

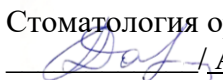
**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.08.75

Стоматология ортопедическая

 / А.А. Долгалев /
«21» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой ортопедической
стоматологии

 / А.А. Долгалев /
«21» мая 2025 г.

Фонд оценочных средств по клинической практике 3

Наименование дисциплины

Ортопедическая стоматология

Направление подготовки

31.08.75

Стоматология ортопедическая

Направленность (профиль)

Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения

Очная

Год начала подготовки

2025

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

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

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наимено вание компетен ций	Задание		Верный вариант
1.	УК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.		A-1 Б-6,7,8,9,10, 11, 12
		Причины образования ложного	Характер причин	

		сустава нижней челюсти				
		А	общие	1.	туберкулез	
		Б	местные	2.	стенокардия	
				3.	сахарный диабет	
				4.	хронический пиелонефрит	
				5.	анемия	
				6.	недостаточная иммобилизация отломков	
				7.	обширные разрывы мягких тканей и их внедрение между отломками	
				8.	раннее снятие шин	
				9.	дефект кости в области перелома более 2 см	
				10.	отслоение надкостницы в области перелома на большом протяжении	
				11.	травматический перелом	
				12.	находящийся в линии перелома зуб	
2.	УК-1	Заболевание височно- нижнечелюстн о сустава:		Характер заболевания:		
		1	артроз	А	обусловлен окклюзионны ми и функциональн ыми факторами	
		2	артрит	Б	воспалительн ый	
		3	мышечно- суставная дисфункци я	В	дистрофическ и- дегенеративн ый	
3.	УК-1	Установите правильную последовательность при сборе анамнеза у пациента: А.уточнение жалоб пациента на состояние				Г А Ж Д В Б Е

		зубочелюстной системы Б.выяснение аллергологического анамнеза В.сбор анамнеза жизни (перенесенных и сопутствующие заболевания) Г.уточнение паспортных данных пациента Д.сбор стоматологического анамнеза (предыдущее лечение, протезирование) Е.выяснение условий труда и вредных привычек Ж.уточнение давности и динамики жалоб	
4.	УК-1	Установите правильную последовательность действий при снятии силиконового слепка? А.подготовка слепочной ложки (подбор, примерка, нанесение адгезива) Б.удаление слепка из полости рта после полимеризации материала В.введение коррегирующего (жидкого) силикона в полость рта Г.осмотр и оценка качества полученного слепка Д.замешивание базисного (плотного) силиконового материала Е.заполнение слепочной ложки базисным силиконовым материалом Ж.установка ложки с базисным слепком в полости рта З.нанесение коррегирующего силикона на препарированные зубы И. создание пространства под коррегирующий слой (при необходимости – использование разделительного слоя)	АДЕЖИЗВБ Г
5.	УК-1	Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется _____	реопародонтография
6.	УК-1	В реограмме различают восходящую часть _____ и нисходящую _____.	анакрота, катакрота
7.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают А. с выяснения жалоб Б.с осмотра полости рта В.с анамнеза жизни Г.с анамнеза болезни	А.
8.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии А.центральной Б.боковой В. передней	А

9.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Центральная окклюзия определяется признаками А. зубным, суставным, мышечным Б.лицевым, глотательным, зубным В.язычным, мышечным, суставным	А
10.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее часто используемый метод исследования А.рентгенологический Б.цитологический В.гистологический Г. при травматических повреждениях челюстно-лицевой области	А
11.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При заполнении истории болезни врач-стоматолог-ортопед в графе «Перенесенные и сопутствующие заболевания» обращает внимание А.все ответы верны Б. заболевания эндокринной системы В. перенесенные инфекционные заболевания Г. болезни сердечно-сосудистой системы Д.нервно-психические заболевания Е. на патологию желудочно-кишечного тракта	А
12.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Зондирование НЕ дает возможность А. оценить состояние верхушечного периодонта выявить патологию прикуса Б. обнаружить кариозную полость В. выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба Г. определить глубину пародонтального кармана	А
13.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Анатомический слепок снимают с челюсти А. стандартной ложкой Б. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб В. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб	А
14.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Одонтопародонтограмма дает возможность судить А. о состоянии костной ткани пародонта Б. о состоянии слизистой оболочки полости рта В. о степени подвижности зубов	А
15.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В связи с полной утратой зубов жевательные мышцы: А. атрофируются Б. гипертрофируются В. гипотрофируются Г. деформируются	А
16.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В связи с полной потерей зубов угол нижней челюсти:	А

		А.увеличивается Б.уменьшается В.деформируется Г.не изменяется	
17.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На верхней челюсти при полной потере зубов происходит атрофия альвеолярного отростка: А.вестибулярной части Б.небной части В.язычной и небной части	А
18.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления культевой коронки: А. тотальное разрушение коронковой части зуба подвижность зуба третьей степени Б. восстановление дефекта зубного ряда В. ИРОПЗ = 0,4 Г. ИРОПЗ = 0,6 Д. подвижность зуба третьей степени	А
19.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления литой цельнометаллической коронки: А. использование зуба для опоры мостовидного протеза изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В. ИРОПЗ = 0,4 Г. изменение цвета зуба Д. тотальное разрушение коронковой части зуба	А
20.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления металлокерамической коронки: А.изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В.ИРОПЗ = 0,4 Г.глубокий патологический Г. тотальное разрушение коронковой части зуба	А
21.	УК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Показания для изготовления металлопластмассовой коронки: А. изменение цвета зуба Б. подвижность зуба третьей степени В. ИРОПЗ = 0,4 Г. глубокий патологический прикус Д. тотальное разрушение коронковой части зуба	А
22.	УК-1	Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу-ортопеду. Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность. Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37. Месяц	1) Частичная потеря зубов верхней челюсти (3-й класс по Кеннеди), частичная потеря зубов нижней челюсти (3-й класс по

		тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса. Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога. <table><tr><td>7004321</td><td>1234067</td></tr><tr><td>7054321</td><td>1234007</td></tr></table> Десневые сосочки в области <table><tr><td>321</td><td>123</td></tr><tr><td>321</td><td>123</td></tr></table> гиперелированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени. Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени 1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения. 3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести. Причины возникновения генерализованных форм парадонтита.	7004321	1234067	7054321	1234007	321	123	321	123	Кеннеди), генерализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии обострения. 2) Убрать над и под десневой зубной камень, сделать глубокий кюретаж, изготовить мостовидный протез с опорой на в/ч 34 67, на н/ч бюгельный протез. 3) Рентгенологически обнаруживается как горизонтальная, так и вертикальная резорбция межзубной перегородки до 1/3 длины корня. 4) Действие зубной бляшки, зубных отложений. Предрасполагающие факторы нарушения барьерной функции пародонта и ослабление защитных сил организма.
7004321	1234067										
7054321	1234007										
321	123										
321	123										
23.	УК-1	Больная жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов, появившуюся более года назад, отсутствие боковых зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, появление промежутков между фронтальными зубами верхней челюсти. Жевательные зубы удалены 2-3 года назад в связи с их разрушением. Отмечается выраженность носогубных и подбородочных складок. 1) Поставьте предварительный диагноз.	В соответствии с постановлением XVI пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (ноябрь 1983 г.) принята								

		2) Выберите и обоснуйте план лечения. 3) Классификация заболеваний пародонта. Роль ортодонтических методов в лечении заболеваний пародонта. 4) Рентгенографические признаки при заболеваниях пародонта. Их корреляция с величиной и видом патологических пародонтальных карманов.	следующая классификация. I. Гингивит – воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный. II. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия. Распространенность:
--	--	--	--

			локализованный, генерализованный. III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: хроническое, ремиссия. Распространенность: генерализованный. IV – Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. V Пародонтомы. 2. Основными рентгенологическими признаками при заболевании пародонта является убыль межзубных перегородок и резорбация стенок альвеол, которые приводят к деструктивным процессам диагностируемым в клинике методами визуального осмотра и зондирования. Виды резорбации: горизонтальная, вертикальная, смешанная,
--	--	--	---

			лакунарная. В клинике резорбация межальвеолярных перегородок проявляется в виде образования пародонтальных карманов, суммарная величина которых с видимой атрофией, дает возможность составить представления об общей величине деструктивных процессов в пародонте.
24.	УК-1	Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Дифференциальная диагностика. Ваш план ортопедического лечения	1. Заеда (ангулярный хейлит). 2. Главные причины - заражение стрептококком, дрожжевым грибом, 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 отсутствия зубов. 3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр,

			осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологиче ский методы). 4. - Заеда стрептококковая заразительна, она передается контактным путем - через посуду, полотенце и т.д. В анамнезе контакт с болеющим данной патологией, острое начало. - Грибковый стоматит проявляется чаще у лиц, пользующихся зубными протезами (съемными акриловыми и металлическими). Излюбленная локализация гриба - углы
--	--	--	--

			полости рта, язык. Появляются трещины в углах рта, покрытые корочками. Язык складчатый, обложен. Грибковый стоматит характеризуется триадой: воспаление неба, языка и углов рта. - Когда мала ротовая щель и несоразмерно с ней велик базис протеза, введение и выведение зубного протеза из полости рта ведут к надрыву и последующему инфицированию тканей углов рта. Трещины легко кровоточат и покрываются кровянистыми или гнойными корочками. - У лиц со сниженной высотой нижнего отдела лица в силу потери зубов или резкой генерализованной стираемости твердых тканей зубов при наличии условий к образованию заеды заболевание носит стойкий характер, так как у них в области углов рта
--	--	--	--

			образуются глубокие складки, поддерживающие мацерацию тканей. 5. 1) Специфическая противовоспалительная терапия (20% борный глицерин, 2% - р-р соды, нистатин в таблетках, тетрациклиновая мазь, антибиотики широкого спектра действия). 2) Восстановление окклюзионной высоты путем рационального протезирования.																
	ПК-5	Соотнесите ошибки и их причины при изготовлении частичных съемных протезов: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>Нарушение режима полимеризации</td><td>А</td><td>Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Плохая фиксация протеза в полости рта</td><td>Б</td><td>Неправильный подбор искусственных зубов</td></tr> <tr> <td>3</td><td>3) Нарушение прикуса</td><td>В</td><td>Газовая пористость, внутреннее напряжение</td></tr> <tr> <td>4</td><td>4) Эстетический недостаток</td><td>Г</td><td>Неправильное определение центральной окклюзии</td></tr> </table>	1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу	2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов	3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение	4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б
1	Нарушение режима полимеризации	А	Неправильное расположение кламмера по отношению к зубу																
2	Плохая фиксация протеза в полости рта	Б	Неправильный подбор искусственных зубов																
3	3) Нарушение прикуса	В	Газовая пористость, внутреннее напряжение																
4	4) Эстетический недостаток	Г	Неправильное определение центральной окклюзии																
25.	ПК-5	Соотнесите этапы изготовления штампованной коронки с их содержанием: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>І Клиничес</td><td>А</td><td>А) Изготовление металлического штампа и</td></tr> </table>	1	І Клиничес	А	А) Изготовление металлического штампа и	1-В, 2-А, 3-Г 4-Б												
1	І Клиничес	А	А) Изготовление металлического штампа и																

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

		стороны на каждом зубе 4 Опорно-удерживающий кламмер с расчлененными Т-образными концевыми отделами плеч Г Кламмер Роуча 5 Кламмер состоит из одной (двух) окклюзионных накладок, длинного плеча, почти полностью охватывающего зуб (моляры) Д Кламмер Кемени	
28.	ПК-5	Установите соответствие между осложнением и причиной: 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
29.	ПК-5	Продолжите предложение К микропротезам относятся _____	вкладки, штифтовые вкладки, полукоронки, интрадентальные и парапульпарные несъемные

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

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

		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.	
39.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Способы изготовления вкладки А. прямой и косвенный Б. прямой и комбинированный В. косвенный и комбинированный Г. все перечисленные	А
40.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Заключительным лабораторным этапом изготовления МК МП с гирляндой является: А. полировка Б. заключительный обжиг В. припасовка на модели Г. глазуровка	А
41.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Не препарируют опорные зубы с уступом при изготовлении мостовидного протеза: А. штампованно-паяного Б. пластмассового В. металлокерамического; Г. металлоакрилового	А
42.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ При препарировании опорных зубов в металлокерамическом мостовидном протезе во фронтальном отделе целесообразно расположение уступа: А. поддесневое Б. наддесневое В. на уровне десневого края Г. можно без уступа	А
43.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов используется оттискной материал: А. силиконовый Б. альгинатный В. гидроколлоидный Г. термопластический	А
44.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для снятия рабочих оттисков при изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов	А

		используется оттисковой материал: А. альгинатный Б. гидроколлоидный В. силиконовый Г. полиэфирный	
45.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На этап проверки конструкции съемного протеза в клинику поступают: А. восковой базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе Б. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели В. пластмассовый базис с зубами и кламмерами Г. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовых моделях в окклюдаторе	А
46.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с: А. оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе Б. определения высоты нижнего отдела лица В. припасовки и наложения протеза Г. введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами	А
47.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Какие элементы ЧСПП подлежат шлифовке и полировке: А. наружная поверхность базиса и зубы Б. внутренняя поверхность базиса в области резцов В. зубы Г. внутренняя поверхность базиса в области жевательных зубов	А
48.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Сколько времени больной должен пользоваться протезом до прихода к врачу на коррекцию: А. 5-6 часов Б. 1 сутки В. 2 суток Г. 3 суток	А
49.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Через сколько лет съёмные протезы подлежат замене: А. 3-5 лет Б. 1 год В. 2 года Г. 6-7 лет	А
50.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Устранение декубитальных язв на альвеолярном отростке начинают с: А. повторной полимеризации протеза Б. коррекции протеза В. клинической перебазировке протеза Г. лабораторной перебазировке протеза	А

51.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ В плече опорно-удерживающего кламмера различают: А. ретенционную и стабилизирующую часть Б. гнутую часть В. литую часть Г. ретенционную часть	А
52.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 5 – 8 мм Б. 1 – 2 мм В. 3 – 4 мм Г. 9 – 10 мм	А
53.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Толщина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть: А. 1,0 – 1,5 мм Б. 2,0 – 2, 5 мм В. 3,0 – 3,5 мм Г. 4,0 – 4,5 мм	А
54.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ширина дуги бюгельного протеза на нижней челюсти должна составлять (в мм): А. 2-3 Б. 1-1,5 В. 4-4,5 Г. 2-2,5	А
55.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (в мм): А. 0,5-1 Б. 1,5-2 В. 0,2-0,3 Г. на 0,2	А
56.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Как располагается дуга бюгельного протеза на нижней челюсти, при отвесной форме альвеолярного гребня: А. отстоит от слизистой на 0,8 мм Б. подходит к слизистой оболочке почти вплотную В. отстоит от слизистой оболочки на 1,2 мм Г. отстоит от слизистой на 0,5-1 мм	А
57.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Пациентам с бруксизмом бюгельные протезы необходимо: А. снимать на ночь Б. пользоваться круглосуточно В. снимать периодически Г. снимать один раз в неделю на ночь	А
58.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Ручку в индивидуальных ложках располагают: А. под углом 45° по отношению к гребню	А

		альвеолярного отростка Б. позади гребня альвеолярного отростка В. вертикально, по гребню альвеолярного отростка Г. под углом 300 по отношению к гребню альвеолярного отростка	
59.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Для разгрузки функционального оттиска индивидуальные ложки можно подготовить следующим образом: А. перфорировать или снять слой пластмассы в местах разгрузки Б. утолстить В. снять слой пластмассы в местах разгрузки Г. покрыть изоколом	А
60.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Наиболее удобным методом формирования окклюзионной плоскости при полной потере зубов является: А. применение аппарата Ларина Б. по носоушной и зрачковой горизонтали В. по методу Паунда Г. помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти	А
61.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество лабораторных этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 4 Б. 3 В. 5 Г. 6	А
62.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Укажите необходимое количество клинических этапов для изготовления полных съемных протезов: А. 5 Б. 3 В. 4 Г. 6	А
63.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ Различают следующие фазы адаптации к полному съемному протезу по В.Ю. Курляндскому: А. раздражения, частичного торможения, полного торможения Б. предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации В. полной адаптации, раздражения, стабилизации Г. стабилизации, частичной адаптации, полного торможения	А
64.	ПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ На первом этапе лечения патологической стертости зубов II – III степени для восстановления межокклюзионной высоты применяют:	А

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

	устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду. 1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда. 2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае? 4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете? 5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу. 6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.	4. Коронки изготавливают: 1) для предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба. 2) для восстановления его анатомической формы. 3) для расположения опорных и фиксирующих элементов при изготовлении ортодонтических протезов, мостовидных протезов, съемных протезов, челюстно-лицевых аппаратов. 4) При изменении цвета коронки зуба при некариозных поражениях вследствие некроза пульпы. 5) При аномалиях положения, величины и формы коронковой части зуба. 6) При деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона) 7) Коронка как носитель лекарственного вещества 8) Для шинирования зубов.
--	---	--

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

		Блеку и ИРОПЗ. 2. Выберите конструкцию микропротеза. 3. Перечислите показания к изготовлению вкладки. 4. Назовите особенности формирования полости под вкладку. 5. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок. 6. Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.	наружные стенки полости должны дивергировать. 2) Внутренние стенки полости должны быть параллельны друг другу и перпендикулярны стенке, обращенной к полости зуба. 3) Профилактическое расширение полости 4) дно и стенки должны противостоять жевательному давлению 5) Создание ретенционных пунктов в пределах здоровых твердых тканей 6) Образование фальца (скоса) в пределах эмали 7) Расположение полости в пределах не только эмали, но и дентина. 8) Создание дополнительной площадки на боковой поверхности зуба 5. а) Металлы: золото 750 пробы, серебряно-палладиевый сплав, кобальто-хромовый сплав б) фарфор в) композитные
--	--	--	---

			г) комбинированные 6. I Формирование полости под вкладку 1) прямой способ 2) косвенный способ а) моделирование из воска а) снятие оттиска б) выведение восковой репродукции б) получение модели и вкладки из полости моделировка вкладки в) отливка вкладки г) припасовка в полости рта д) фиксация вкладки 7. Подготовка полости начинают с сепарации заканчивая её у шейки зуба, фиссурным бором формируют полость, создавая у десневого края уступ. Отсутствие его приведет к отхождению вкладки от зуба. Чтобы вкладка не смещалась в сторону
--	--	--	---

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

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

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

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

			- разрушение корня больше, чем на 1/4 его длины; - дефект какой-либо из стенок корня, равный или больший 1/4 величины корня; - подвижность зуба 3-ей, а в некоторых случаях 2-ой степени. 3. Препаровка, моделировка культевой штифтовой вкладки из воска или 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. 4. Требования: - канал корня должен быть хорошо проходим на протяжении,
--	--	--	--

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

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

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