем полимеризации ; полученные путем обжиг. По материалу: металлические, пластмассовые, фарфоровые, комбинированные. Самой эстетичной будет фарфоровая коронка.</p>						
197.	ПК-2	<p>Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа.</p> <p><b>Объективно:</b> конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула;</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>П</b></td> </tr> </table> <p>Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более 1/2 жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещается контактный пункт между 47 и 46 отсутствует,</p>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3	<b>П</b>		<p>1. Дефект коронки 46, Пкл. по Блеку. ИРОПЗ 0,5</p> <p>2. Требуется изготовление вкладки</p> <p>3. Показания:</p> <p>6) предупреждение дальнейшего разрушения тканей зуба</p> <p>7) восстановление анатомической формы зуба</p>
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3								
<b>П</b>									

	<p>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.</p> <p><b>Из анамнеза:</b> Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ.</li> <li>2. Выберите конструкцию микропротеза.</li> <li>3. Перечислите показания к изготовлению вкладки.</li> <li>4. Назовите особенности формирования полости под вкладку.</li> <li>5. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок.</li> <li>6. Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8) Как опора мостовидных протезов</li> <li>9) При замковой системе фиксации съемных протезов.</li> </ol> <p>4. Принцип формирования полости под вкладку.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Все наружные стенки полости должны дивергировать.</li> <li>2) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба.</li> <li>3) Профилактическое расширение полости</li> <li>4) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению</li> <li>5) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых твердых тканей</li> <li>6) Образование фальца (скоса) в пределах эмали</li> <li>7) Расположение полости в пределах не только эмали, но и дентина.</li> <li>8) Создание</li> </ol>
--	---	---

			<p>дополнительной площадки на боковой поверхности зуба</p> <p>5. а) Металлы: золото 750 пробы, серебряно- палладиевый сплав, кобальто- хромовый сплав б) фарфор в) композитные г) комбинированн ые</p> <p>6. I Формирование полости под вкладку</p> <p>1) прямой способ 2) косвенный способ</p> <p>а) моделирование из воска</p> <p>а) снятие оттиска б) выведение восковой репродукции б) получение модели и вкладки из полости</p> <p>моделировка вкладки в) отливка вкладки г) припасовка в полости рта д) фиксация вкладки</p> <p>7. Подготовка полости начинают с сепарации заканчивая её у шейки зуба,</p>
--	--	--	--

			<p>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 <math>\frac{1}{2}</math> жевательной поверхности, а в премолярах создают дополнительную полость на противоположной половине жевательной поверхности в форме ласточкиного хвоста.</p>
198.	ПК-2	<p>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.</p> <p><b>Объективно:</b> При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области</p>	<p>1. Дефект твердых тканей <math>\perp</math> <u>1</u>, срединный поперечный перелом корня <math>\perp</math> <u>1</u>, с разрывом пульпы.</p> <p>План</p>

	<p>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.</p> <p><b>Зубная формула:</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> </table> <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.</li> <li>2. Классификации травматических повреждений зубов.</li> <li>3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба.</li> <li>4. Расскажите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.</li> </ol>	87654321	12345678	87654321	12345678	<p>лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом и активным штифтом .</p> <p>2. Классификация переломов коронки и.</p> <p>По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением пульпы, г) полный отлом коронки.</p> <p>По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный.</p> <p>Классификация переломов корней.</p> <p>По целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы.</p> <p>По локализации: а)</p>
87654321	12345678					
87654321	12345678					

			<p>пришееч ный, б) срединны й, в) верхушеч ный.</p> <p>По направлению: а) поперечный, б) косо́й, в) продольный, г) множественны й (оскольчатый).</p> <p>По положени ю: а) без смещения , б) со смещение м.</p> <p>3.</p> <p>Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевы м 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.</p> <p>4. Диагностика перелома, формирован ие в устьевой части амортизацио нной полости, расширение корневого канала, моделирован ие восковой</p>
--	--	--	--

			<p>композиции культевой вкладки, введение резбового штифта и создание внутрикультевого канала, выведение штифта и введение трубчатой заготовки, замена воска на металл, припасовка и фиксация культевой вкладки и резбового штифта, с одновременной репозицией отломков корня</p>						
199.	ПК-2	<p>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.</p> <p><b>Объективно:</b> 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.</p> <p>Зубная формула:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">7654321</td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">1234567</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">7 4321</td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">1234 7</td> </tr> </table> <p>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,</p>	7654321		1234567	7 4321		1234 7	<p>1. 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.</p> <p>2. Показания: - для восстановления коронковой части зуба при полном ее отсутствии или</p>
7654321		1234567							
7 4321		1234 7							

		<p>корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается.</p> <table border="1" data-bbox="710 264 1145 338"> <tr> <td>7654321</td> <td>1234567</td> </tr> <tr> <td>4321</td> <td>1234 7</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.</li> <li>2. Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций.</li> <li>3. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации?</li> <li>4. Назовите требования, предъявляемые к корням зубов.</li> <li>5. Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций.</li> <li>6. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.</li> </ol>	7654321	1234567	4321	1234 7	<p>значительном разрушении (ИРОПЗ 0,8 и более);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в качестве опоры мостовидного протеза;</li> <li>- для шинирования зубов при заболеваниях пародонта;</li> <li>- для фиксации внутриальвеолярных переломов корня;</li> <li>- при аномалиях положения передних зубов у взрослых, когда невозможно провести ортопедическое лечение;</li> <li>- для армирования депульпированных зубов.</li> </ul> <p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- некупированные патологические изменения в периапикальных тканях;</li> <li>- непроходимость корневых каналов;</li> <li>- короткие корни с истонченными стенками;</li> <li>- атрофия костной ткани альвеолярного отростка 3 и 4 степени.</li> </ul>
7654321	1234567						
4321	1234 7						

			<p>- разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины;</p> <p>- дефект какой-либо из стенок корня, равный или большой 1/4 величины корня;</p> <p>- подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени.</p> <p>3. Препаровка, моделировка культевой штифтовой вкладки из воска или быстротвердею щей пластмассы, получение металлической композиции культевой вкладки, припасовка и фиксация культевой вкладки. Культевая вкладка с внутрикультевы ми каналом, разборная, неразборная, культевые штифтовые вкладки, стандартные штифты.</p> <p>4. Требования: - канал корня должен быть хорошо проходим на протяжении,</p>
--	--	--	---

			<p>равном длине штифта; околоврехушечная 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.</p> <p>5.</p> <p>Перфорация корня, раскол корня, острый периодонтит, поломка внутрикорневого штифта, отлом облицовки, расцементировка штифтовой конструкции, расцементировка покровной конструкции.</p> <p>6.</p> <p>Подготовка корней; припасовка дополнительного металлического штифта; моделировка восковой композиции</p>
--	--	--	---

			культевой вкладки с созданием внутрикультевого канала и введение трубчатой заготовки; замена воска на металл; припасовка и фиксация штифтовой конструкции.				
200.	ПК-2	<p>Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.</p> <p><b>Анамнез:</b> Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес.</p> <p><b>Объективно:</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">87004321</td> <td style="text-align: center;">12340078</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">07654321</td> <td style="text-align: center;">12345000</td> </tr> </table> <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.</li> <li>2. Указать причину возникновения деформаций.</li> <li>3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> </ol>	87004321	12340078	07654321	12345000	<p>1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях.</p> <p>2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса.</p> <p>3) - нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка</p>
87004321	12340078						
07654321	12345000						

			<p>отдельных групп зубов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- деформация зубных рядов.</li> <li>- нарушения функции жевания, речи и эстетических норм.</li> <li>- нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.</li> </ul> <p>4. Укорочение клинической коронки <math> 4\ 7\ 8</math>, на верхнюю челюсть мостовидный протез с опорой на <math> 3\ 4\ 7</math> на нижнюю бюгельный протез с покрытием <math> 5</math> бюгельной коронкой.</p>
--	--	--	---

Разработан:  
доцент кафедры  
ортопедической стоматологии

О.Ю.Хорев