

**Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального
образования
«Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования»
(ЧОУ «СПб ИНСТОМ»)**

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор ЧОУ «СПб ИНСТОМ»
Н.М. Батюков
«11» ноября 2024г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Б 3 ГОСУДАРСТВЕННАЯ (ИТОГОВАЯ) АТТЕСТАЦИЯ**

(шифр и наименование дисциплины)

**ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ В ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.75 «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»**

(код и наименование направления подготовки (специальности))

врач – стоматолог-ортопед
(квалификация)

форма обучения очная

Санкт-Петербург
2024 г.

1. Перечень компетенций, сформированных в результате изучения программы, описание показателей и критериев оценивания компетенций.

Шифр компетенции, её расшифровка	Степень сформированности компетенций		
	Пороговый	Базовый	Повышенный
Универсальные компетенции (УК)			
УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	<p>Знает: Нормы культуры мышления, основы логики, нормы критического подхода, основы методологии научного знания, формы анализа.</p> <p>Умеет: Адекватно воспринимать информацию, логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь, критически оценивать свои достоинства и недостатки, анализировать социально значимые проблемы.</p> <p>Владеет: Навыками постановки цели, способностью в устной и письменной речи логически оформить результаты мышления, навыками выработки мотивации к выполнению профессиональной деятельности, решения социально и личностно значимых проблем.</p>	<p>Знает: Методы абстрактного мышления при установлении истины, методы исследования путём мысленного расчленения объекта (анализ) и путём изучения предмета в его целостности, единстве его частей (синтез).</p> <p>Умеет: С использованием методов абстрактного мышления, анализа и синтеза анализировать альтернативные варианты решения поставленных задач и оценивать экономическую эффективность реализации этих вариантов.</p> <p>Владеет: Целостной системой навыков использования абстрактного мышления при решении проблем, возникающих в ходе практической деятельности, навыками отстаивания своей точки зрения.</p>	<p>Знает: Основные способы применения методик абстрактного мышления, анализа, синтеза при использовании их в повседневной практической деятельности.</p> <p>Умеет: При решении практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений.</p> <p>Владеет: Навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.</p>
УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	<p>Знает: Особенности культуры общения с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий.</p> <p>Умеет: Учитывать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия при общении и коммуникациях</p>	<p>Знает: Психологическую характеристику малых социальных групп; Организацию и методику изучения межличностных отношений в коллективах; Диагностику и способы разрешения конфликтных ситуаций в коллективе.</p> <p>Умеет:</p>	<p>Знает: Основные характеристики коллектива, его особенности, стадии развития; принципы управления коллективом, функции управления; Методы управления коллективом, этические нормы и</p>

	<p>с сотрудниками и пациентами.</p> <p>Владеет: Основами психологии общения и коммуникаций в практической деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий.</p>	<p>Проводить психологический анализ конфликтных ситуаций, возникших в процессе профессиональной деятельности.</p> <p>Владеет: Методикой изучения социально-психологического климата в малой группе.</p>	<p>принципы делового общения.</p> <p>Умеет: Прогнозировать и планировать процесс управления коллективом в соответствии с его особенностями и профессиональными задачами; толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</p> <p>Владеет: Приемами делового общения; основами этикета и этической защиты в деятельности современного делового человека; методикой подготовки и проведения публичного выступления.</p>
<p>УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или</p>	<p>Знает: - нормативно-правовые основы системы медицинского (фармацевтического) образования; - цели, задачи и содержание образовательной деятельности;</p> <p>Умеет: - использовать действующую нормативно-правовую базу в профессиональной педагогической деятельности;</p> <p>Владеет: - навыками использования методических материалов для проведения занятий по программам медицинского (фармацевтического) образования. Навыками реализации положений руководящих</p>	<p>Знает: - требования профессиональных стандартов, ФГОС и квалификационных требований специальностям среднего и высшего медицинского (фармацевтического) образования; - основы дидактики профессионального образования; - современные образовательные технологии профессионального образования; - основы методической работы преподавателя; - методику разработки и применения контрольно-измерительных и контрольно-оценочных средств, интерпретации</p>	<p>Знает: Требования ФГОС к целям, содержанию, формам обучения и результатам подготовки различных медицинских специальностей; Педагогические аспекты в работе врача; влияние процессов гуманизации общества на медицинскую практику; возрастные особенности развития личности; цели и задачи непрерывного медицинского образования. Особенности организации образовательного процесса по программам высшего, среднего</p>

<p>высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.</p>	<p>документов в организации образовательного процесса.</p>	<p>результатов контроля и оценивания; - требования к учебно-методическому обеспечению учебных курсов, дисциплин (модулей) программ высшего, среднего профессионального и дополнительного профессионального образования; Умеет: - разрабатывать учебно-методические материалы для проведения учебных занятий практической направленности в системе медицинского (фармацевтического) образования; Организовать и провести учебное занятие в соответствии с программами медицинского (фармацевтического) образования. Владеет: - навыком разработки и применения контрольно-измерительных и контрольно-оценочных средств, интерпретации результатов контроля и оценивания.</p>	<p>профессионального и дополнительного профессионального образования; Профессионально-ориентированные технологии обучения по специальности; Умеет: Организовать процесс обучения с использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы, средства обучения и воспитания в педагогической деятельности; реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам. Разрабатывать и обновлять (под руководством специалиста более высокого уровня квалификации) рабочие программы учебных курсов, дисциплин (модулей); Использовать педагогически обоснованные формы, методы и приемы организации деятельности обучающихся, применять современные технические средства обучения и образовательные технологии; Создавать на занятиях</p>
--	--	--	---

			<p>проблемноориентированную образовательную среду, обеспечивающую формирование у обучающихся компетенций, предусмотренных требованиями ФГОС, КТ ВПП, ОПОП или ДПП;</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками формирования и развития учебно-исследовательской деятельности у обучающихся; способами анализа собственной деятельности.</p> <p>Навыком разработки и обновления (под руководством специалиста более высокого уровня квалификации) учебно-методических материалов для проведения всех видов учебных занятий по преподаваемым курсам, дисциплинам (модулям)</p> <p>- современными образовательными технологиями.</p>
--	--	--	--

Профессиональные компетенции (ПК)

<p>ПК-1</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>	<p>Знает:</p> <p>Принципы регуляции физиологических функций и приспособления организма человека к условиям внешней среды; Роль внешней среды в развитии патофизиологических изменений в организме человека.</p> <p>Содержание основных положений законодательных и</p>	<p>Знает:</p> <p>Распространенность основных стоматологических заболеваний; Основные принципы здорового образа жизни; Причины и условия возникновения и распространения стоматологических заболеваний;</p> <p>Ранние клинические признаки</p>	<p>Знает:</p> <p>Факторы риска стоматологических заболеваний, включая вредные привычки и факторы внешней среды.</p> <p>Умеет:</p> <p>Определять и нуждаемость и потребность в стоматологической помощи среди детей, подростков и</p>
---	---	--	--

<p>предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.</p>	<p>нормативно-правовых документов РФ в сфере охраны здоровья населения; Методические подходы по формированию здорового образа жизни, осуществления первичной, вторичной профилактике заболеваний в объеме первичной медико-санитарной помощи. Умеет: Оценивать психоэмоциональное состояние организма пациента. Применять положения нормативно-правовой базы РФ в сфере охраны здоровья населения для формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в объеме первичной медико-санитарной помощи. Владеет: Методиками оценки психоэмоционального состояния организма человека. Навыками анализа законодательной и нормативно-правовой базы РФ в сфере охраны здоровья в интересах осуществления профессиональной деятельности в вопросах формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.</p>	<p>стоматологических заболеваний; основные принципы профилактики стоматологических заболеваний; Правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима при осуществлении медицинской стоматологической помощи. Психофизиологическую характеристику профессиональной деятельности врачей стоматологов-ортопедов; Средства и методы сохранения и восстановления работоспособности врача стоматолога-ортопеда; Факторы стресса при стоматологическом лечении и его проявления; Задачи и организацию психологического сопровождения стоматологического лечения. Умеет: Выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования стоматологических заболеваний; Выявлять ранние симптомы стоматологических заболеваний. Проводить психологическую подготовку перед стоматологическим лечением; Разъяснение необходимости стоматологического лечения для достижения оптимального</p>	<p>взрослых; Определить порядок организации стоматологической профилактики, планировать ее объем. Владеет: Определять порядок организации стоматологической профилактики, планировать ее объем; Проводить санитарное просвещение в стоматологии; Проводить профилактику стоматологических заболеваний у пациентов разных возрастных групп.</p>
---	---	--	--

		<p>психологического состояния и здоровья пациента; Разъяснение сущности предполагаемого лечения и роли самого пациента в достижении благоприятного конечного результата. Владеет: Навыками оценки клинических признаков развития и прогрессирования стоматологических заболеваний; Методами ранней диагностики стоматологических заболеваний; Методиками психофизиологического обследования пациентов.</p>	
<p>ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.</p>	<p>Знает: Понятие о профилактическом медицинском осмотре; Особенности гигиены полости рта при различных стоматологических заболеваниях; Порядок организации реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями. Умеет: Провести профилактический медицинский осмотр. Владеет: Навыками проведения профилактического медицинского осмотра.</p>	<p>Знает: Организацию проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерно-динамического наблюдения в ортопедической стоматологии; Организацию проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерно-динамического наблюдения детей со стоматологической патологией. Умеет: Определить порядок организации стоматологической профилактики, планировать ее объем; Определять нуждаемость и потребность в стоматологической помощи среди детей, подростков и взрослых.</p>	<p>Знает: Перечень лечебно-диагностических мероприятий диспансерно-динамического наблюдения по нозологическим формам наиболее распространенных стоматологических заболеваний. Перечень лечебно-диагностических мероприятий при диспансерно-динамическом наблюдении детей со стоматологической патологией. Умеет: Составить перечень лечебно-диагностических мероприятий диспансерно-динамического наблюдения по нозологическим формам наиболее</p>

		<p>Определить порядок организации профилактики кариеса и его осложнений, планировать ее объем;</p> <p>Определять нуждаемость и потребность в стоматологической помощи среди детей.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками организации и проведения профилактического медицинского осмотра;</p> <p>Навыками углубленного медицинского обследования с выявлением стоматологических заболеваний и диспансерно-динамического наблюдения в ортопедической стоматологии.</p> <p>Навыками организации и проведения профилактического медицинского осмотра;</p> <p>Навыками углубленного медицинского обследования с выявлением риска возникновения кариеса и его осложнений.</p>	<p>распространенных стоматологических заболеваний;</p> <p>Дать анализ эффективности проведенных лечебно-диагностических мероприятий у лиц, находящихся под диспансерно-динамическим наблюдением;</p> <p>Проводить санитарное просвещение в ортопедической стоматологии.</p> <p>Составить перечень лечебно-диагностических мероприятий при диспансерно-динамическом наблюдения за детьми со стоматологической патологией;</p> <p>Дать анализ эффективности проведенных лечебно-диагностических мероприятий у детей, находящихся под диспансерно-динамическим наблюдением.</p> <p>Владеет:</p> <p>Методикой раннего и своевременного выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний в процессе диспансеризации, профилактических осмотров;</p> <p>Профессионально реализовать установленные лечебно-профилактические мероприятия.</p> <p>Методикой раннего и своевременного</p>
--	--	---	--

			<p>выявления факторов риска возникновения кариеса и его осложнений в процессе диспансеризации, профилактических осмотров;</p> <p>Профессионально реализовать установленные лечебно-профилактические мероприятия.</p>
<p>ПК-3</p> <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>Знает:</p> <p>Механизмы, пути и факторы передачи патогенных агентов. Морфологию, физиологию и генетику микроорганизмов; Микробиом человека; Особенности иммунитета при различных локализациях и состояниях; Роль воспаления в формировании иммунной реакции организма; Патогенез, биологические свойства и изменения в иммунной системе организма при заражении ВИЧ-инфекцией. Объем и содержание санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выявлении больного (подозрительного на заболевание) с особо опасными инфекциями; Руководящие документы, регламентирующие проведение мероприятий при выявлении больного с особо опасными инфекциями; Основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-</p>	<p>Знает:</p> <p>Основы проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также медицинского снабжения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; Объем и содержание санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайной ситуации при выявлении больных (подозрительных на заболевание) особо опасными инфекциями в зоне ответственности медицинской организации.</p> <p>Умеет:</p> <p>Составить план санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайной ситуации при выявлении больных (подозрительных на заболевание) с особо опасными инфекциями в зоне ответственности медицинской организации и обеспечить</p>	<p>Знает:</p> <p>Поражающие свойства биологического оружия и основы функционирования системы биологической защиты населения; Руководящие документы, регламентирующие организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах биологического заражения; Алгоритм действий, режимы оповещения при чрезвычайных ситуациях; Способы и средства защиты населения, больных, персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; Защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях.</p> <p>Умеет:</p> <p>организовать лечебно-эвакуационные мероприятия в очагах</p>

	<p>технические документы; Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; Особенности оказания первой помощи и проведения реанимационных мероприятий пострадавшим при автодорожных травмах, утоплении, электротравме, странгуляционной асфиксии, способы восстановления проходимости верхних дыхательных путей. Умеет: Проводить серологический метод диагностики инфекционных болезней; Получать иммунные сыворотки; Проводить иммунофлюоресцентный и иммуноферментный анализ, ПЦР; Проводить мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях; Проводить мероприятия по профилактике вирусных гепатитов. Выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия в том числе при выявлении больного (подозрительного на заболевание) с особо опасными инфекциями на основе разработанного плана; Самостоятельно проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определить дальнейшую медицинскую тактику при травмах, ранениях и</p>	<p>его реализацию Оценивать химическую, радиационную и бактериологическую обстановку. Владеет: методикой планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне чрезвычайной ситуации и в случае выявления больных особо опасными инфекциями; Основными мероприятиями по защите от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций населения, персонала и больных в военно-медицинских организациях, а также имущества, продовольствия, воды и т.д.; Методиками обучения населения правилам и способам оказания первой помощи в чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>биологического заражения; Планировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом социально-профессиональной и возрастно-половой структур. Владеет: Алгоритмом взаимодействия при проведении лечебно-эвакуационных мероприятий, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф с другими службами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Методикой перевода лечебно-профилактической организации на санитарно-противоэпидемический режим.</p>
--	--	---	--

	<p>заболеваниях.</p> <p>Владеет: Методикой определения чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам; Алгоритмом проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях; Алгоритмом проведения мероприятий по профилактике вирусных гепатитов.</p> <p>Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первичной медико-санитарной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; Навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; Способностями оценить эффективность выполнения мероприятий по защите пациентов, персонала и населения при чрезвычайных ситуациях.</p>		
<p>ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.</p>	<p>Знает: Перечень документов медицинского учёта и отчётности военного госпиталя и правила их ведения и представления.</p> <p>Умеет: Правильно заполнять документы медицинского учёта.</p> <p>Владеет: Навыками работы на персональном компьютере и ведением документов медицинского учёта в электронном виде.</p>	<p>Знает: Методики составления сводных таблиц медицинской отчётности о работе лечебных отделений.</p> <p>Умеет: Получить сводные данные в виде установленных таблиц медицинской отчётности о работе лечебных отделений.</p> <p>Владеет: Навыками работы на персональном компьютере и составлением</p>	<p>Знает: Методики расчёта основных статистических показателей, характеризующих состояние здоровья и состав лечившихся больных, длительность и исходы их лечения.</p> <p>Умеет: Провести сравнительный анализ рассчитанных статистических показателей с применением статистических</p>

		установленных форм медицинской отчетности в электронном виде.	критериев и оценить полученные результаты, подготавливать графические иллюстрации и слайд-презентации по результатам анализа и оценки. Владеет: Навыками работы на персональном компьютере и применением прикладного программного обеспечения для расчёта статистических показателей и критериев значимости, построения диаграмм и создания слайд-презентаций.
ПК-5 Готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Знает: Алгоритм проведения клинического обследования в ортопедической стоматологии; Клинические признаки наиболее распространенных стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области; Этиологические факторы, приводящие к развитию наиболее распространенных стоматологических заболеваний. Умеет: Выполнять сбор анамнеза жизни и заболевания пациента; Проводить общий осмотр; Выполнять пальпацию жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез; Проводить осмотр ротовой полости;	Знает: Виды рентгенологического обследования, применяемого в ортопедической стоматологии; Методы функциональной диагностики: реография, полярография, электромиография; Радиоизотопную, ультразвуковую диагностику. Методики работы с виртуальными моделями челюстей и 3D-фотографиями. Принципы современных методик рентгенодиагностики, компьютерных методов лучевой диагностики. Этиологию, патогенез, клинику основных синдромов неотложных состояний; современные возможности диагностики неотложных	Знает: Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем челюстно-лицевой области; Дифференциальную диагностику болезней и проблем, связанных со здоровьем челюстно-лицевой области. Методику использования OrthoCADiQ – инновационную управляемую компьютером систему для оптимальной установки брекетов. Методику проведения телерентгенограммы, компьютерной томограммы, магнитно-резонансной томографии. Умеет:

	<p>Интерпретировать результаты обследования для постановки диагноза.</p> <p>Владеет: Методами клинического обследования в ортопедической стоматологии.</p>	<p>состояний в амбулаторной практике.</p> <p>Умеет: Проводить комплексную диагностику стоматологического ортопедического пациента с использованием аппаратных и рентгенологических методов исследования. Проводить сканирование зубных рядов; Проводить 3D-цефалометрические измерения по компьютерной томографии. Анализировать рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы в том числе компьютерные 3Dрентгенограммы. Собрать анамнез и провести осмотр пациента, находящегося в неотложном состоянии; выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний; Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом</p> <p>Владеет: Методиками проведения рентген-диагностики; Методикой проведения взятия пункционного материала;</p>	<p>Провести дифференциальную диагностику болезней и проблем, связанных со здоровьем челюстно-лицевой области.</p> <p>Проводить компьютерный расчет прогноза лечения.</p> <p>Проводить телерентгенологическое обследование пациента при составлении и корректировке плана лечения.</p> <p>Проводить 3D-цефалометрический анализ. Анализировать магнитно-резонансные томографии височно-нижнечелюстного сустава, интерпритировать результаты обследования.</p> <p>Владеет: Методами дифференциальной диагностики болезней и проблем, связанных со здоровьем челюстно-лицевой области. Методикой использования OrthoCADiQ. Навыками проведения телерентгенологического обследования пациента при составлении и корректировке плана лечения, проведения 3D-цефалометрического анализа. Постановки диагноза при интерпритации результатов магнитно-резонансной</p>
--	--	--	---

		<p>Методиками проведения функциональной диагностики: реография, полярография, электромиография;</p> <p>Методиками проведения радиоизотопной, ультразвуковой диагностики.</p> <p>Навыками сканирования зубных рядов внутриворотным сканером;</p> <p>Методиками проведения 3D-цефалометрического анализа;</p> <p>Создание виртуальных 3D-моделей для диагностики, планирования и симуляции ортодонтического лечения.</p> <p>Навыками диагностики стоматологических заболеваний по различным видам рентгенограмм.</p> <p>Методикой анализа закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах;</p> <p>Методикой выполнения основных диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.</p>	<p>томографии височно-нижнечелюстного сустава.</p>
<p>ПК 6</p> <p>Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участия в иных видах медицинской экспертизы.</p>	<p>Знает:</p> <p>Стоматологические заболевания, приводящие к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>понятие о временной, стойкой нетрудоспособности и инвалидизации.</p> <p>Умеет:</p>	<p>Знает:</p> <p>Правила оформления документации по временной нетрудоспособности населения;</p> <p>Правила оформления медицинской документации согласно требованиям регламента, обязательного и</p>	<p>Знает:</p> <p>Диагностику временной нетрудоспособности трудящихся в результате стоматологических заболеваний;</p> <p>Показания и документальное сопровождение</p>

	<p>Применять знания о стоматологических заболеваниях, приводящих к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>диагностировать временную, стойкую нетрудоспособность и инвалидизацию;</p> <p>Оформлять медицинскую стоматологическую документацию с точки зрения проведения судебно-медицинской экспертизы.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками диагностики стоматологических заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности населения;</p> <p>навыками определения временной, стойкой нетрудоспособности и инвалидизации;</p> <p>Навыками оформления медицинской стоматологической документации с точки зрения проведения судебно-медицинской экспертизы.</p>	<p>дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Умеет:</p> <p>Оформлять документации по временной нетрудоспособности населения;</p> <p>Оформлять медицинские документации согласно требованиям регламента, обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками оформления документации по временной нетрудоспособности населения.</p>	<p>направления граждан на медико-социальную экспертизу;</p> <p>стандарты оказания медицинской стоматологической помощи согласно обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Умеет:</p> <p>Диагностировать временную нетрудоспособность трудящихся в результате стоматологических заболеваний;</p> <p>Оформлять документальное сопровождение направления граждан на медико-социальную экспертизу;</p> <p>оказывать медицинскую стоматологическую помощь согласно обязательного и дополнительного медицинского страхования.</p> <p>Владеет:</p> <p>Навыками диагностики временной нетрудоспособности трудящихся в результате стоматологических заболеваний;</p> <p>Навыками оформления документального сопровождения направления граждан на медико-социальную экспертизу;</p> <p>Навыками оказания медицинской стоматологической помощи согласно обязательного и</p>
--	--	---	---

			дополнительного медицинского страхования. Навыками оформления медицинской документации согласно требованиям регламента, обязательного и дополнительного медицинского страхования.
ПК-7 Готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи.	Знает: Топографическая анатомия мышц головы и шеи, особенности прикрепления; Особенности иннервации и кровоснабжения лицевого отдела черепа, определяющие локализацию, направление, локализацию и глубину разрезов; Общие принципы и способы ортопедического стоматологического лечения. Методы обезболивания на стоматологическом приеме; Методики препарирования зубов. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи; Эволюцию развития и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава; Аппараты, применяемые при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Клинику и диагностику травм и воспалительных заболеваний зубов, челюстей и мягких тканей лица и шеи у детей; Патофизиологию боли; Этиологию, патогенез,	Знает: Методы лечения дефектов зубных рядов с помощью несъемных и съемных ортопедических конструкций, а также прогнозы эффективности способа лечения в различных клинических ситуациях; Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых несъемных металлокерамических и безметалловых керамических конструкций; Виды препарирования под коронки, контроль толщины препарирования твердых тканей зубов. Виды дентальных имплантатов. Условия для проведения имплантации. Оборудование, инструменты и расходные материалы. Физиологические основы окклюзии; Движения нижней челюсти в сагиттальной плоскости; Движения нижней челюсти в трансверзальной плоскости; Зубы, зубные ряды, окклюзионные контакты; Факторы окклюзии, окклюзионные	Знает: Методы ортопедического лечения пациентов с болезнями пародонта, с соматическими заболеваниями, а также с хроническими заболеваниями полости рта; Современные виды фиксации бюгельных протезов (различные виды замковых и кламмерных креплений); Формирование полостей под вкладки. Основные виды протезирования на имплантатах; Расчётные схемы протезов с опорой на имплантатах; Оптимизацию величины силы, воздействующей на имплантаты; Оптимизацию вектора сил, воздействующих на имплантаты. Первично-костные повреждения и заболевания сустава: врожденная патология височно-нижнечелюстного сустава, воспалительные заболевания суставных концов костей;

	<p>клиническое течение и современные методы диагностики невралгии тройничного нерва, неврита лицевого и тройничного нервов, глоссалгии и стомалгии.</p> <p>Умеет: Вести отчетно-учетную документацию; Проводить обезболивание на стоматологическом приеме; Проводить препарирование зубов под различные виды ортопедических конструкций; Проводить обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Определять показания и объем лечения пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава; Заполнять медицинскую документацию. Оказать квалифицированную помощь детям с острой травмой зубов, челюстей, мягких тканей лица, слизистой оболочки полости рта; Выполнить местное обезболивание и провести амбулаторную операцию в полости рта у детей: удаление зуба, вскрытие субпериостального абсцесса на верхней челюсти и нижней челюсти. На основании данных комплексного обследования формулировать развернутый диагноз у пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области; Составить план лечения</p>	<p>концепции; Дисгармония окклюзии. Врожденную патологию челюстно-лицевой области у детей, виды врожденной патологии (врожденная расщелина губы и неба, пороки развития слизистой рта – уздечки; Принципы комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба в условиях диспансеризации. Возрастные показания к хирургическому лечению уздечек. Клиническую картину и методы дифференциальной диагностики болевых синдромов лица. Особенности комплексного лечения пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p> <p>Умеет: Применять методы лечения дефектов зубных рядов с помощью несъемных и съемных ортопедических конструкций. Формировать полости под вкладки. Препарировать зубы под коронки, контролировать толщину препарирования твердых тканей зубов. Проводить обследование и определение анатомо-топографических условий для имплантации. Планировать лечение в наиболее распространенных клинических ситуациях. Определять высоту нижнего отдела лица; Определять показания и</p>	<p>остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз; Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте: юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава: привычный вывих; болевой синдром дисфункции, воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз.</p> <p>Умеет: Применять методы лечения дефектов зубных рядов с помощью несъемных и съемных ортопедических конструкций. Формировать полости под вкладки. Препарировать зубы под коронки, контролировать толщину препарирования твердых тканей зубов. Проводить имплантацию в области дефектов костной ткани альвеолярных отростков челюстей; Проводить имплантацию при значительной атрофии</p>
--	--	--	--

	<p>пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p> <p>Владеет: Методиками обезболивания на стоматологическом приеме; Ведением отчетно-учетной документации; Методикой препарирования зубов. Методиками аппаратного лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Навыками оказания квалифицированной помощи детям с острой травмой зубов; Методикой удаления зубов и вскрытия субпериостального абсцесса. Методиками обследования пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области, навыками заполнения медицинской документации. Методиками фармакологического лечения пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p>	<p>назначать комплекс упражнений пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава. Оказать специализированную ортодонтическую помощь детям с врожденной расщелиной губы, альвеолярного отростка, неба. Проводить комплексное (фармакологическое, психологическое, хирургическое, физиотерапевтическое) лечение пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p> <p>Владеет: Навыком подготовки зубов и пародонта под микропротезирование: Навыком препарирования твердых тканей под коронковые вкладки из металлических сплавов, а также под безметалловую реставрацию; Препарированием твердых тканей под микромост; Навыком подготовки зубочелюстной системы под бюгельное протезирование (препарирование опорных зубов, выбор типа крепления бюгеля, припасовка и фиксация); Общими принципами и методикой выполнения имплантации. Двухэтапной методикой имплантации. Одноэтапной методикой имплантации. Методикой установки имплантатов непосредственно в лунку</p>	<p>нижней челюсти; Проводить имплантацию при значительной атрофии верхней челюсти. Поставить диагноз и назначить комплексное лечение пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Владеть: В (ПК-7) III Навыком подготовки зубов и пародонта под цельнолитые металлокерамические несъемные конструкции и безметалловые реставрации (методикой обезболивания, препарирования твердых тканей зубов с учетом зон безопасности, ретракцией зубодесневой борозды перед снятием оттиска, непосредственно снятием оттисков с учетом всех нюансов, изготовлением разборных моделей, припасовкой и фиксацией ортопедической конструкции); Навыком изготовления цельнолитых металлокерамических конструкций, микропротезирования, бюгельного протезирования. Навыками проведения имплантации в сложных клинических случаях (в области дефектов костной ткани альвеолярных</p>
--	--	--	--

		<p>удалённых зубов. Методикой определения высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя. Методиками проведения и организацией контроля за выполнением лечебной гимнастики пациентам с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Навыками оказания ортодонтической помощи детям с врожденной расщелиной губы неба и альвеолярного отростка, пороками развития уздечек слизистой оболочки полости рта.</p> <p>Методикой назначения и проведения комплексного (фармакологического, психологического, хирургического, физиотерапевтического) лечения пациентов, страдающих неврологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.</p>	<p>отростков челюстей, при значительной атрофии нижней челюсти, при значительной атрофии верхней челюсти).</p> <p>Методами комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.</p>
<p>ПК-8 Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.</p>	<p>Знает: Показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психоэмоциональные, профессиональные, генетические); Заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; Требования руководящих документов по соблюдению противозидемического режима в медицинской</p>	<p>Знает: Медико-тактическую характеристику чрезвычайных ситуаций мирного времени и очагов массового поражения военного времени; Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (виды медицинской сортировки, объем и порядок оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация и порядок медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайной ситуации);</p>	<p>Знает: Патологию, основные клинические проявления поражений аварийно-опасными химическими и ионизирующими излучениями; Организацию лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной медико-санитарной помощи; Принципы организации и медико-</p>

	<p>организации и на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>Умеет: Проводить мероприятия медицинской защиты людей от поражающего действия факторов радиационной и химической природы; Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>Владеет: Правильным ведением медицинской документации; Методическими приемами обучения населения правилам и способам оказания первой помощи в чрезвычайных ситуациях; Навыками обеспечения противоэпидемического режима в медицинской организации и на этапах медицинской эвакуации.</p>	<p>Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; Основные принципы и организационные меры противоэпидемического обеспечения в условиях чрезвычайной ситуации.</p> <p>Умеет: Проводить экологическую экспертизу и экологическое прогнозирование деятельности человека; Организовать оказание медицинской помощи инфекционным больным в условиях чрезвычайной ситуации.</p> <p>Владеет: Навыками транспортирования больных или лиц с подозрением на болезнь, вызванную возбудителями особо опасных инфекций, проведения дезинфекционных мероприятий; Своими функциональными обязанностями при работе в составе</p>	<p>санитарного обеспечения эвакуации населения и санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятий при эвакуации населения. Патологию, основные клинические проявления поражений аварийно-опасными химическими веществами и ионизирующими излучениями; Организацию лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной медико-санитарной помощи; Принципы организации и медико-санитарного обеспечения эвакуации населения и санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятий при эвакуации населения; Характерные особенности эпидемических очагов в районах стихийных бедствий, техногенных и социальных катастроф, основные направления противоэпидемической работы в данных очагах.</p> <p>Умеет: Оказывать все виды медицинской помощи</p>
--	--	---	---

		<p>медицинских формирований и организаций.</p>	<p>и пораженным химическими веществами и ионизирующими излучениями в очагах и на этапах медицинской эвакуации; Организовать перевод медицинской организации на строгий противоэпидемический режим в случае госпитализации больного с подозрением на особо опасную инфекцию. Оказывать все виды медицинской помощи пораженным химическими веществами и ионизирующими излучениями в очагах и на этапах медицинской эвакуации; Организовать перевод медицинской организации на строгий противоэпидемический режим в случае госпитализации больного с подозрением на особо опасную инфекцию. Владеет: Навыком обеспечения свободной проходимости дыхательных путей; Навыком обеспечения искусственной вентиляции легких (ИВЛ); Навыком непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки, прекардиального удара;</p>
--	--	--	--

			<p>Техникой закрытого массажа сердца; Навыком сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации, а также с учетом объема поражения при оказании первой медицинской помощи; Навыком выбора медикаментозной терапии при базовой реанимации; Навыком введения препаратов – внутривенно внутрисердечно, эндотрахеально (при произведенной интубации трахеи); Навыком медицинской сортировки пострадавших; Навыком иммобилизации поврежденных конечностей, позвоночника, таза, грудной клетки, головы и транспортировки в лечебное учреждение; Навыком организации медицинской помощи обожженным и соблюдением требований к транспортным средствам при перевозке обожженных в специализированное медицинское учреждение; Навыком согласованной работы в команде. Правилами и методами использования медицинских средств защиты;</p>
--	--	--	--

			<p>Правилами и методами использования имущества службы медицины катастроф, навыками организации противоэпидемического обеспечения на всех этапах ликвидации последствий чрезвычайной ситуации, включая передвижение, транспортировку, размещение населения, период восстановительных работ и адаптационный период перемещенного населения на новом месте жительства или при возвращении в места прежнего проживания.</p>
<p>ПК-9 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p>	<p>Знает: Виды лекарственных препаратов и физиотерапевтических методов лечения, применяемых при лечении заболеваний пародонта. Умеет: Применять лекарственные препараты и физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Владет: Методиками применения лекарственных препаратов и физиотерапевтических методов лечения заболеваний пародонта.</p>	<p>Знает: Фазы реабилитации пациентов с заболеваниями, и повреждениями челюстно-лицевой области. Умеет: Определить показания к медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями, и повреждениями челюстно-лицевой области. Владет: Организацией реабилитации пациентов с заболеваниями, и повреждениями челюстно-лицевой области.</p>	<p>Знает: Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями, и повреждениями челюстно-лицевой области; Критерии и объективные показатели успешного завершения медицинской реабилитации. Умеет: Составлять индивидуальные реабилитационные программы для восстановления трудоспособности пациентов с заболеваниями, и повреждениями челюстно-лицевой области.</p>

			<p>Владеет: Навыками использования всех средств медицинской реабилитации при составлении индивидуальных реабилитационных программ; Навыками оценки эффективности медицинской реабилитации.</p>
<p>ПК - 10 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знает: основополагающие принципы, факторы и компоненты здорового образа жизни. Умеет: Анализировать факторы здорового образа жизни; Владеет: Формами и методами профилактического консультирования по профилактике различных зависимостей.</p>	<p>Знает: Этиологические факторы возникновения воспалительных заболеваний и новообразований челюстно-лицевой области; Способы предотвращения возникновения воспалительных заболеваний и новообразований челюстно-лицевой области. Методы и приемы формирования мотивации; Умеет: Проводить санитарное просвещение и консультирование пациентов, обучение основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний; определять адекватные формы и методы формирования мотивации. Владеет: Методиками обучения индивидуальной гигиене</p>	<p>Знает: Роль своевременной санации полости рта в профилактике возникновения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Методы и приемы формирования мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Умеет: Проводить санитарное просвещение и консультирование пациентов, обучение основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний; Разрабатывать программы мероприятий, направленных на формирование мотивации сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья</p>

		<p>полости рта при различных стоматологических заболеваниях. Формами и методами психолого–педагогического консультирования.</p>	<p>окружающих. Владеет: Методиками удаления зубов, методиками удаления ретинированных третьих моляров. Методиками проведения зубосохраняющих операций. Формами и методами психолого–педагогического консультирования, направленного на формирование мотивации сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья окружающих.</p>
<p>ПК-11 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Знает: Основные положения законодательной и нормативной базы РФ по осуществлению медицинской деятельности; Содержание основных принципов управления и финансирования здравоохранения. Умеет: Осуществлять анализ законодательной и нормативной базы по осуществлению медицинской деятельности; Осуществлять расчеты потребности населения в различных видах медицинской помощи Осуществлять планирование своей профессиональной деятельности Владеет: Навыком анализа государственных программ оказания медицинской помощи (ГП «Развитие здравоохранения»),</p>	<p>Знает: Основные методические подходы к организации управления и финансирования здравоохранения. Умеет: Осуществлять планирование деятельности структурного подразделения на основе анализа медико-статистической информации Владеет: Навыком расчета эффективности деятельности медицинской организации (подразделения).</p>	<p>Знает: Приказы и другие нормативные акты Российской Федерации, определяющие деятельность медицинской службы и отдельных ее структурных подразделений. Умеет: Контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам, в том числе с использованием автоматизированных информационных систем. Владеет: Составлением учетной и отчетной документации по установленным формам.</p>

	Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению)		
ПК-12 Готовность к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает: Требования законодательных и нормативно-правовых документов Российской Федерации в сфере управления качеством медицинской помощи, современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи Умеет: Решать типовые задачи по оценке качества медицинской помощи Владеет: Навыком расчета медико-статистических показателей для дальнейшего использования их для оценки качества медицинской помощи	Знает: Требования нормативной базы по осуществлению контроля качества и безопасности медицинской деятельности Умеет: Использовать критерии оценки качества медицинской помощи для оценки качества медицинской помощи по результатам анализа первичной медицинской документации с целью Владеет: Навыком работы с документами в ходе к подготовки к лицензированию медицинской деятельности, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Знает: Требования законодательных и нормативно-правовых документов Российской Федерации в сфере управления качеством медицинской помощи, современные представления о качестве и дефекте оказания. Умеет: Использовать критерии оценки качества медицинской помощи для оценки качества медицинской помощи по результатам анализа первичной медицинской документации, ведущейся приеме врача стоматолога-ортопеда. Владеет: Навыком работы с документами в ходе подготовки к лицензированию медицинской деятельности, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
ПК-13 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской	Знает: Задачи, организационную структуру органов управления, медицинских формирований и организаций службы медицины катастроф и медицинских сил гражданской обороны	Знает: Организацию и порядок проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях; Особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных	Знает: Сущность возникновения и виды чрезвычайных ситуаций; место и роль медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации при ликвидации

<p>эвакуации.</p>	<p>здравоохранения; нормативное правовое регулирование вопросов организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; Методы анализа и синтеза военно-медицинской информации при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Руководящие документы, регламентирующие проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации.</p> <p>Умеет: Ориентироваться в правовой базе Российской Федерации, регламентирующей вопросы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; Осуществлять оценку обстановки при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайной ситуации; Принимать управленческие решения по организации этапности оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; Проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации на основе разработанного плана.</p>	<p>ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время; Основные элементы планирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых на этапе медицинской эвакуации.</p> <p>Умеет: Дать оценку и сформулировать итоговые выводы по вопросам медицинского обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; осуществить поиск решения нестандартных ситуаций при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Составить план санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых на этапе медицинской эвакуации и обеспечить его реализацию.</p> <p>Владет: Основами управления силами и средствами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; Способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации в составе разнородных</p>	<p>медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; принципы и формы применения сил и средств медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; Организацию, порядок и структуру взаимодействия разнородных формирований и организаций службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны с другими службами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и Гражданской обороны при ликвидации медико-санитарных последствий в мирное и военное время; основные элементы планирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Умеет: Анализировать разноплановую обстановку в зоне чрезвычайных ситуаций; Делать выводы и предложения;</p>
-------------------	--	---	--

	<p>Владеет: Методиками сбора, обработки и анализа информации о санитарных потерях в чрезвычайных ситуациях, её лечебно-эвакуационной характеристики, расчета сил и средств медицинской службы при принятии решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения методикой организации и правилам оказания всех видов медицинской помощи, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; Методикой проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации и в зоне чрезвычайной ситуации.</p>	<p>формирований и организаций службы медицины катастроф с другими службами Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций; Методикой организации и правилами проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний и в очагах особо опасных инфекций, а также в районах аварий, катастроф и стихийных бедствий; Методикой планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на этапе медицинской эвакуации.</p>	<p>Организовать работу нештатных формирований Службы медицины катастроф Минобороны России (бригады специализированной медицинской помощи, группы специалистов, врачебно-сестринские бригады); Организовать работу согласно профессиональным компетенциям и должностных обязанностей в составе медицинского отряда специального назначения; Составить план санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых в зоне ЧС и обеспечить его реализацию. Владеет: Методами оценки различных факторов, влияющих на систему медицинского обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Методиками сбора, обработки информации и алгоритмом принятия решения на медицинское обеспечение пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях; Методикой планирования системы медицинского</p>
--	---	---	---

			обеспечения пострадавшего населения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций силами и средствами медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации; методикой планирования и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне чрезвычайных ситуаций.
--	--	--	---

2.1. Перечень вопросов для компьютерного тестирования государственной (итоговой) аттестации

Комплект тестовых заданий состоит из 1000 вопросов, которые введены в компьютерную программу. Во время тестирования компьютерная программа автоматически случайным образом выбирает из общей базы данных 60 вопросов, относящихся ко всем разделам основной образовательной программы по специальности.

1. Норматив обеспеченности врачевскими кадрами стоматологической ортопедической помощи в расчете на 10 000 населения

1. 0,25
2. 0,5
3. 1,0
4. 1,5
5. 2,0

2. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает

1. осмотр
2. пальпацию
3. опрос
4. рентгенографическое исследование

3. В основном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

1. поверхностные шейные лимфатические узлы
2. диафрагмальный нерв
3. внутренняя яремная вена
4. диафрагмальный нерв

4. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

5. Отношение между экстра - и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

1. при I форме феномена Попова
2. при II форме, 2-я группа феномена Попова

3. при II форме , 1-я группа феномена Попова

4. при III форме феномена Попова

6. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

1. расширением суставной щели
2. сужением суставной щели
3. нечеткостью контуров суставной головки
4. деформацией костных элементов сустава

7. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

1. полукруг
2. трапеция
3. треугольник
4. верхнего – полуэллипс, нижнего – парабола

8. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется стертостью небной поверхности верхних резцов, называется

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

9. Этиопатогенетическая классификация патологической стираемости предложена:

1. профессором А.С. Щербаковым
2. профессором В.Ю. Курляндским
3. профессором А.И. Дойниковым
4. профессором В.Н. Копейкиным

10. Основные параметры функциональной ценности зуба

1. воспаление десны и цвет зуба
2. цвет и размер зуба
3. атрофия кости и подвижность зуба
4. подвижность зуба и зубные отложения
5. зубные отложения и воспаление десны

11. Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы являются

1. нарушение жевания, окклюзии и артикуляции
2. нарушение эстетических норм, дыхания и речи
3. нарушение окклюзии, речи и глотания

12. Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается

1. на лобную часть головы
2. на лобно-теменную часть головы
3. на лобно-теменно-затылочную часть головы
4. на шею
5. на подбородок

13. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения

1. в периоде временного прикуса
2. в начальном периоде смешанного прикуса
3. в конечном периоде смешанного прикуса
4. в периоде постоянного прикуса
5. во всех периодах формирования прикуса

14. Для деформирующего остеопароза характерным является

1. чрезмерное резцовое перекрытие
2. отсутствие части зубов
3. истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
4. стирание сочлененных поверхностей
5. склерозирование сочлененных поверхностей

15. Прямой прикус характеризуется

1. нарушением контактов боковых зубов
2. нарушением контактов передних зубов
3. нарушением контактов всех зубов
4. укорочением овала верхней зубной дуги
5. укорочением овала нижней зубной дуги

16. Постоянный прикус формируется в возрасте

1. от 6 до 12 лет
2. от 12 до 15 лет
3. от 15 до 18 лет
4. от 18 до 24 лет
5. после 24 лет

17. При верхнечелюстной микрогнатии у взрослых целесообразно применить лечение

1. сочетание компактостеотомии с аппаратурным
2. дуги с помощью дуг Энгля
3. с помощью пластинки с винтом
4. повышение прикуса
5. с помощью ретракционной пластинки

18. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть

1. нарушение речи
2. чувство дискомфорта
3. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
4. увеличение атрофии альвеолярных отростков
5. повреждение пародонта оставшихся зубов

19. Основной ошибкой при лечении взрослых с глубоким (вторичным) прикусом является

1. протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса
2. расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов
3. необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти
4. повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки

20. Гипсовая модель по слепку, полученному альгинатным слепочным материалом, должна быть отлита не позднее

1. 15 мин
2. 60 мин
3. 24 ч

21. «Ключом окклюзии» (по Энгля), характеризующим признак прикуса, является соотношение

1. центральных резцов
2. боковых резцов
3. клыков
4. первых премоляров
5. вторых премоляров
6. первых моляров
7. вторых моляров

22. К пятому классу по классификации полостей коронок зубов по Блэку относятся полости

1. располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
2. на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
3. на проксимальных поверхностях передних зубов
4. на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
5. все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

23. При заболеваниях пародонта возможно применение полукоронок в качестве шин

1. да
2. да, если пародонтит легкой и средней степени
3. да, только с предварительным депульпированием зубов
4. нет

24. Средняя длина корня бокового резца нижней челюсти составляет

1. 10.0 мм
2. 11.0мм
3. 12.0 мм
4. 13.9 мм
5. 14.0 мм

25. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина

1. так как это благородный металл
2. так как имеет минимально возможную толщину

3. так как достаточно жестка и не образует окислов

4. так как по химическим свойствам совместима с фарфором

5. так как имеет высокую температуру плавления

26. При изготовлении штифтовых конструкций толщина стенок корня зуба должна быть не менее

1. 0,5 мм

2. 1,0 мм

3. 2,0 мм

27. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплавов

1. хромокобальтового

2. хромоникелевого

3. золотого 900 пробы

4. из нержавеющей стали

28. Толщина гильзы для изготовления штампованной коронки из нержавеющей стали равна

1. 0,12 мм

2. 0,22 мм

3. 0,40 мм

4. 0,50 мм

29. Для двойного слепка используются слепочные массы

1. твердокристаллические

2. силиконовые

3. альгинатные

4. термопластические

30. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

1. на верхней челюсти

2. на нижней челюсти

3. на обеих челюстях одинаково

4. преимущественно во фронтальной группе зубов

5. преимущественно в группе боковых зубов

31. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными

протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в медиальную сторону, рекомендуется использовать

1. опорно-удерживающие кламмеры

2. многозвеньевые кламмеры

3. непрерывные кламмеры

4. дробители нагрузки

5. антипрокидыватели

32. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

1. на всю длину базиса

2. на 1/3 длины базиса протеза

3. на 1/2 длины базиса протеза

4. на 2/3 длины базиса протеза

5. на 3/4 длины базиса протеза

33. Ширина верхней задней дуги

1. 3.0 ± 2.0 мм

2. 4.0 ± 2.0 мм

3. 5.0 ± 2.0 мм

4. 6.0 ± 2.0 мм

5. 8.0 ± 2.0 мм

34. Толщина ограничителя базиса

1. 5.0 ± 0.2 мм

1. 4.0 ± 0.2 мм

2. 3.0 ± 0.2 мм

3. 2.0 ± 0.2 мм

4. 1.0 ± 0.2 мм

35. Толщина удлиняющего плеча кламмера Роча у окончания

1. 0.4 мм

2. 0.6 мм

3. 0.8 мм

4. 1.0 мм

5. 1.2 мм

36. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии

1. обзора

2. экватора зуба

3. продольной оси зуба

4. десневого края

5. жевательной поверхности

37. Плечо кламмера Аккера должно иметь

1. прямую форму
2. клиновидную форму
3. саблевидную форму
4. серповидную форму у
5. кольцевидную форму

38. Дублирование модели делают с помощью

1. альгинатного материала
2. силиконового материала
3. гидроколлоидного материала
4. термопластического материала
5. эвгеполоксидцинкового материала

39. Моделирование тела цельнолитого мостовидного протеза производится

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

40. Показания к изготовлению составного мостовидного протеза

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

41. Дефект зубного ряда в области передних зубов, по классификации Кеннеди, относится к классу

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

42. Укрепление фронтальных фарфоровых зубов в базисе пластиночного протеза достигается с помощью

1. цилиндрических крапюнов
2. пуговчатых крапюнов

3. полостей внутри зуба

43. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют

1. быстротвердеющей пластмассой
2. гипсовым блоком
3. металлической проволокой
4. увеличением толщины воска

44. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают

1. с определения высоты нижнего отдела лица
2. с введения протеза в полость рта
3. с введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами
4. с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

45. При комбинированном методе гипсовки после разъединения частей кюветы искусственные зубы

1. остаются в основании кюветы
2. переходят в верхнюю часть кюветы
3. боковые переходят в верхнюю часть кюветы, передние остаются в основании кюветы

46. Эстезиометр – аппарат для определения

1. податливости слизистой оболочки
2. подвижности слизистой оболочки
3. болевой чувствительности
4. выносливости пародонта

47. Припасовка съемного пластиночного протеза производится

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

48. Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится

1. в день наложения протеза
2. на следующий день после наложения протеза

3. через неделю после наложения протеза
4. через месяц
5. только при появлении болей

49. Для изготовления литых кламмеров в съемных протезах применяют сплавы золота пробы

1. 583
2. 750
3. 900

50. Параллелометрия осуществляется

1. при припасовке и проверке каркаса бюгельного протеза в клинике
2. при припасовке литого каркаса на модели в лаборатории
3. при моделировании каркаса бюгельного протеза
4. при планировании каркаса бюгельного протеза

51. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод предварительной подготовки

1. мануальная терапия
2. хирургический
3. физиотерапевтический
4. ортодонтический

52. При формировании границ базиса протеза необходимо учитывать

1. вид прикуса
2. топографию пассивно подвижной слизистой
3. межальвеолярную высоту

53. Положение покоя нижней челюсти определяет

1. тонус жевательных мимических мышц
2. миостатические рефлекс
3. эластичность и упругость слизистой оболочки

54. Укажите фактор, который следует учитывать при конструировании фонетически эффективного протеза

1. постановку искусственных зубов
2. форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза

3. более точное воспроизводство суставного пути
4. более точное воспроизводство резцового пути

55. Для эффективной речевой адаптации при ортопедическом лечении больных важно учесть

1. функциональные особенности языка
2. функциональную характеристику жевательных мышц
3. функцию слюнных желез
4. конструкционные особенности

56. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

1. при сухой малоподатливой слизистой оболочке
2. при гипертрофированной слизистой оболочке
3. при "болтающемся" альвеолярном гребне
4. при повышенном рвотном рефлекс

57. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками

1. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
2. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо, выраженный торус
3. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо, слабо выраженный торус

58. Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки по Люнду

1. область сагиттального шва имеет незначительный подслизистый слой, малоподатлива
2. область альвеолярного отростка имеет незначительный подслизистый слой, малоподатлива
3. дистальная треть твердого неба имеет подслизистый слой богатый слизистыми

железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости
4. область поперечных складок имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

59. Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается

1. адгезией
2. функциональной присасываемостью
3. адгезией и функциональной присасываемостью

60. Мышцы, обуславливающие смещение индивидуальной ложки при проведении функциональной пробы – попеременный упор кончиком языка в правую и левую щеки

1. челюстно-подъязычные, двубрюшные, подбородочно-подъязычные
2. подбородочные и круговая мышца рта
3. челюстно-подъязычные

61. При получении функционального слепка его края оформляют при помощи

1. пассивных движений
2. функциональных проб
3. фонетических проб

62. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках

1. нижнем
2. верхнем
3. нижнем и верхнем
4. расположение насечек не имеет значения

63. Угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен

1. 40-60°
2. 80-90°
3. 100-120°

64. Для проверки клинического этапа «Проверка конструкции съемного протеза» из лаборатории получают

1. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
2. модели с восковыми базисами и искусственными зубами
3. модели с восковыми базисами и искусственными зубами, зафиксированными в артикуляторе
4. восковые базисы с искусственными зубами
5. неполированные протезы

65. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

66. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

1. переднее
2. среднее
3. заднее
4. переднесреднее
5. среднезаднее

67. Укажите главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер

1. устойчивость зуба
2. выраженность анатомического экватора
3. высота клинической коронки
4. поражение твердых тканей зубов
5. отсутствие периапикального воспаления

68. Толщина плеча кламмера Аккера у основания

1. 0.5 ± 0.2 мм
2. 0.8 ± 0.2 мм
3. 1.0 ± 0.2 мм
4. 1.2 ± 0.4 мм
5. 1.8 ± 0.4 мм

69. Толщина небной пластинки

1. 1.5 ± 0.2 мм

2. 1.0 ± 0.2 мм
3. 0.8 ± 0.3 мм
4. 0.4 ± 0.2 мм
5. 0.2 ± 0.2 мм

70. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти обусловлено следующим положением фронтальных зубов нижней челюсти

1. выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
2. выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
3. вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
4. желанием пациента
5. высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

71. Кипмайдер - это

1. шинирующее устройство
2. фиксирующее устройство
3. антипрокидывающее устройство
4. эстетическое приспособление
5. декоративный элемент

72. Ширина кламмера заднего действия (одноплечего) у основания

1. 0.5 ± 0.5 мм
2. 1.0 ± 0.5 мм
3. 1.5 ± 0.5 мм
4. 2.0 ± 0.5 мм
5. 2.5 ± 0.5 мм

73. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, принято называть

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

74. Техник моделирует каркас цельнолитого бюгельного протеза на следующей модели

1. диагностической
2. рабочей

3. дублированной гипсовой
4. огнеупорной супергипсовой
5. дублированной огнеупорной

75. Наличие патологического костного и зубодесневого кармана

характерно для

1. пародонтоза
2. пародонтита
3. гингивита

76. Для правильного использования метода избирательной пришлифовки зубов при пародонтите применение диагностических моделей

1. обязательно
2. необязательно
3. может быть заменено рентгенографией

77. Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия

1. шина Ванкевич
2. шина Порта
3. проволочная шина-скоба

78. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе на сохранившемся участке челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

1. фиксирующие кламмеры
2. магнитные элементы
3. телескопические коронки
4. использование эластичной массы
5. использование пружинных элементов

79. Наиболее объективными клиническими методами

при оценке функциональной ценности obtурирующего протеза являются

1. осмотр полости рта
2. фонетические пробы
3. глотание воды
4. проверка окклюзии и артикуляции
5. выявление зон повышенного давления

80. При лечении переломов целесообразно применять

1. шины гнутые из алюминиевой проволоки
2. шины из быстротвердеющих пластмасс
3. стандартные шины назубные ленточные
4. сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми
5. индивидуальные шины лабораторного изготовления

81. Назовите признак наиболее тяжелого повреждения верхней челюсти

1. повреждение соседних органов
2. резкие функциональные нарушения
3. повреждение основания черепа
4. значительное нарушение верхней челюсти

82. Изгибать головку титанового имплантата можно

1. на 30°
2. до 10°
3. не более 45°
4. до 15°
5. изгибать нельзя

83. Стерилизуют имплантаты

1. в автоклаве
2. в суховоздушном стерилизаторе
3. в автоклаве или в сухожаровом шкафу
4. химическим способом

84. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как

1. окклюзионные нарушения
2. подвижность имплантата
3. нарушение функции жевания

85. У одного больного максимально может быть установлено имплантантов

1. один
2. два-три
3. не более шести
4. 6-8
5. в соответствии с количеством удаленных зубов

86. Возможными путями ускорения заживления кости являются

1. раннее протезирование
2. электрическая стимуляция
3. миогимнастика
4. стимуляция, невозможна

87. Классификация имплантатов предложена

1. проф. А. И. Матвеевой
2. проф. В. Н. Олесовой
3. проф. М. З. Миргазизовым
4. проф. И. Ю. Лебедеенко

88. Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантаты является

1. седловидная
2. касательная
3. промывная

89. Имплантация не производится

1. при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава
2. при остеомиелите челюстей
3. при парафункции
4. при эндокринных заболеваниях
5. при всех вышеперечисленных заболеваниях

90. Применение мембран способствует

1. иммобилизации имплантата
2. защите раневой поверхности
3. направленной костной регенерации

91. Поперечный паз на альвеолярном гребне при использовании

- субпериостального имплантата создают
1. для отметки области расположения опорных головок
 2. для расположения элементов каркаса вровень с поверхностью кости
 3. для устранения возможного бокового смещения
 4. для лучшей адаптации имплантата
 5. в целях эстетики

92. Средний период приживления

внутрикостных имплантатов на нижней

челюсти составляет

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 6 месяцев
5. 1 год

93. Стерилизацию имплантата из хромо-кобальтового сплава осуществляют

1. в автоклаве
2. в 2% растворе хлорамина
3. в тройном растворе
4. в спирте 96°
5. в перекиси водорода 4%

94. Имплантат из гранулированной керамики относят к

1. опорным
2. замещающим
3. опорно-замещающим

95. Больной Ж.. 50 лет.

Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, дентоальвеолярное удлинение жевательных зубов на верхней челюсти справа, патологическая стираемость со снижением высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Зубная формула:

00654321 | 12045070

07600321 | 12340070

Наиболее целесообразным планом лечения в представленной клинической ситуации является

1. имплантация и ортопедическое лечение
2. нормализация окклюзионной плоскости, восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, адаптация к новой высоте в течение 3-6 месяцев и затем, имплантация и заключительное протезирование
3. восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, затем имплантация и заключительное протезирование
4. имплантация и заключительное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица

96. Порядок прорезывания постоянных зубов

1. 6-1-2-3-4-5-7
2. 1-2-4-5-3-6
3. 6-1-2-4-3-5-7

97. Зубная дуга нижней челюсти

1. меньше альвеолярной дуги
2. больше альвеолярной дуги
3. равна альвеолярной дуге

98. Микродензия – это

1. увеличение размеров зубов
2. уменьшение размеров зубов
3. уменьшение количества зубов

99. Микрогнатия относится к аномалиям

1. размера челюстей
2. положения челюстей
3. формы челюстей

100. Наиболее часто используют метод параллелометрии

1. произвольный
2. определение среднего наклона длинных осей опорных зубов
3. выбора

101. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом посещений пациентов в день, составляет

1. 7,0
2. 10,0
3. 12,0
4. 14,0
5. 16,0

102. Клиническая шейка зуба соответствует

1. переходу эмали в цемент корня
2. границе над - и поддесневой частей зуба
3. экватору зуба

103. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует

1. мышцу, опускающую небную занавеску
2. мышцу, поднимающую небную занавеску
3. небно-язычную

4. язычок
5. щечную

104. Для выявления возможности прохождения корневых каналов 26 зуба целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

105. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на $\frac{1}{2}$ длины корня относится (по Пономаревой В.А.)

1. к I форме
2. ко II форме, 1-ой группе
3. ко II форме, 2-ой группе

106. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

1. сужением суставной щели
2. отсутствием суставной щели
3. расширением суставной щели
4. изменением формы костных элементов сустава

107. Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

1. каждый зуб имеет по одному антагонисту
2. смыкание по 2 классу Энгля
3. каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим.
4. смыкание по 3 классу Энгля

108. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено

1. смещением нижней челюсти
2. ростом альвеолярного отростка челюстей
3. изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава

4. выдвиганием зубов
5. ошибкой препарирования

109. При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится

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

110. В одонтопародонтограмме В.Ю. Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается

1. в процентах (%)
2. в килограммах (кг)
3. в коэффициентах
4. в граммах на квадратный миллиметр (г/мм²)

111. При изучении диагностических моделей важна информация

1. соотношение оральных бугров моляров и премоляров верхней и нижней челюсти
2. характер смыкания передних зубов
3. совпадение средних линий между центральными резцами
4. форма зубных дуг

112. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является

1. нормализация жевания
2. нормализация глотания
3. нормализация речи
4. нормализация положения нижней челюсти
5. профилактика

113. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов

1. компактостеотомии
2. электростимуляция
3. массаж
4. вакуумная терапия
5. вибро-вакуумная терапия

114. На функциональное состояние жевательных мышц влияет

1. нарушение микроциркуляции пародонта
2. состояние пульпы сохранившихся зубов
3. положение верхней челюсти
4. нарушение окклюзии

115. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует

1. соотношение зубных дуг
2. положение зубов
3. топография зубов
4. топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
5. топография челюстей

116. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

1. на них легче поставить передние зубы
2. постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов
3. съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
4. на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
5. на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

117. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является

1. недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
2. макроденция
3. мезиальное смещение боковых зубов
4. уменьшение длины апикального базиса
5. несоответствие величины апикального базиса и величины зубов

118. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является

1. большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
2. нарушений речи
3. сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
4. недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломки его
5. сочетание аномалии с дефектами зубного ряда

119. Наиболее эффективным методом лечения открытого прикуса является

1. лечение путем шлифования контактирующих зубов
2. удаление контактирующих зубов
3. комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический
4. внедрение контактирующих зубов
5. перемещение контактирующих зубов

120. Для ускорения кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется

1. поваренная соль
2. сахар
3. тетраборат натрия (бура)

121. Окклюзия – это

1. всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
2. смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе
3. всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней

122. При препарировании твердых тканей клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

1. на вершинах бугров
2. в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
3. на вершинах бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
4. на проксимальных поверхностях
5. на оральной поверхности в области слепой ямки

123. Назначение корневой защиты штифтового зуба

1. без корневой защиты невозможно соединение штифта с коронковой частью
2. исключает травму десневого края
3. предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации
4. уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба

124. Средняя длина корня клыка нижней челюсти составляет

1. 14.9мм
2. 16.0 мм
3. 16.5 мм
4. 17.0 мм
5. 17.5 мм

125. Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет

1. 0.25 мм
2. 0.025 мм
3. 0.075 мм
4. 0.1 мм
5. 0.50мм

126. Штифтовый зуб с вкладкой

1. по Логану
2. по Ричмонду
3. по Ахметову
4. по Ильиной – Маркасян

127. При препарировании зуба для изготовления коронки с боковых поверхностей зуба осуществляют сошлифовку

1. на толщину материала коронки
2. соответственно периметру шейки зуба
3. только экватор

128. Полимеризация пластмассы при атмосферном давлении производится при температуре

1. 680°C
2. 100°C
3. 120°C

129. При препарировании зубов под фарфоровую коронку апроксимальные стенки должны

1. быть строго параллельны
2. слегка дивергировать
3. конвергировать под углом 6 – 8°
4. конвергировать под углом 15 – 20°
5. конвергировать под углом 9°

130. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

1. 1 мм
2. 2мм
3. 3 мм
4. 4 мм
5. 5 мм

131. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов I-A класса по Кеннеди

1. переднее
2. среднее
3. заднее
4. переднесреднее
5. среднезаднее

132. У паяных золотых протезов в сравнении со стальными

1. выше гальванизм и выше твердость
2. выше гальванизм, но ниже твердость
3. ниже гальванизм, но выше твердость
4. ниже гальванизм и ниже твердость

133. Ширина верхней передней дуги

1. 6.0±2.0 мм
2. 7.0±2.0 мм
3. 8.0±2.0 мм
4. 9.0±2.0мм
5. 10.0±2.0 мм

134. Величина зазора между каркасом седла бюгельного протеза и слизистой оболочкой альвеолярного отростка

1. нет зазора

2. 0.2 мм
3. 0.5 мм
4. 1 мм
5. не менее 1.5 мм

135. Ширина плеча кольцевидного
кламмера у основания

1. 2.0 ± 0.5 мм
2. 1.5 ± 0.5 мм
3. 1.0 ± 0.5 мм
4. 0.5 ± 0.5 мм
5. 0.3 ± 0.2 мм

136. Наиболее важной линией при
расположении удерживающих элементов в
съёмном протезе является

1. продольная ось зуба
2. линия анатомического экватора
3. линия вертикали
4. кламмерная линия
5. линия десневого края

137. Место расположения окклюзионной
лапки кламмера должно иметь

1. плоскую форму
2. форму ласточкина хвоста
3. форму полусферы
4. форму квадрата
5. ложечкообразную форму

138. Для получения огнеупорной модели
необходимо иметь

1. этилсиликат
2. корунд
3. силамин
4. маршалит
5. супергипс

139. Расплавление золотого сплава при
литье производится

1. газовой горелкой
2. бензиновой горелкой
3. вольтовой дугой
4. высокочастотным полем электрического
тока

140. Опорами съёмного мостовидного
протеза могут являться

1. коронки, полукоронки, штифтовые
зубы, вкладки

2. вкладки, коронки, штифтовые
культевые вкладки, полукоронки
3. полукоронки, штифтовые зубы,
вкладки, опорно-удерживающие
кламмеры

4. опорно-удерживающие кламмеры,
полукоронки, штифтовые зубы,
телескопические коронки

№ 5. телескопические коронки, опорно-
удерживающие кламмеры, аттачмены

141. Болевая чувствительность слизистой
оболочки протезного ложа определяется

1. гнатодинамометром
2. эстезиометром
3. электронно-вакуумным аппаратом

142. Съёмные пластиночные протезы по
способу передачи жевательного давления
относятся

1. к физиологичным
2. к полуфизиологичным
3. к нефизиологичным

143. Восковую конструкцию для
определения центральной окклюзии
изготавливают

1. из липкого воска
2. из моделировочного воска
3. из базисного воска
4. из бюгельного воска

144. На этапе проверки конструкции
протеза отсутствие контакта между
искусственными зубами и их
антагонистами, при наличии правильного
смыкания естественных зубов, связано с
ошибкой при определении центральной
окклюзии

1. фиксация бокового сдвига
2. фиксация сагиттального сдвига
3. отхождение воскового базиса с
окклюзионными валиками от слизистой
оболочки в момент смыкания челюстей

145. Внутренние напряжения в базисе
пластиночного протеза возникают при

1. несоблюдения режима подготовки пластмассы перед паковкой в кювету
2. нарушения режима прессовки пластмассового теста в кювете
3. нарушения режима полимеризации пластмассы
4. некачественной обработке поверхностей базиса протеза

146. Классификация Suppli предложена

1. для слепочных материалов
2. для функциональных слепков
3. для типов слизистой оболочки
4. для форм скатов альвеолярных гребней

147. Питievую соду добавляют в воду при хранении съемных протезов с целью

1. дезодорирования
2. уничтожения грибков Candida
3. уничтожения привкуса пластмассы

148. Этап получения слепка при починке съемного пластиночного протеза отсутствует

1. при переломе или трещине базиса
2. при отломе плеча кламмера
3. при необходимости установки дополнительного зуба

149. Бюгельный протез состоит

1. из дуги и искусственных зубов
2. из дуги, искусственных зубов и кламмеров
3. из дуги, искусственных зубов, кламмеров и седловидных частей
4. из каркаса, искусственных зубов, сегментов базиса

150. При изготовлении бюгельного протеза после определения центральной окклюзии и параллелометрии следует клинический этап

1. проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами
2. припасовка и наложение готового бюгельного протеза
3. припасовка каркаса бюгельного протеза
4. коррекция бюгельного протеза

151. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию является

1. нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты
2. профилактика артропатий
3. повышение эффективности жевания
4. удовлетворение эстетических запросов
5. восстановление функции речи

152. Наибольшее влияние на удержание полного съемного протеза оказывает

1. краевой замыкательный клапан
2. механические приспособления
3. мимическая мускулатура

153. Для правильного определения положения нижней челюсти по отношению к верхней важна

1. подготовка гипсовых моделей челюстей
2. определение высоты нижнего отдела лица
3. определение и формирование окклюзионной плоскости

154. Палатография дает информацию

1. о положении языка при определенной форме
2. о положении губ
- № 3. о взаимодействии языка, губ с зубами
- № 4. можно с помощью палатограммы определить изменение этих взаимодействий в связи с потерей зубов и протезированием
5. о состоянии слизистой оболочки неба

155. Лабораторная перебазировка протезов допустима

1. при недостаточном восстановлении функции жевания
2. при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования
3. при незначительном снижении высоты нижней трети лица
4. при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу

156. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

1. вперед
2. вниз
3. влево
4. вправо
5. лингвально
6. кзади и вверх

157. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера

1. три
2. четыре
3. пять

158. Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа по Лунду

1. область сагиттального шва имеет незначительный подслизистый слой, малоподатлива
2. область альвеолярного отростка имеет незначительный подслизистый слой, малоподатлива
3. дистальная треть твердого неба имеет подслизистый слой богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости
4. область поперечных складок имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

159. Клапанная зона – понятие

1. анатомическое
2. физиологическое
3. функциональное

160. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «глотание»

1. вестибулярный край между клыками
2. вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
3. язычный край в области моляров
4. язычный край в области премоляров
5. от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

161. Какой метод определения высоты нижнего отдела лица чаще используют

1. анатомический
2. анатомо-физиологический
3. антропометрический

162. Для фиксации центрального соотношения челюстей разогретый воск размещают на окклюзионных валиках

1. верхнем
2. нижнем
3. верхнем и нижнем
4. любом

163. Резцовой точкой называют место, находящееся между центральными резцами у

1. режущего края зубов верхней челюсти
2. десневого сосочка верхней челюсти
3. режущего края зубов нижней челюсти
4. десневого сосочка нижней челюсти

164. Перекрестная постановка искусственных зубов при изготовлении полных съемных протезов применяется при соотношении челюстей

1. ортогнатическом
2. прогеническом
3. прогнатическом
4. прямом

165. При медиальном наклоне дистального опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

1. Ней№1
2. Ней №2
3. Ней№3
4. Ней№4
5. Ней №5

166. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

1. в толщину
2. в ширину
3. в толщину и ширину
4. больше в ширину
5. больше в толщину

167. Наиболее выгодно направление
кламмерной линии

1. трансверзальное
2. сагиттальное
3. диагональное
4. все вышеперечисленное
5. трансверзально-сагиттальное

168. Толщина плеча кламмера Аккера у
окончания

1. 0.5 ± 0.1 мм
2. 0.6 ± 0.1 мм
3. 0.9 ± 0.1 мм
4. 1.0 ± 0.1 мм
5. 1.2 ± 0.1 мм

169. Толщина язычной пластинки у
зубного ряда

1. 1.5 ± 0.1 мм
2. 1.0 ± 0.1 мм
3. 0.8 ± 0.1 мм
4. 0.5 ± 0.1 мм
5. 0.3 ± 0.1 мм

170. Величина зазора между слизистой
оболочкой неба и небной пластинкой

1. не более 0.8 мм
2. не более 0.5 мм
3. не более 0.4 мм
4. не более 0.3 мм
5. нет зазора

171. Ширина плеча у основания Т-
образного кламмера Роуча составляет

1. 0.5 мм
2. 0.8 мм
3. 1,0 мм
4. 1.5 мм
5. 1.8 мм

172. Ширина кламмера заднего действия
(одноплечего) у окончания

1. $0,4 \pm 0.2$ мм
2. 0.6 ± 0.2 мм
3. 0.8 ± 0.2 мм
4. 1.0 ± 0.2 мм
5. 1.2 ± 0.2 мм

173. Часть коронковой поверхности зуба,
расположенной между контрольной
линией и десневым краем, называется

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

174. Для получения огнеупорной модели
необходимо сделать

1. параллелометрию рабочей модели
2. параллелографию рабочей модели
3. изолировать зоны поднутрения рабочей модели
4. дублировать рабочую модель
5. пропитать водой рабочую модель

175. При повышении внутриканального
давления сосуда пародонта

1. расширяются
2. сужаются

176. При пародонтите избирательная
пришлифовка зубов осуществляется

1. для устранения преждевременных контактов
2. для исключения отдельных зубов из окклюзии
3. для подготовки зубов к шинированию

177. Укажите аппараты, относящиеся к
группе внутриротовых назубных
фиксирующих

1. проволочные шины по Тигерштадту
2. шина Вебера
3. шина Порта

178. Конструкция obtурирующей части
протеза при срединном дефекте костного
неба следующая

1. на базе нет obtурирующей части
2. obtуратор высоко входит в полость носа
3. obtуратор полый
4. на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик
5. obtуратор возвышается над базисом на 2-3 мм

179. К характерным признакам неправильно сросшихся обломков при переломе нижней челюсти относятся

1. нарушение функции речи
2. нарушение формирования пищевого комка
3. несмыкание ротовой щели
4. нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
5. аномальное положение зубов

180. Наиболее важной характеристикой шин для лечения переломов челюстей является

1. быстрота изготовления
2. стандартизация шин
3. гигиеничность шин
4. отсутствие окклюзионных нарушений
5. надежность фиксации отломков

181. Тактика врача по отношению к вывихнутым или резкоподвижным зубам, находящимся в зоне повреждения (перелома) челюсти

1. депульпирование этих зубов
2. цитирование с помощью лигатурной проволоки
3. шинирование быстротвердеющей пластмассой
4. удаление

182. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

1. толще на 0.3 мм
2. тоньше на 0.2 мм
3. толщина одинакова
4. толще на 0.2 мм
5. тоньше на 0.5 мм

183. Цель пассивации - это

1. упрочнение имплантата
2. удаление инородных включений
3. создание окисной пленки
4. устранение внутренних напряжений в металле
5. улучшение кристаллической структуры

184. Наиболее частая причина потери имплантата

1. плохая гигиена полости рта
2. нерациональное питание
3. нерациональное протезирование
4. нарушение обмена веществ

185. Анатомические образования, которые следует учитывать при проведении имплантации на в/ч

1. придаточные пазухи
2. внутреннюю косую линию
3. наружную косую линию

186. Наиболее часто используются в клинике имплантаты

1. эндоденто-эндоссальные
2. трансмандибулярные
3. внутрикостные
4. внутрислизистые

187. В настоящее время для увеличения атрофированного альвеолярного отростка используют

1. каучук
2. гидроксипатит
3. полиуритан
4. нейлон
5. метилметакрилат

188. Цель повторных осмотров после имплантации - это

1. оценка состояния десны
2. оценка подвижности имплантата
3. проверка гигиены полости рта
4. удаление зубных отложений

189. Материалом для изготовления имплантатов является

1. керамика
2. титан
3. КХС
4. пластмасса

190. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является

1. вертикальная нагрузка
2. вдоль оси имплантата
3. боковая нагрузка в области шейки

- 4. боковая нагрузка в области вершины головки
- 5. нагрузка под острым углом к имплантату

191. Определять местоположение головок внутрикостного имплантата рекомендуется

- 1. Ад окулюс
- 2. с помощью пластмассовой прозрачной пластинки
- 3. произвольно
- 4. посредством применения измерительных линеек
- 5. рекомендаций нет

192. К методам диагностики перед имплантацией относятся

- 1. телерентгенография
- 2. компьютерная томография
- 3. функциональные пробы Гербста
- 4. жевательные коэффициенты

193. При стерилизации имплантатов из титана осуществляют способ

- 1. обработка спиртом
- 2. обработка тройным раствором
- 3. обработка формалином
- 4. 3% раствор перекиси водорода
- 5. суховоздушный способ

194. В имплантологии используют

- 1. углерод
- 2. керамику
- 3. нержавеющую сталь
- 4. полиметилметакрилат

195. Больная Ж., 20 лет.

Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда верхней челюсти, генерализованный пародонтит на фоне сахарного диабета.

Зубная формула	07050301
12300070	
00000000	00000000

Остеопороз челюстных костей.

Внутрикостная имплантация в данном примере

- 1. имплантация невозможна

- 2. имплантация возможна с помощью субпериостального имплантата
- 3. имплантация возможна в отдаленные сроки
- 4. имплантация может быть проведена по настоятельной просьбе больной
- 5. имплантация может быть проведена опытным врачом

196. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с

- 1. продольными фиссурами нижних
- 2. язычными бугорками нижних
- 3. вестибулярными бугорками нижних

197. Базальная дуга нижней челюсти

- 1. меньше альвеолярной дуги
- 2. больше альвеолярной дуги
- 3. равна альвеолярной дуге

198. Макродентия – это

- 1. уменьшение размеров зубов
- 2. увеличение количества зубов
- 3. увеличение размеров зубов

199. Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям

- 1. размера челюстей
- 2. положения челюстей
- 3. формы челюстей

200. Линия, разделяющая коронку зуба на окклюзионную и ретенционную части называется

- 1. разделительной
- 2. межевой
- 3. окклюзионной

201. Врач-ортопед по нормативу должен принять в час

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

202. Анатомическая шейка зуба соответствует

- 1. переходу эмали в цемент корня

2. границе над- и поддесневой частей зуба
3. экватору зуба

203. В поднимании нижней челюсти участвует мышца

1. собственно жевательная
2. латеральная крыловидная
3. нижнечелюстная

204. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики для выявления соотношения размеров зубных рядов верхней и нижней челюстей является

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

205. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов

1. расширена
2. сужена
3. не изменена

206. Метод исследования, позволяющий определить взаимное расположение головки, диска и ската суставного бугорка верхней челюсти

1. компьютерная томография
2. телерентгенография
3. реография ВНЧС
4. окклюзиография

207. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энглю положен принцип

1. соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров)
2. аномалии зубов
3. принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

208. Дополнительными методами обследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов является

1. клинический анализ крови

2. аллергологические пробы
3. биохимический анализ крови
4. рентгенологическое исследование зубов и челюстей и ВНЧС

209. Аллергическая реакция является

1. специфической
2. неспецифической
3. смешанной
5. комбинированной

210. За степень атрофии лунки зуба принимается размер, полученный при зондировании зубодесневого кармана

1. с медиальной стороны
2. с дистальной стороны
3. с вестибулярной стороны
4. с оральной стороны
5. в месте наибольшей атрофии

211. Диагностические модели получают из

1. амальгамы
2. гипса
3. пластмассы
4. композита

212. У пациентов с глубоким прикусом 1. стоматологический статус остается без изменений

2. возрастает степень активности кариозного процесса
3. наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта
4. возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта
5. ухудшается гигиеническое состояние полости рта

213. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является

1. изготовление съемного протеза
2. рентгенообследование, массаж
3. удаление зубов на противоположной челюсти

4. наблюдение
5. закрытие дефекта за счет соседних зубов

214. Основной задачей ортодонтического лечения является

1. устранение морфологических нарушений
2. устранение функциональных нарушений
3. устранение эстетических нарушений
4. создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
5. устранение функциональных и эстетических нарушений

215. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует

1. соотношение зубных дуг
2. топография альвеолярных дуг
3. топография и размеры челюстных костей
4. топография других лицевых костей
5. размер и положение зубов

216. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают

1. устранение вредных привычек
2. коррекцию мягких тканей
3. удаление отдельных зубов
4. пришлифование бугров отдельных зубов
5. создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы

217. Психосоматическое состояние организма человека характеризует

1. 2 типа нервной деятельности
2. 3 типа нервной деятельности
3. 4 типа нервной деятельности
4. 5 типов нервной деятельности
5. 6 типов нервной деятельности

218. Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым

1. более равномерное распределение жевательного давления между опорными

зубами и слизистой оболочкой протезного ложа

2. язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком
3. предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия
4. металлический базис обладает более высокой механической прочностью (в отличие от пластмассового)

219. Орбитальная плоскость в норме проходит через

1. боковые резцы
2. клыки
3. первые премоляры
4. вторые премоляры
5. первые моляры

220. Для замедления кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется

1. хлорид калия
2. хлорид натрия
3. тетраборат натрия (бура)

221. Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет среднее

1. 0,5 – 1 мм
2. 2 – 4 мм
3. 6 – 8 мм

222. При препарировании твердых тканей премоляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

1. на верхушках бугров
2. в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
3. в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
4. на проксимальных поверхностях
5. жевательной поверхности

223. При изготовлении пластмассовых коронок нужно формировать уступ в пришеечной зоне

1. да
2. да, но только на передней поверхности
3. да, если зуб депульпирован
4. нет
5. нет, если у пациента глубокий прикус

224. Средняя длина корня центрального резца верхней челюсти составляет

1. 11.0мм
2. 11.5 мм
3. 12.0 мм
4. 12.5 мм
5. 13.3 м

225. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

1. патологическая стираемость зубов
2. если зуб депульпирован более года тому назад
3. если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад
4. если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад
5. дефект коронковой части на 3/4 и более

226. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку

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

227. При изготовлении штампованной коронки моделировка воском производится

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

228. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки вызывает

1. увеличение размера коронки
2. уменьшение размера коронки
3. образование внутренних пор

229. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо

1. провести пескоструйную обработку
2. провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
3. провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку

230. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

1. горизонтальное
2. под углом 5-10° к горизонтали
3. под углом 10-15° к горизонтали
4. под углом 15-20° к горизонтали
5. под углом 20-25° к горизонтали

231. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди

1. переднее
2. среднее
3. заднее
4. переднесреднее
5. заднесреднее

232. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

1. выше стираемость и выше цветостойкость
2. выше стираемость, но ниже цветостойкость
3. ниже стираемость и ниже цветостойкость
4. ниже стираемость, но выше цветостойкость

233. Ширина нижней дуги

1. 2.5±1.0мм
2. 3.0±1.0 мм
3. 3.5±1.0 мм
4. 4.0±1.0 мм
5. 5.0±1.0 мм

234. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

1. нет зазора
2. не более 0.1 мм
3. не более 0.3 мм

4. не более 0.5 мм
5. не более 0.8 мм

235. Толщина плеча кольцевидного
кламмера у основания

1. 0.8 ± 0.2 мм
2. 1.0 ± 0.2 мм
3. 1.2 ± 0.2 мм
4. 1.4 ± 0.2 мм
5. 1.6 ± 0.2 мм

236. Общую линию, проведенную по
коронковой части зубов на рабочей модели
при параллелографии, принято называть

1. линией поднутрения
2. линией анатомического экватора
3. линией обзора
4. линией десневого края
5. линией жевательной поверхности и
режущей поверхности

237. На одиночностоящий клык
применяется кламмер

1. Аккера
2. Роуча
3. Бонвиля
4. Свенсена
5. кольцевидный

238. Огнеупорную модель упрочняют

1. пропиткой водой
2. высушиванием
3. прокаливанием
4. нанесением изоляционного лака
5. пропиткой расплавленным парафином

239. На этапе припасовки паяного
мостовидного протеза врач получает
протез из зуботехнической лаборатории

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

240. При изготовлении несъемных литых
конструкций с облицовкой
(металлокерамика, металлопластмасса)
рабочая модель является

1. простой гипсовой

2. разборной с хвостовиками
3. восковой с хвостовиками

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

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

242. Показанием к изготовлению
съемного пластиночного протеза
может являться дефект зубного ряда
протяженностью (по количеству зубов)

1. от 1 до 16 зубов
2. от 3 до 5 зубов
3. от 5 до 10 зубов
4. от 6 до 14 зубов

243. При нанесении ориентиров для
постановки искусственных зубов линия,
опущенная от крыла носа, соответствует

1. медиальной поверхности клыка
2. дистальной поверхности клыка
3. середине клыка
4. середине первого премоляра
5. постановке центральных и боковых
резцов

244. Наличие бугоркового контакта
боковых искусственных зубов с
антагонистами, а во фронтальном участке –
разобщение, на этапе проверки
конструкции протеза связано

1. с неправильным подбором
искусственных зубов
2. со смещением нижней челюсти вперед
при определении центральной окклюзии
3. со смещением нижней челюсти в
сторону при определении центральной
окклюзии

245. Комбинированный метод гипсовки
применяют, когда

1. передние зубы поставлены на приточке,
а боковые – на искусственной десне

2. зубы поставлены на искусственной десне, а кламмеры располагаются в передней части протеза
3. изготавливают полный съемный протез

246. Под непосредственным пластиночным протезом процессы регенерации лунки зуба
1. замедляются
 2. ускоряются
 3. не изменяются

247. Срок пользования съемным пластиночным протезом (после чего его необходимо заменить новым)
1. 0,5 – 1 год
 2. 2 – 3 года
 3. 5 – 6 лет
 4. 7 – 8 лет
 5. не ограничен

248. При починке съемного протеза на нижнюю челюсть в связи с потерей естественного зуба необходимо
1. снять слепок с нижней челюсти без протеза
 2. снять слепок с нижней челюсти с протезом
 3. снять слепок с двух челюстей без протеза
 4. снять слепок с верхней челюсти и слепок с нижней челюсти с протезом

249. Плечо гнутого кламмера выполняет функцию
1. удерживающую
 2. опорную
 3. удерживающую и опорную

250. На первую коррекцию после наложения бюгельного протеза больного следует пригласить
1. на следующий день
 2. на 2-й день
 3. на 3-й день
 4. в случае возникновения боли

251. При конструировании полных протезов следует учитывать

1. состояние тканей протезного ложа
2. вид прикуса
3. возраст пациента

252. Смягчить отрицательное воздействие мышц (жевательных и мимических) на стабилизацию протеза может
1. соединительно-тканые прослойки переходных складок
 2. микроциркуляторное русло
 3. внутритканевая жидкость

253. Применять жесткие базисы целесообразно
1. при значительной атрофии беззубых челюстей
 2. при получении оттиска под контролем жевательного давления
 3. при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии
 4. при использовании фонетических проб для постановки зубов

254. Произношение фонемы "С" дает информацию
1. об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов
 2. о степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот)
 3. о выявлении аномального соотношения челюстей
 4. о выявлении привычки прокладывания языка между зубами

255. Применение эластичной пластмассы целесообразно
1. при протезировании в ранние (после удаления) сроки
 2. при очень резкой атрофии альвеолярных отростков
 3. для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов
 4. для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей
 5. при экзостозах

256. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

1. должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм
2. не должен доходить до линии "А" на 5 мм
3. должен оканчиваться на линии "А"

257. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками

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

258. Степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах

1. 0,01-0,04 мм
2. 0,1-4 мм
3. 5-10 мм

259. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов должна

1. покрывать пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактировать с куполом переходной складки (активно-подвижной слизистой оболочкой)
2. проходить по своду переходной складки
3. заканчиваться на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистой оболочки

260. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»

1. вестибулярный край в области моляров и передних зубов
2. язычный край в области моляров
3. от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

261. Разница величин высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и в центральной окклюзии (или центрального соотношения челюстей) составляет в среднем

1. 0,5 – 1мм
2. 2 – 4мм
3. 5 – 8мм
4. 8 – 10мм

262. При ортогнатическом прикусе во время смещения нижней челюсти в сторону одноименный бугорковый контакт наблюдается на стороне

1. рабочей
2. балансирующей
3. рабочей и балансирующей

263. Расстояние между резцовой точкой и суставными головками нижней челюсти в среднем равно (по Бонвиллю)

1. 7 см
2. 10см
3. 14,5 см

264. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза

1. на следующий день после наложения протеза
2. через неделю после наложения протеза
3. при появлении боли под протезом

265. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

266. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

1. касательное
2. не касается на 0.5-1 мм
3. не касается на 1-1.5 мм
4. не касается на 1.5-2 мм
5. не касается на 2-2.5 мм

267. Укажите основной элемент бюгельного протеза

1. дуга
2. седло с искусственными зубами
3. опорно-удерживающий кламмер
4. многозвеньевой кламмер
5. кипмайдер

268. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания

1. не менее 0.5 мм
2. не менее 0.8 мм
3. не менее 1.0 мм
4. не менее 2.5 мм
5. не менее 4.0 мм

269. Толщина язычной пластинки у нижнего края

1. 2.5 ± 0.1 мм
2. 2.0 ± 0.1 мм
3. 1.5 ± 0.1 мм
4. 1.0 ± 0.1 мм
5. 0.9 ± 0.1 мм

270. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

1. не более 0.7 мм
2. не более 0.5 мм
3. не более 0.3 мм
4. не более 0.2 мм
5. нет зазора

271. Ширина Т-образного плеча кламмера Роуча у окончания

1. 0.4 мм
2. 0,6 мм
3. 0.8 мм
4. 1.0мм
5. 1.2 мм

272. Толщина кламмера заднего действия (одноплечего) у основания

1. 0.6 ± 0.2 мм
2. 0.8 ± 0.2 мм
3. 1.0 ± 0.2 мм

4. 1.2 ± 0.2 мм

5. $1.4 \pm 0,2$ мм

273. Пространство, расположенное между боковой поверхностью зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа при заданном наклоне модели называется

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

274. Дублирование модели делают с помощью

1. альгинатного материала
2. силиконового материала
3. гидроколлоидного материала
4. термопластического материала
5. эвгенолоксицинкового материала

275. В одонтопародонтограмме

Курляндского глубину кармана отмечают

1. с указанием стороны, где локализованы наибольшие изменения
2. без указания стороны, где локализованы наибольшие изменения

276. При развившейся стадии пародонтита и большой подвижности зубов избирательную пришлифовку лучше проводить после

1. предварительного шинирования
2. удаления корней зубов
3. депульпирования

277. Лучшие результаты лечения дефектов верхней челюсти дает применение

1. ортопедического метода
2. хирургического метода
3. комбинированного метода

278. Контрактура нижней челюсти бывает

1. костная
2. рефлекторно-мышечная
3. атрофическая
4. гипертрофическая

279. Основным признаком, позволяющим определить наличие "ложного" сустава нижней челюсти во фронтальном участке, является

1. несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава
2. резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
3. смещение отломков в вертикальном направлении
4. подвижность обломков, определяющаяся при пальпаторном обследовании

280. Укажите один из характерных признаков переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

1. смещение подбородка в сторону
2. полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот
3. болезненность в области нижней челюсти
4. нарушение окклюзии
5. аномалия прикуса при сомкнутых зубах

281. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в щели перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов

1. удаление
2. консервативное лечение
3. шинирование быстротвердеющей пластмассой
4. шинирование с помощью лигатурной проволоки
5. лечение с применением антибиотиков

282. Инструмент "стружкоудалитель" предназначен

1. для удаления костных опилок
2. для удаления костных опилок и сглаживания неровностей
3. для удаления костных опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины
4. для удаления костных опилок, сглаживания неровностей, измерения глубины и углубления костного ложа
5. для всего вышеперечисленного

283. Показаниями к проведению имплантации являются

1. заболевания ВНЧС
2. концевые дефекты зубных рядов
3. нарушение окклюзии

284. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима

1. при расположении имплантатов на разных челюстях
2. при наличии больших дефектов зубных рядов
3. при использовании для имплантатов однородных металлов
4. во всех перечисленных случаях
5. недопустима

285. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является

1. внешнее воздушное охлаждение
2. охлаждение жидкостью с внешним подводом
3. охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
4. все способы хороши
5. подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке

286. Величина окисной пленки на поверхности титана

1. 5-7 ангстрем
2. 2-10 мкм
3. 30-50 ангстрем
4. 25-30 мкм
5. 40-60 мкм

287. Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

1. направлены вдоль имплантата
2. направлены перпендикулярно поверхности имплантата
3. направлены под определенным углом к имплантату
4. хаотично
5. образуют сетчатую структуру

288. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является

1. гладкая
2. шероховатая
3. пористая
4. пористая с уступом
5. безразлично

289. Имплантация противопоказана

1. при системных заболеваниях кости
2. при фарингите
3. при хроническом бронхите
4. при язвенной болезни желудка
5. при хроническом простатите

290. Наиболее благоприятное расположение эластичных прокладок в конструкциях, опирающихся на имплантат, является

1. в конструкции имплантата
2. между имплантатом и протезом
3. в протезе
4. в любом месте
5. в зубном протезе или имплантате

291. Субструктура субпериостального имплантата - это

1. фиксирующее приспособление имплантата
2. внутрикостная часть имплантата
3. каркас субпериостального имплантата под слизисто-надкостничным лоскутом
4. все, что находится под тканями организма
5. опорная балка субпериостального имплантата

292. Никелид титана относят к

1. биотолерантным материалам
2. биоинертным материалам
3. биоактивным материалам

293. Кондуктор служит

1. для удерживания имплантата
2. для правильной подготовки ложа под имплантат
3. для отвода тепла
4. для расширения краев раны
5. для проверки правильного положения имплантата

294. При имплантации общее состояние здоровья пациента

1. имеет небольшое значение
2. имплантация показана абсолютно здоровым пациентам
3. имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний
4. не имеет значения
5. зависит от объема операции

295. Больной И., 29 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди, расстояние от вершины гребня до синуса 20 мм, ширина гребня 8 мм. В данном примере показан вид имплантата

1. внутрикостный пластиночный
2. полный субпериостальный
3. частичный субпериостальный
4. эндодонто-эндоссальный
5. игольчатый

296. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют

1. с небными бугорками верхних
2. с продольными фиссурами верхних
3. со щечными бугорками верхних

297. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с

1. задним щечным бугорком нижнего 6
2. межбугорковой фиссурой нижнего 6
3. контактной точкой между нижними 6 и 5

298. Тортоаномалия - это

1. высокое положение зуба
2. поворот зуба вокруг вертикальной оси
3. вестибулярный наклон зуба

299. Наиболее полное представление о размерах челюстей дает

1. антропометрическое изучение строения лица ребенка
2. фотометрический метод
3. телерентгенография головы

300. Дефекты твердых тканей чаще поражают

1. окклюзионную поверхность
2. язычную поверхность
3. вестибулярную поверхность

301. Абсолютным показанием к протезированию является потеря жевательной эффективности по Н.А. Агапову свыше

1. 10%
2. 15%
3. 20%
4. 25
5. 50%

302. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется

1. 100 кг
2. 195 кг
3. 300 кг
4. 390 кг

303. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

1. к замедлению продуцирования коллагена фибробластами
2. к воспалительной реакции
3. к вазодилатации
4. к замедлению митотической активности эпителия

304. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении положения верхней челюсти по отношению к основанию черепа является

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

305. В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается

1. фиброзная ткань
2. рыхлая соединительная ткань
3. эпителиальная ткань

306. Аускультация височно-нижнечелюстного сустава при артрозе и хроническом артрите выявляет

1. звуки, напоминающие кошачье мурлыканье
2. равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
3. щелкающие звуки
4. отсутствие суставного шума

307. На ортопантомограмме получают развернутое рентгеновское изображение

1. верхней челюсти
2. нижней челюсти
3. верхней и нижней челюстей

308. При всех формах патологической стираемости показаны

1. штампованные коронки
2. цельнолитые протезы
3. внеротовые лечебные аппараты

309. Для выявления аллергической реакции на пластмассу используют

1. аппликационную пробу по Сорокину
2. провокационную пробу
3. экспозиционную пробу
4. лабораторное иммунологическое исследование

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

1. гнатодинамометрии
2. анатомических особенностей строения зубов
3. подвижности зубов
4. жевательных проб

311. Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели является

1. высота неба в области моляров
2. вертикальный размер резцов
3. длины верхней и нижней зубных дуг

312. Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента является

1. зубоальвеолярное удлинение в области моляров
2. зубоальвеолярное удлинение в области резцов
3. травмирование слизистой неба передними зубами нижней челюсти

313. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

1. кариозное разрушение коронок зубов
2. макроденция
3. сагиттальная щель
4. протрузия резцов
5. открытый прикус

314. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

1. изменения роста челюстей
2. изменения положения верхней челюсти
3. расширения верхней челюсти
4. устранения неправильного положения зубов
5. изменения формы челюстей

315. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует

1. соотношение зубных дуг
2. топография альвеолярных дуг
3. топография челюстных дуг
4. топография пограничных костей лицевого отдела черепа
5. топография мозговых костей черепа

316. Укажите наиболее обоснованное действие при прогеническом прикусе, характеризующимся протрузионным положением нижних зубов, ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм

1. перемещение в губном направлении только верхних зубов
2. перемещение язычно только нижних зубов
3. хирургическое лечение
4. сочетанная работа с верхней и нижней челюстью

5. повышение прикуса

317. Особенностью, характерной при протезировании больных с прогеническим прикусом, является

1. необходимость реконструкции высоты прикуса
2. сужение показаний к применению мостовидных протезов
3. возможность изготовления протезов с окклюзионными накладками
4. более объемные съемные и несъемные протезы
5. применение только съемных протезов

318. У больных с прогеническим прикусом и отсутствием контактов в области боковых зубов на верхнюю челюсть может применяться металлический базис следующей формы

1. в виде поперечной полоски
2. подковообразной формы
3. базис с окклюзионными накладками в области боковых зубов
4. в виде полной небной пластинки
5. в виде двух дуг

319. При ортодонтическом лечении перекрестного прикуса у взрослых можно добиться

1. расширения челюсти
2. перемещения альвеолярного отростка
3. торможения роста челюсти
4. перемещения зубов
5. изменения лицевого скелета

320. Слепок является отображением тканей протезного поля

1. позитивным
2. негативным
3. комбинированным

321. При использовании гипса в качестве слепочного материала его замешивают

1. на воде комнатной температуры
2. на воде теплой
3. на прилагаемом к материалу катализатору

322. При препарировании твердых тканей моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

1. на верхушках бугров
2. в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
3. на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
4. на проксимальных поверхностях
5. на жевательной поверхности

323. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться

1. не доходить до десны на 0.5 мм
2. не доходить до десны на 1.0 мм
3. на уровне десны
4. под десной на 0.5 мм
5. под десной на 1.0 мм

324. Средняя длина корня бокового резца верхней челюсти составляет

1. 12.9 мм
2. 13.5 мм
3. 14.0 мм
4. 14.5 мм
5. 15.0 мм

325. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет

1. 1/4 корня
2. 1/3 корня
3. 1/2 длины корня
4. 2/3 длины корня
5. на всю длину корня

326. Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок

1. на 0,1 – 0,2 мм
2. на 0,5 – 1,0 мм
3. на 1,0 – 1,5 мм

327. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется

1. супрагингивально
2. на уровне края десны
3. субгингивально на вестибулярной поверхности

4. субгингивально по всему периметру шейки зуба

5. уступ не формируют

328. При изготовлении цельнолитой и/или металлокерамической коронок рабочий слепок снимают

1. альгинатными массами
2. силиконовыми массами
3. любым слепочным материалом с проведением ретракции десны

329. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме по отношению к объему естественного зуба

1. несколько меньшим
2. полным
3. несколько большим

330. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

331. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

1. в толщину
2. в ширину
3. в толщину и ширину
4. больше в ширину
5. больше в толщину

332. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

1. выше гигроскопичность и выше прочность
2. выше гигроскопичность, но ниже прочность
3. ниже гигроскопичность и ниже прочность
4. ниже гигроскопичность, но выше прочность

333. Толщина верхней задней дуги

1. 1.3 ± 0.2 мм
2. 1.4 ± 0.2 мм
3. 1.5 ± 0.2 мм
4. 1.6 ± 0.2 мм
5. 1.7 ± 0.2 мм

334. Вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти обусловлено следующим положением фронтальных зубов нижней челюсти

1. выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
2. выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
3. вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
4. желанием пациента
5. высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

335. Толщина плеча кольцевидного кламмера у окончания

1. 1.2 ± 0.1 мм
2. 1.0 ± 0.1 мм
3. 0.8 ± 0.1 Мм
4. 0.6 ± 0.1 мм
5. 0.4 ± 0.1 мм

336. Кламмерных линий существует

1. 2 типа
2. 3 типа
3. 4 типа
4. 5 типов
5. 6 типов

337. На одиночностоящий моляр применяется кламмер

1. Аккера
2. Роуча
3. Бонвиля
4. Свенсена
5. кольцевидный

338. Для изготовления цельнолитого каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы

1. нержавеющей сталь
2. сплав золота
3. хром-никелевый сплав
4. хром-кобальтовый сплав
5. серебряно-палладиевый сплав

339. Для припасовки литых мостовидных протезов, облицованных пластмассой, точность прилегания коронок к зубам оценивается с помощью

1. базисного воска
2. гипса
3. эластичного слепочного материала
4. копировальной бумаги

340. Причиной возникновения боли от термических раздражителей после укрепления литой вкладки при глубоком кариесе может являться

1. нарушение режима литья
2. не выверенные окклюзионные взаимоотношения
4. отсутствие фальцев по краю полости
5. отсутствие прокладки на дне полости

341. Топография слизистой оболочки центральной фиброзной зоны податливости (по Люнду)

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

342. Съёмные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность

1. до 20%
2. до 50%
3. до 70%
4. до 90%
5. до 100%

343. В состоянии относительного физиологического покоя зубные ряды в норме

1. сомкнуты
2. разобщены на 0,5 – 1 мм
3. разобщены на 2 – 4 мм

4. разобщены на 5 – 7 мм

344. Отсутствие контакта между естественными зубами антагонистами при наличии плотного фиссурно-бугоркового смыкания искусственных зубов на этапе проверки конструкции протеза связано

1. с неправильным подбором искусственных зубов
2. с деформацией воскового базиса с окклюзионным валиком на этапе определения центральной окклюзии
3. с недостаточным продавливанием воска на окклюзионном валике при фиксации центральной окклюзии

345. Примерное соотношение полимера и мономера при замешивании пластмассы (в объемных частях)

1. 1:1
2. 1:2
3. 1:3
4. 1:4

346. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза

1. газовой пористости
2. гранулярной пористости
3. внутренних напряжений

347. Полная адаптация к съемному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому наступает в среднем через

1. 7 дней
2. 14 дней
3. 33 дня

348. При починке протеза (перелом базиса) пластмассами горячего отвердения применяется способ гипсовки в кювету

1. прямой
2. обратный
3. комбинированный

349. Плечо кламмера прилежит к поверхности зуба

1. в одной точке
2. в двух точках
3. в трех точках

4. по всей длине

350. Наиболее используемым методом обследования больных полной потерей зубов являются

1. клинический
2. рентгенологический
3. биометрический
4. краниометрический

351. Опорные свойства протезного ложа зависят от

1. степени атрофии кости челюсти
2. вида прикуса
3. возраста пациента
4. с воздействием жевательных и мимических мышц на протез

352. Базис съемного протеза подлежит

1. обработке плазмой тлеющего разряда
2. полировке
3. нанесению композиционного покрытия

353. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

1. антропометрический метод
2. с помощью циркуля золотого сечения
3. анатомо-функциональный
4. на основании изучения фотографий больного

354. При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир

1. центральная линия лица
2. форма альвеолярных отростков
3. выраженность свода неба
4. топография пассивно подвижной слизистой

355. Причиной повышенного рвотного рефлекса может быть

1. неплотное прилегание протеза в дистальных отделах
2. удлиненный дистальный край протеза
3. недостаточная изоляция турсуса
4. неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов

356. Этиологические факторы полной утраты зубов

1. кариес, его осложнения и заболевания пародонта
2. сердечно-сосудистые заболевания
3. заболевания пародонта и дисплазии

357. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками

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

358. После полной утраты зубов различают следующие виды соотношения беззубых челюстей

1. прямое
2. прогеническое
3. прогнатическое

359. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен

1. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1 – 2 мм
2. проходить строго по границе твердого и мягкого неба
3. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3 – 5 мм

360. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ сложенных трубочкой»

1. язычный край в области премоляров
2. вестибулярный край между клыками
3. язычный край на 2 см от средней линии

361. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при относительном физиологическом покое

1. равна ей
2. больше
3. меньше

362. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка

1. у основания
2. на середине
3. у вершины

363. Назовите ориентиры, с помощью которых на загипсованных в окклюдатор или артикулятор моделях определяется вид постановки искусственных зубов

1. направление межальвеолярных (интеральвеолярных) линий
2. горизонтальная плоскость
3. угол, образованный межальвеолярной линией с горизонтальной плоскостью

364. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

1. на верхней челюсти
2. на нижней челюсти
3. на обеих челюстях одинаково
4. преимущественно во фронтальной группе зубов
5. преимущественно в группе боковых зубов

365. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

1. отростки базиса протеза
2. пальцевые отростки
3. многозвеньевые кламмеры
4. непрерывные кламмеры
5. передние небные дуги

366. Типичное расположение лигвальной дуги бюгельного протеза

1. выше экватора альвеолярного отростка

2. на уровне экватора альвеолярного отростка
3. ниже экватора альвеолярного отростка
4. значительно выше экватора альвеолярного отростка
5. значительно ниже экватора альвеолярного отростка

367. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать

1. анатомический оттиск
2. функциональный оттиск
3. дифференцированный оттиск
4. дифференцированно-комбинированный оттиск
5. произвольный оттиск

368. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания

1. не менее 0.1 мм
2. не менее 0.2 мм
3. не менее 0.3 мм
4. не менее 0.4 мм
5. не менее 1.0 мм

369. Ширина ограничителя базиса

1. 2.0 ± 2.0 мм
2. 3.0 ± 2.0 мм
3. 4.0 ± 2.0 мм
4. 5.0 ± 2.0 мм
5. 6.0 ± 2.0 мм

370. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней задней дугой при I классификации дефекта

1. 0.6 мм
2. 0.5 мм
3. 0.3 мм
4. 0.2 мм
5. нет зазора

371. Ширина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

1. 2.0 мм
2. 1.8 мм
3. 1.6 мм
4. 1.4 мм

5. 1.2 мм

372. Толщина кламмера заднего действия (одноплечего) у окончания

1. 1.2 ± 0.1 мм
2. 1.0 ± 0.1 мм
3. 0.8 ± 0.1 мм
4. 0.6 ± 0.1 мм
5. 0.4 ± 0.1 мм

373. Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается

1. в зоне поднотрения
2. в окклюзионной зоне
3. в ретенционной зоне
4. в зоне безопасности
5. в кламмерной зоне

374. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

1. этилсиликат
2. корунд
3. силамин
4. маршалит
5. супергипс

375. При потере боковых зубов во фронтальном отделе наблюдается

1. прямой травматический узел
2. отраженный травматический узел

376. Избирательная пришлифовка зубов проводится в пределах

1. эмали
2. дентина
3. может проводиться на различную глубину

377. Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам

1. неправильное сопоставление отломков
2. недостаточная фиксация отломков
3. нарушение- гигиены полости рта
4. применение лечебной гимнастики

378. Более целесообразной конструкцией obturator при полном отсутствии верхней челюсти является

1. obturator полый, воздухоносный
2. obturator массивный, монолитный
3. obturator изготовлен в виде тонкой пластинки
4. разнообразная конструкция obturатора
5. плавающий obturator

379. Несрастание отломков в области премоляров и моляров позволяют определить

1. подвижность обломков
2. фонетические пробы
3. глотание воды

380. При переднем одностороннем вывихе нижней челюсти при внешнем осмотре обнаруживается

1. рот полуоткрыт
2. подбородок смещен в сторону (здоровую)
3. ограниченное движение нижней челюсти
4. изменение в пораженном суставе

381. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков -

1. консервативное лечение
2. шинирование самотвердеющей пластмассой
3. лечение с применением антибиотиков
4. удаление
5. перемещение с помощью репонирующего аппарата

382. На эндодонто-эндоссальный имплантант наносят цемент перед фиксацией

1. на всю длину
2. на внутрикостную часть
3. на внутрикорневую часть
4. на внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку
5. в зависимости от длины имплантата

383. К относительным противопоказаниям к проведению имплантации относятся

- № 1. полное отсутствие зубов
- № 2. частичное отсутствие зубов
- № 3. отсутствие одного зуба

№ 4. выраженная атрофия или резорбция костной ткани

384. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение

1. единственный метод, позволяющий получить положительный результат
2. имплантация является методом выбора
3. имплантация применяется только в исключительных случаях
4. имплантация применяется по желанию больного
5. имплантация применяется с большой осторожностью,
6. так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

385. Оптимальная величина подачи охлаждающей жидкости

1. 300-500 мл/мин
2. 100-200 мл/мин
3. 600-700 мл/мин
4. 10-15 мл/мин
5. 30-50 мл/мин

386. К благоприятным реакциям костной ткани на травму относятся

1. образование фиброзной ткани
2. секвестрация
3. образование новой костной ткани
4. остеоинтеграция

387. Адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата

1. имеется
2. отсутствует
3. не изучено
4. отчасти
5. только у титановых имплантатов

388. В мостовидный протез при использовании имплантатов могут включаться зубы

1. любые
2. с подвижностью I степени
3. с подвижностью II степени
4. устойчивые зубы
5. рекомендации отсутствуют

389. Имплантация не противопоказана
1. при нарушениях иммунной системы
 2. при геморрагическом диатезе
 3. при сахарном диабете
 4. при циррозе печени
 5. при гиперацидном гастрите
390. Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется
1. расположением опор
 2. жесткостью материала имплантата
 3. устойчивостью зубов
391. Имплантатный винт служит
1. для постоянной фиксации субпериостального имплантата
 2. для распределения нагрузки на субпериостальный имплантат
 3. для временной фиксации субпериостального имплантата
 4. для фиксации протеза к субпериостальному имплантату
 5. все вышеперечисленное
392. Наиболее информативным методом обследования является
1. прицельная рентгенография зубов и альвеолярных отростков
 2. панорамная рентгенография
 3. томография
 4. компьютерная томография
393. Мембраны могут быть
1. резорбируемые
 2. условнорезорбируемые
 3. комбинированные
394. Значение гигиенических мероприятий в прогнозе имплантации
1. незначительное влияние
 2. важное значение
 3. не имеет значения
 4. не изучено
 5. не рекомендуют проводить в области расположения имплантатов
395. Больной К., 48 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по

- Кеннеди. Выраженная атрофия альвеолярного гребня в области предполагаемой имплантации. Расстояние от вершины гребня до синуса 4-5 мм, ширина гребня 7-8 мм
- В данной ситуации наиболее целесообразен имплантат
1. полный субпериостальный
 2. частичный субпериостальный
 3. эндо-субпериостальный
 4. винтовой
 5. пластиночный
396. Каждый зуб верхней челюсти антагонизирует в норме
1. с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
 2. одноименным и позадистоящим зубами НЧ
 3. одноименным зубом
397. Бугорок верхнего 3 в норме располагается
1. между нижним 3 и 4
 2. на уровне бугорка нижнего 3
 3. между 3 и 2
398. Ретенция зубов относится к аномалиям
1. количества зубов
 2. сроков прорезывания зубов
 3. формирования зубов
399. Электромиография регистрирует
1. движения нижней челюсти
 2. движения в ВНЧС
 3. биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
400. Дефекты твердых тканей реже поражают
1. окклюзионную поверхность
 2. язычную поверхность
 3. вестибулярную поверхность
401. Должность медицинской сестры положена на следующее число врачей-ортопедов:
1. 1,0

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

402. Объективное исследование пациента начинают с

1. опроса
2. осмотра слизистой оболочки
3. заполнения зубной формулы
4. изучения диагностических моделей
5. внешнего осмотра

403. Носовая полость образована

1. крыльями хрящами
2. костями носа
3. перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
4. хрящом перегородки носа

404. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является

1. панорамная рентгенография
2. ортопантомография
3. телерентгенография
4. рентгенокинематография
5. томография височно-нижнечелюстного сустава

405. Метод дезокклюзии применяется

1. при I форме феномена Попова
2. при II форме феномена Попова
3. при I и II формах феномена Попова

406. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть

1. групповые контакты щечных бугров жевательных зубов
2. контакт клыков и боковых резцов
3. контакт резцов и щечных бугров премоляров
4. контакт резцов
5. контакт дистальных бугров вторых моляров
6. контакт щечных бугров жевательных зубов и (или) контакт клыков

407. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты, имеющие элементы

1. функциональных аппаратов
2. механических аппаратов
3. функциональных и механических аппаратов

408. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

1. пломб
2. вкладок
3. культевых коронок
4. штампованных коронок

409. Ионы металлов, вызывающие аллергию, является

1. полными антигенами
2. неполными антигенами
3. комбинированными антигенами
4. смешанными антигенами

410. Суммарная выносимость пародонта зубов нижней челюсти в норме по В.Ю. Курляндскому равна

1. 7,0
2. 11,5
3. 30,0
4. 30,5

411. Следующие обследования позволяют использовать результаты телерентгенографии

1. измерения на диагностических моделях
2. электромиография
3. параметры ортогнатического прикуса
4. рентгенография отдельных зубов
5. электромиомастикациогграфия

412. Следующие патологические изменения наблюдаются при глубоком прикусе

1. патологическая подвижность зубов
2. патологическая стираемость зубов
3. погружение зуба в лунку
4. маргинальные пародонтиты

413. Глубину преддверия полости рта измеряют

1. от режущего края резцов до переходной складки
2. от вершины межзубных сосочков до переходной складки
3. от десневого края резцов до переходной складки
4. от экватора резцов до переходной складки любым способом

414. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов

1. глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
2. глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
3. глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
4. глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
5. высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения

415. Окончательный диагноз устанавливается

1. на основании клинических данных
2. после анализа данных клинических и лабораторных исследований
3. на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
4. на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
5. на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с

характеристикой функциональных и эстетических нарушений

416. При прогеническом прикусе, который характеризуется: протрузией верхних передних зубов, ретрузией нижних, сагиттальным межрезцовым расстоянием 10 мм, более обосновано

1. смещение вперед верхних зубов
2. смещение язычно-нижних зубов
3. одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном направлении
4. отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования
5. хирургическое лечение

417. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить

1. возможности роста челюстей
2. форму и размер суставных головок
3. характер движения суставов
4. размеры суставной щели
5. форму и размер суставного диска

418. Показаниями к применению подковообразного металлического базиса являются

1. повышенный рвотный рефлекс
2. односторонний концевой дефект
3. двухсторонний концевой дефект
4. включенный дефект в боковых участках зубного ряда

419. При лечении перекрестного прикуса у взрослых применимы

1. дуга Энгля
2. направляющая коронка Катца
3. аппарат Андресена
4. регулятор функции Френкеля

420. Силиконовые слепочные материалы относятся

1. к кристаллическим
2. к термопластическим
3. к эластичным
4. к гидроколлоидам

421. Термин «микропротезы» предложен

1. профессором Д.А. Цитриным
2. профессором Л.В. Ильиной-Маркосян
3. профессором В.Н. Копейкиным
4. профессором О.Н. Сезровым

422. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

1. на 1/3 толщины эмали
2. на 1/2 толщины эмали
3. на всю толщину эмали
4. в пределах эмали
5. в пределах твердых тканей, отступив от пульповой камеры на 0.5 – 1.0 мм

423. Получить более точное воспроизведение на модели зубных и около зубных тканей позволяет

1. стомальгин
2. эластик
3. акродент
4. сизласт 69
5. сизласт 05

424. Средняя длина корня клыка верхней челюсти составляет

1. 15.0 мм
2. 15.5 мм
3. 16.0 мм
4. 16.5 мм
5. 18.1 мм

425. Для изготовления металлических вкладок возможно применение

1. нержавеющей стали 1х18Н9Т
2. нержавеющей стали ЭН-95
3. золота 375°
4. титана

426. При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину

1. 0,28 – 0,3 мм
2. 0,45 – 0,5 мм
3. 0,55 – 0,6 мм
4. на толщину будущей коронки

427. Величина сошлифовывания твердых тканей зуба при препарировании под одиночную коронку зависит

1. от анатомической формы зуба
2. от анатомической формы зуба и материала для изготовления коронок
3. от материала для изготовления коронок

428. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают

1. для точности литья коронки
2. для удобства моделировки и припасовки коронки
3. для предотвращения усадки

429. Уступ формируется при изготовлении коронки

1. штампованной
2. фарфоровой
3. цельнолитой

430. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

431. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

1. касательное
2. не касается на 0.5-1 мм
3. не касается на 1-1.5 мм
4. не касается на 1.5-2 мм
5. не касается на 2-2.5 мм

432. У металлокерамических протезов по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой

1. выше эстетика и выше прочность
2. выше эстетика, но ниже прочность
3. ниже эстетика и ниже прочность
4. ниже эстетика, но выше прочность

433. Толщина верхней передней дуги

1. 0.3 ± 0.1 мм
2. 0.4 ± 0.1 мм

3. 0.5 ± 0.1 мм
4. 0.6 ± 0.1 мм
5. 0.7 ± 0.1 мм

434. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

1. не более 0.8 мм
2. не более 0.5 мм
3. не более 0.4 мм
4. не более 0.3 мм
5. нет зазора

435. Ширина кламмера заднего действия (одноплечего) у основания

1. 0.5 ± 0.5 мм
2. 1.0 ± 0.5 мм
3. 1.5 ± 0.5 мм
4. 2.0 ± 0.5 мм
5. 2.5 ± 0.5 мм

436. Межевой линией называют

1. часть продольной оси зуба
2. часть линии десневого края
3. часть линии экватора
4. часть линии жевательной поверхности
5. часть линии обзора, проходящей на коронке зуба

437. На боковых зубах применяется кламмер

1. Аккера
2. Роуча
3. Бонвиля
4. Свенсена
5. кольцевидный

438. Высокую точность изготовления обеспечивает следующий метод изготовления каркасов бюгельного протеза

1. паяный
2. цельнолитый
3. смешанный
4. сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера
5. сочетание паяного каркаса и гнутых плеч кламмера

439. Проверка функциональных контактов на этапе припасовки несъемного

мостовидного протеза проводится при окклюзиях

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

440. Препарирование зуба не требуется при изготовлении коронки

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

441. Топография жировой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)

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

442. Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает жевательное давление

1. на естественные зубы
2. на жевательные мышцы
3. на слизистую оболочку полости рта
4. на слизистую оболочку и естественные зубы

443. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является

1. анатомический
2. анатомо-физиологический
3. антропометрический

444. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твердое происходит за счет реакции

1. кристаллизации
2. вулканизации
3. полимеризации

445. После смешивания полимера и мономера пластмассы емкость с массой следует

1. поместить в воду комнатной температуры до созревания
2. оставить на открытом воздухе на 30 – 40 мин
3. плотно закрыть

446. Гранулярная пористость базиса протеза возникает из-за следующих причин

1. быстрый нагрев кюветы
2. недостаточное сжатие пластмассы
3. быстрое охлаждение кюветы
4. испарение мономера с не закрытой созревающей пластмассы

447. Фаза раздражения, по В.Ю. Курляндскому, при адаптации к съемному пластиночному протезу длится в среднем

1. 24 часа
2. 48 часов
3. 72 часа

448. Для починки съемного протеза на нижней челюсти при отломе удерживающего кламмера необходимо

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

449. Дуга бюгельного протеза располагается относительно слизистой оболочки

1. не касаясь
2. слегка касаясь
3. плотно прилежит

450. Наиболее часто используют функциональные пробы

1. Майбаха
2. Гербста
3. Монда
4. Шредера

451. Для протезирования наиболее благоприятна

1. плотная слизистая оболочка
2. тонкая слизистая оболочка
3. рыхлая, податливая слизистая оболочка
4. подвижная слизистая оболочка
5. сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной

452. Целесообразно применять разгружающий оттиск с беззубых челюстей

1. при наличии резкой гипертрофии альвеолярного отростка
2. при повышенной чувствительности слизистой оболочки
3. при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа
4. при гипертрофии слизистой оболочке

453. Межалвеолярная высота-это

1. расстояние между режущими краями резцов в/ч и н/ч
2. расстояние между гребнями альвеолярных отростков в/ч и н/ч
3. расстояние между вершинами бугров моляров в/ч и н/ч

454. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир

1. альвеолярный отросток
2. треугольник Паунда
3. величина угла пересечения межалвеолярной линии с окклюзионной плоскостью
4. челюстно-подъязычная линия
5. соотношение с зубами верхней челюсти

455. Металлические базисы применяются

1. у больных с бруксизмом
2. у лиц с мощной жевательной мускулатурой
3. при частых поломках пластмассового базиса

456. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов

1. гипертрофия костной ткани тела челюсти
2. атрофия костной ткани челюсти
3. гипертрофия альвеолярных отростков

457. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации А.И.Дойникова

1. три
2. четыре
3. пять

458. Жесткие индивидуальные ложки изготавливают из

1. пластмассы
2. воска
3. стекла

459. Граница индивидуальной ложки на нижней челюсти проходит

1. на 1 – 2 мм выше переходной складки, обходя щечные и губные слизистые тяжи
2. на 2 – 3 мм выше переходной складки, перекрывая щечные и губные слизистые тяжи
3. по самому глубокому месту переходной складки, погружаясь в мягкие ткани, обходя щечные и губные слизистые тяжи

460. Место коррекции индивидуальной ложки на верхней челюсти при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»

1. с вестибулярной поверхности в области верхнечелюстных бугров и моляров
2. дистальный край ложки в области крылочелюстных складок
3. в области фронтальных зубов

461. Высота окклюзионного валика на верхней челюсти (при формировании протетической плоскости) по отношению к краю верхней губы в среднем

1. на 1 – 2мм выше
2. на 1 – 2мм ниже
3. на 3 – 4мм ниже
4. высота валика значения не имеет

462. Угол сагиттального суставного пути (по Гизи) в среднем равен

1. 33°
2. 37°
3. 40°

463. При полном отсутствии зубов угол менее 80°, образованный межальвеолярными линиями и горизонтальной плоскостью, является показанием к постановке искусственных зубов по типу

1. ортогнатическому
2. прогеническому
3. прогнатическому

464. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

1. 1 мм
2. 2 мм
3. 3 мм
4. 4 мм
5. 5 мм

465. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать

1. опорно-удерживающие кламмеры
2. многозвеньевые кламмеры
3. непрерывные кламмеры
4. дробители нагрузки
5. антипрокидыватели

466. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу
3. лингвальную пластинку

4. модифицированный непрерывный
кламмер

5. вестибулярную дугу с
модифицированным непрерывным
кламмером

467. При изготовлении цельнолитого
бюгельного протеза при I классе
протяженного дефекта нижней челюсти
достаточно сделать

1. анатомический оттиск
2. функциональный оттиск
3. дифференцированный оттиск
4. дифференцированно-комбинированный
оттиск
5. произвольный оттиск

468. Ширина верхней задней дуги

1. 3.0 ± 2.0 мм
2. 4.0 ± 2.0 мм
3. 5.0 ± 2.0 мм
4. 6.0 ± 2.0 мм
5. 8.0 ± 2.0 мм

469. Толщина ограничителя базиса

1. 5.0 ± 0.2 мм
2. 4.0 ± 0.2 мм
3. 3.0 ± 0.2 мм
4. 2.0 ± 0.2 мм
5. 1.0 ± 0.2 мм

470. Величина зазора между слизистой
оболочкой и удлиненным плечом кламмера
Роуча

1. нет зазора
2. 0.1 мм
3. от 0.2 до 0.6 мм
4. от 0.6 до 0.8 мм
5. от 0.8 до 1 мм

471. Ширина удлиняющего плеча
(стержня) кламмера Роуча у окончания

1. 2.0 мм
2. 1.8 мм
3. 1.6 мм
4. 1.4 мм
5. 1,1 мм

472. Прибор для определения
относительной параллельности осей зубов
называется

1. параллелометр
2. параллелограф
3. параллелизатор
4. аналитический разметчик
5. бюгелеразметчик

473. Часть опорноудерживающего
кламмера, обеспечивающая стабильность
бюгели от вертикальных смещений,
располагается

1. в зоне поднутрения
2. в окклюзионной зоне
3. в ретенционной зоне
4. в зоне безопасности
5. в кламмерной зоне

474. Выберите метод стабилизации
(лечения) развившейся стадии очагового
пародонтита с распространением на всю
фронтальную группу зубов

1. фронтальная стабилизация
2. сагиттальная стабилизация
3. парасагиттальная стабилизация
4. фронтосагиттальная стабилизация
5. стабилизация по дуге

475. При генерализованном пародонтите
патологические зубодесневые карманы
выделяются

1. у одного зуба
2. у нескольких зубов
3. только у зубов верхней челюсти
4. только у зубов нижней челюсти
5. у всех зубов

476. После сошлифовывания твердых
тканей зуба обязательно проводят

1. полировку зубов и обработку
фторсодержащими препаратами
2. обработку фторсодержащими
препаратами и одонтотропными
средствами
3. анестезию

477. Укажите причины формирования ложного сустава

1. поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
2. неправильное сопоставление костных фрагментов
3. применение лечебной гимнастики
4. раннее протезирование

478. Конструкцией obturiruyemykh частей при дефекте задней трети костного и мягкого неба (больные с детского возраста пользовались obturiruyemykh частями) является

1. монолитное соединение obturiruyemykh частей с базисом протеза
2. раздельное изготовление obturiruyemykh частей и зубного протеза
3. obturiruyemykh часть имеет подвижное соединение с базисом протеза
4. obturiruyemykh часть массивная, воздухоносная
5. obturiruyemykh часть массивная, монолитная

479. Особенности протезирования больных с неправильно сросшимися отломками

1. предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков
2. предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги
3. изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка
4. изготовление протезов с двойным рядом зубов
5. отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков

480. При переднем двухстороннем вывихе нижней челюсти при внешнем осмотре обнаруживается

1. резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах
2. невозможность открыть рот
3. слюнотечение
4. затруднение речи
5. рот полуоткрыт

481. Внеротовым аппаратом, применение которого целесообразно для

иммобилизации отломков верхней челюсти, является

1. стандартный комплект Збаржа
2. назубная проволочная шина
3. шина Аржанцева
4. проволочные шины с распорками

482. При субпериостальной имплантации наиболее часто используется

1. проводниковая анестезия
2. инфльтрационная анестезия
3. нейролептаналгезия
4. инфльтрационная и проводниковая анестезия
5. эндотрахеальный наркоз

483. Назовите элементы субпериостального имплантата

1. вестибулярная ветвь
2. небная дуга
3. подъязычная дуга
4. оральное ответвление
5. накладка

484. Стоматологической имплантацией могут заниматься

1. все врачи-стоматологи
2. только врачи-стоматологи-ортопеды
3. врачи-стоматологи-хирурги высшей категории
4. врачи-стоматологи высокой квалификации, имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию
5. врачи любой специальности

485. При превышении температуры костной ткани сверх критических величин

1. гиперемия
2. отек
3. инфльтрация
4. некроз
5. пролиферация

486. Отделы челюстей, пригодные для внутрикостной имплантации

1. только альвеолярный отросток
2. только дистальные отделы в/ч и н/ч
3. только фронтальный отдел в/ч и н/ч

4. все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения соседних структур

487. К недостаткам имплантатов из пористых материалов относятся

1. меньшая механическая прочность
2. возможность загрязнения
3. худшая биотолерантность
4. недолговечность
5. все вышеперечисленные недостатки

488. Основное назначение чрезкостных имплантатов

1. использование в дистальных отделах верхней челюсти
2. использование в дистальных отделах нижней челюсти
3. применение во фронтальном отделе верхней челюсти
4. использование во фронтальном отделе нижней челюсти

489. Эндодонто-эндоссальные имплантаты преимущественно устанавливают

1. в боковых отделах верхней челюсти
2. в боковых отделах нижней челюсти
3. во фронтальном отделе верхней челюсти
4. во фронтальном отделе нижней челюсти
5. во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти

490. Наиболее широко используются в клинике

1. внутрикостные винтовые имплантаты
2. внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
3. внутрислизистые имплантаты
4. субпериостальные имплантаты
5. Эндодонто-эндоссальные имплантаты

491. Чрезкостный имплантат - это

1. имплантат, проходящий через ткань зуба
2. имплантат, проходящий через кость челюсти
3. имплантат, проходящий через кортикальную пластинку
4. имплантат, находящийся в пределах губчатой кости

5. имплантат, находящийся в пределах кортикальной кости

492. Среднее время приживления внутрикостного имплантата на верхней челюсти составляет

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 6 месяцев
4. 1 год

493. Наиболее часто используют при имплантации

1. проводниковую анестезию
2. аппликационную анестезию
3. нейролептаналгезию
4. масочный наркоз
5. эндотрахеальный наркоз

494. Больной А., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия нижней челюсти в области отсутствия зубов.

Зубная формула 07054321
12345670

07050321

1234000

Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала 16 мм.

Сопутствующих общих заболеваний нет. При такой клинической ситуации

1. имплантация невозможна
2. имплантация возможна в более пожилом возрасте
3. имплантация возможна
4. имплантация невозможна в связи с небольшой величиной альвеолярного гребня
5. целесообразно только ортопедическое лечение

495. Больной Л., 50 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, отсутствие центрального резца, расстояние от вершины гребня до синуса 16 мм, ширина гребня 9 мм.

Данному пациенту показан

1. внутрикостный пластиночный имплантат
2. цилиндрический титановый имплантат

3. полный субпериостальный имплантат
4. частичный субпериостальный имплантат
5. эндодонто-эндоссальный имплантат

496. Нижние 1|1 имеют в норме по

1. одному антагонисту на ВЧ
2. два антагониста на ВЧ
3. три антагониста на ВЧ

497. Окклюзия - это смыкание зубных рядов

1. при привычном положении НЧ
2. в состоянии физиологического покоя
3. при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

498. Адентия зубов относится к аномалиям

1. количества зубов
2. сроков прорезывания зубов
3. структуры зубов

499. Реографией называется метод

1. исследования биопотенциалов мышц
2. изучения гемодинамики
3. исследования движения суставных головок

500. Препарирование уступа необходимо для

1. штампованной коронки
2. цельнолитой коронки
3. фарфоровой коронки

501. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами

1. 1 год
2. 3 года
3. 5 лет
4. 7 лет
5. 10 лет

502. Набор инструментов для первичного осмотра пациента в клинике ортопедической стоматологии включает

1. зонд, зеркало
2. зонд, зеркало, пинцет
3. зонд зеркало, пинцет, экскаватор
4. зонд зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку

5. зонд зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку, шпатель

503. Иннервация слизистой оболочки носа осуществляется от

1. подглазничного нерва
2. надблокового нерва
3. крыло-небного узла
4. переднего решетчатого нерва
5. зубного сплетения

504. Вторичные деформации зубных рядов при наличии всех зубов могут возникнуть

1. да
2. нет
3. в зависимости от вида прикуса

505. Метод дезокклюзии используют при лечении

1. вертикальной деформации
2. горизонтальной деформации
3. тортоаномалии

506. Окклюзионная реабилитация (дайте полный ответ) проводится

1. методами избирательного шлифования зубов, ортопедическими, ортодонтическими методами
2. ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами
3. методами избирательного сошлифования зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами

507. Функциональными называются аппараты, действующие при

1. активации винта
2. наложении резиновой тяги
3. активации проволоки
4. сокращении мускулатуры

508. Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется

1. пластинка с наклонной плоскостью

2. пластмассовая каппа
3. пластинка с накусочной площадкой
4. пластинка с вестибулярной дугой

509. Жевательные коэффициенты, предложенные Н.И. Агаповым, получены на основании анализа

1. атрофии костной ткани и подвижности зуба
2. подвижности зуба и его местоположения
3. площади поверхности корня зуба
4. строения зуба и атрофии костной ткани

510. Иммуниетет - это

1. способность иммунной системы вырабатывать антитела
2. способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
3. способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации
4. способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды
5. фагоцитарная функция клеток организма

511. Наиболее важным при анализе телерентгенограммы является

1. анализ соотношения зубных рядов нижней и верхней челюсти
2. анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия)
3. анализ состояния костной ткани челюстей
4. анализ состояния твердых тканей зубов

512. Глубокий прикус относится к аномалиям

1. трансверсальным
2. сагиттальным
3. вертикальным
4. сочетанным
5. не является аномалией прикуса

513. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена

1. в полости рта неподвижно
2. вне полости рта неподвижно
3. вне полости рта подвижно
4. любым образом
5. в полости рта подвижно

514. Вид прикуса определяет

1. соотношение отдельных зубов
2. соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя
3. смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии
4. смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии
5. смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии

515. Окончательный диагноз устанавливается

1. на основании клинических данных
2. после анализа данных клинических и лабораторных исследований
3. на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
4. на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
5. на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений

516. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении нижней челюсти относительно основания черепа, является

1. ретракция верхней челюсти
2. смещение зубов нижней челюсти
3. сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения
4. хирургическое вмешательство
5. удаление зубов на нижней челюсти

517. "Ключ окклюзии" определяется

1. всегда соотношением шестых зубов

2. всегда соотношением пятых временных зубов
3. всегда соотношением клыков
4. часто соотношением пятых временных зубов
5. иногда соотношением шестых зубов

518. Решающим фактором при конструировании опорно - удерживающих кламмеров в протезах при прогнатическом прикусе является

1. межальвеолярная высота
2. положение средних линий
3. глубина удерживающей зоны
4. характер окклюзионных контактов

519. Основным показанием к сочетанному хирургическому и ортопедическому лечению аномалий прикуса является

1. ускорение ортодонтического лечения
2. скелетные формы аномалий
3. желание больного
4. аномалии, вызванные смещением нижней челюсти
5. аномалии, возникшие в результате потери части зубов

520. Альгинатную слепочную массу замешивают

1. на воде
2. на 3% растворе поваренной соли
3. на прилагаемом к материалу катализаторе

521. Вкладки могут быть

1. силиконовые
2. гуттаперчевые
3. металлические

522. При формировании дна полости для вкладки она должна быть

1. параллельна крыше пульповой камеры
2. повторять рельеф крыши пульповой камеры
3. под углом 5° к рогам пульпы
4. под углом 10° к рогам пульпы
5. под углом 15° к рогам пульпы

523. Изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки возможно

1. нет
2. нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией
3. да

524. Фиксация фарфоровых коронок на временный цемент возможна

1. да
2. да, если это одиночная коронка
3. да, если у пациента нет бруксизма
4. да, если не более чем на 5-7 дней
5. нет

525. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только

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

526. При изготовлении штампованной искусственной коронки сепарацию зуба, расположенного между двумя интактными зубами, проводят

1. вулканитовым сепарационным диском
2. двухсторонним металлическим сепарационным диском
3. карборундовым камнем
4. твердосплавным бором цилиндрической формы
5. односторонним металлическим сепарационным диском

527. При моделировке искусственных коронок в окклюдаторе жевательные бугры должны иметь анатомическую форму

1. не выраженную
2. резко выраженную
3. умеренно выраженную
4. одноименного зуба на противоположной стороне

528. Ретракция десны перед получением двойного слепка осуществляется методом

1. механическим

2. химическим
3. комбинированным (механическим и химическим)

529. Металлокерамическая коронка относится

1. к комбинированным
2. к металлическим
3. к неметаллическим

530. При наклоне опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону в бюгельных протезах рекомендуется использовать кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

531. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу
3. лингвальную пластинку
4. модифицированный непрерывный кламмер
5. вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

532. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

1. выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
2. выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
3. ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
4. ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

533. Толщина нижней дуги

1. 0.5 ± 0.1 мм
2. 1.0 ± 0.1 мм
3. 1.5 ± 0.1 мм

4. 2.0 ± 0.1 мм

5. 2.5 ± 0.1 мм

534. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

1. не более 0.7 мм
2. не более 0.5 мм
3. не более 0.3 мм
4. не более 0.2 мм
5. нет зазора

535. Ширина кламмера заднего действия (одноплечего) у окончания

1. 0.4 ± 0.2 мм
2. 0.6 ± 0.2 мм
3. 0.8 ± 0.2 мм
4. 1.0 ± 0.2 мм
5. 1.2 ± 0.2 мм

536. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между межевой линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют

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

537. Место расположения ретенционной части плеча кламмера определяется с помощью

1. аналитического стержня
2. графитового стержня
3. указательного стержня
4. фиксирующего стержня
5. измерителя степени ретенции

538. Следующие протезы целесообразно изготовить при лейкоплакии и красном плоском лишаяе

1. бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами
2. съемные пластиночные протезы с кламмерами по Кемени
3. протезы с опорно-удерживающими кламмерами с последующим нанесением слоя серебра

539. При изготовлении штампованной коронки из серебряно-палладиевого сплава жевательную поверхность (режущий край) заливают

1. серебряным припоем (ПСР – 37)
2. золото-кадмиевым сплавом 750 пробы
3. золотоплатиновым сплавом 750 пробы
4. сплавом золота 900 пробы

540. При препарировании зуба под «жакетную» коронку (коронка Джекета) уступ формируется

1. по всему периметру шейки зуба
2. с вестибулярной поверхности
3. с оральной поверхности
4. с вестибулярной поверхности с плавным переходом в символ уступа с апроксимальных сторон

541. Топография железистой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)

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

542. Относительным противопоказанием для изготовления съемного пластиночного протеза является

1. гипертоническая болезнь
2. гастрит
3. эпилепсия
4. инфаркт миокарда

543. Оптимальное расположение кламмерной линии на верхней челюсти

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

544. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассу с использованием прямого способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

1. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части – зубы, установленные на искусственной десне, и кламмеры

2. в основании находятся искусственные зубы и кламмеры, в верхней части – модель

3. в основании находится модель, искусственные зубы, кламмеры, в верхней части – контрформа

545. Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии

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

546. Газовая пористость базиса протеза возникает из-за следующих причин

1. быстрый нагрев кюветы
2. недостаточное сжатие пластмассы
3. быстрое охлаждение кюветы
4. испарение мономера с не закрытой созревающей пластмассы

547. Фаза полного торможения при адаптации к съемному пластиночному протезу, по В.Ю. Курляндскому, длится (дни)

1. с 5 по 33
2. с 2 по 38
3. с 10 по 40

548. Для проведения починки съемного пластиночного протеза необходимо снимать вспомогательный слепок

1. при переломе базиса
2. при трещине в базисе
3. при отломе кламмера
4. при постановке дополнительного искусственного зуба

549. В бюгельных протезах применяются кламмера, изготовленные методом

1. литья
2. штамповки

3. ковки
4. изгибания

550. С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить

1. соотношение челюстей до потери зубов
2. величину вертикального перекрытия зубов
3. оптимальную высоту нижней трети лица
4. величину межжюклизонного промежутка покоя

551. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования?

1. отлогая
2. отвесная
3. с навесами
4. с резко выраженными буграми
5. с неравномерной атрофией

552. Для уменьшения компрессии применяют

1. искусственные зубы неанатомической формы
2. перфорацию индивидуальной ложки
3. восковую ложку

553. При постановке передних зубов следует учитывать

1. состояние слизистой преддверия полости рта
2. межальвеолярную высоту
3. величину трансверзального суставного пути
4. угол Бенетта

554. Показаниями для применения метода объемного моделирования базиса (метод функционального отпечатка) являются

1. парафункции языка и губ
2. прогеническое соотношение челюстей
3. прогнатическое соотношение челюстей
4. значительная атрофия альвеолярных отростков челюстей

555. Suppli предложил классификацию

1. слепочных материалов

2. методов получения слепков
3. формы скатов альвеолярных гребней
4. типов слизистой оболочки рта
5. беззубой верхней челюсти
6. беззубой нижней челюсти

556. Функциональные изменения челюстей после полной утраты зубов

1. атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
2. передний сдвиг, наклон вперед нижней челюсти
3. атрофия альвеолярных отростков челюстей (появление старческой прогении)

557. Третий тип беззубых челюстей по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками

1. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
2. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
3. резкая, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
4. средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
5. незначительная, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

558. Наиболее благоприятная форма альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при ортопедическом лечении после полной утраты зубов

1. отлогая
2. отвесная
3. с навесами

559. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку

1. перекрывает его
2. не доходит до бугорка на 1 мм
3. не доходит до бугорка на 5 мм
4. располагается по середине бугорка

560. Для функциональных слепков применяют слепочные массы

1. термопластические
2. твердокристаллические
3. эластические

561. На этапе определения центрального соотношения челюстей

протетическую плоскость формируют

1. на нижнем окклюзионном валике
2. на верхнем окклюзионном валике
3. на нижнем и верхнем окклюзионных валиках

562. Угол сагиттального резцового пути (по Гизи) в среднем равен

1. 20 - 30°
2. 40 - 50°
3. 55 - 60°

563. Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает

1. 12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти
2. по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
3. 12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти

564. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит

1. от анатомической формы зубов
2. от степени наклона зубов
3. от степени зубочелюстной деформации
4. от степени наклона модели
5. от методики параллелометрии

565. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными

протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в мезиальную сторону, рекомендуется использовать

1. опорно-удерживающие кламмеры
2. многозвеньевые кламмеры
3. непрерывные кламмеры
4. дробители нагрузки
5. антипрокидыватели

566. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем в бюгельном протезе применяют

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу
3. лингвальную пластинку
4. модифицированный непрерывный кламмер
5. вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

567. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта на нижней челюсти нужно сделать

1. анатомический оттиск
2. функциональный оттиск
3. дифференцированный оттиск
4. дифференцированно-комбинированный оттиск
5. произвольный оттиск

568. Ширина верхней передней дуги

1. 6.0 ± 2.0 мм
2. 7.0 ± 2.0 мм
3. 8.0 ± 2.0 мм
4. 9.0 ± 2.0 мм
5. 10.0 ± 2.0 мм

569. Толщина амбразурного зацепного крючка

1. 3.0 ± 0.1 мм
2. 2.0 ± 0.1 мм
3. 1.0 ± 0.1 мм
4. 0.5 ± 0.1 мм
5. 0.3 ± 0.1 мм

570. Величина зазора между слизистой оболочкой и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

1. нет зазора
2. 0.1 мм
3. от 0.2 до 0.6 мм
4. от 0.6 до 0.8 мм
5. от 0.8 до 1 мм

571. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

1. 1.0 мм
2. 1.2 мм
3. 1.4 мм
4. 1.6 мм
5. 1.8 мм

572. На столике параллелометра существуют основные типы наклона модели

1. 2 типа
2. 3 типа
3. 4 типа
4. 5 типов
5. 6 типов

573. Плечо кламмера Аккера должно иметь форму

1. прямую
2. клиновидную
3. саблевидную
4. серповидную
5. кольцевидную

574. Для изготовления цельнолитого каркаса бюгельного протеза широко применяется

1. нержавеющей сталь
2. сплав золота
3. хромоникелевый сплав
4. хромокобальтовый сплав
5. серебряно-палладиевый сплав

575. При I степени подвижности зубы пораженные пародонтитом, смещаются

1. в горизонтальной плоскости только в одном направлении
2. в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении
3. в горизонтальной и вертикальной плоскостях

576. После проведения метода избирательной пришлифовки при пародонтите должен быть достигнут линейный окклюзионный контакт в группе

1. фронтальных зубов
2. боковых зубов
3. фронтальных и боковых зубов

577. Функциональными нарушениями, наблюдаемыми при стомоназальных дефектах (приобретенных), являются

1. нарушение окклюзии
2. нарушение формирования пищевого комка
3. нарушение эстетики

578. Наиболее рациональными методами формирования obturiruyemykh частей протеза являются

1. на модели восковыми композициями
2. в полости рта функциональное формирование obturiruyemykh частей с помощью термопластических масс на готовом протезе
3. в полости рта на жестком базисе (термопластмассами)
4. в полости рта на восковой конструкции протеза восковыми композициями
5. в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами

579. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в центральном отделе (вертикальный перелом)

1. отломки находятся в состоянии "уравновешивания"
2. незначительное смещение отломков
3. незначительное нарушение прикуса
4. смещение отломков под действием сократившихся мышц

580. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы

1. частичное отсутствие зубов
2. полное отсутствие зубов
3. растяжение суставной капсулы
4. окклюзионные нарушения

581. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

1. плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
2. выше кортикальной пластинки
3. ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
4. выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
5. в зависимости о состояния кости

582. После имплантации швы снимаются

1. через 3 недели
2. через 7-8 дней
3. через 2-3 дня
4. через 10-12 дней
5. через 4-5 дней

583. Элементы конструкции внутрислизистого имплантата

1. головка
2. внутрикостная часть
3. поднадкостничная пластинка

584. Внутрикостная имплантация осуществляется в

1. только альвеолярный отросток
2. фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
3. все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур
4. базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов
5. только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

585. Некроз костной ткани происходит при температуре

1. 45°C
2. 40-50°C
3. выше 50°C
4. 65°C и выше
5. 60-65°C

586. К послеоперационным осложнениям при имплантации относятся

1. интраоперационное кровотечение
2. подвижность имплантата

3. перфорация верхне-челюстного синуса

587. Преимуществом эндодонто-эндоссальных имплантатов является

1. лучшая биосовместимость
2. отсутствие необходимости прикрепления в кости
3. отсутствие связи с внешней средой
4. большая механическая прочность
5. простота применения

588. Супраструктурой называют

1. внутрикостную часть имплантата
2. внутрислизистую часть имплантата
3. конструкцию, опирающуюся на имплантат

589. Показаниями для эндодонто-эндоссального имплантата являются

1. разрушение коронковой части зуба
2. неудовлетворительное соотношение коронка/корень зуба
3. хронический периодонтит
4. подвижность зубов III – IV степени

590. Достаточно использовать акриловые зубы при оссеоинтегрированных имплантатах для защиты от перегрузки

1. недостаточно
2. в зависимости от ширины зубной дуги
3. достаточно
4. неизвестно
5. данные исследования противоречивы

591. Периферический каркас - это

1. губные, язычные или щечные контуры субпериостального имплантата
2. субпериостальный имплантат в дистальных отделах зубного ряда
3. субпериостальный имплантат окружающий естественный зуб
4. субпериостальный имплантат верхней челюсти
5. субпериостальный имплантат нижней челюсти

592. Во внутрикостной имплантологии применяются следующие материалы

1. бионейтральные

2. биотолерантные
3. биопассивные

593. Цемент для фиксации наносят на следующую часть эндодонто- эндоссального имплантата

1. на весь имплантат
2. на внутрикороночную часть
3. на внутрикостную часть
4. на внутрикороневую часть
5. только в области апекса

594. Больной Б., 78 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, 3 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия альвеолярного гребня в области отсутствия зубов.

Зубная формула:

00600321 | 10305600
07004321 | 12305008

Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала и верхнечелюстного синуса 10-12 мм. Атрофия альвеолярной кости у оставшихся зубов на 1/4 высоты корней. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь 2 стадии. При данной клинической ситуации

1. имплантация показана
2. имплантация целесообразна в связи с возрастом больного
3. имплантация не показана в связи с возрастом больного
4. имплантация нецелесообразна в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций и наличием противопоказаний по общим заболеваниям
5. имплантация показана в связи с благоприятными анатомо-топографическими условиями

595. Больная П., 55 лет. Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда верхней челюсти.

Зубная формула:

07600321 | 12300670
00000000 | 00000000

Зубы имеют подвижность 1-2 степени. Умеренная атрофия гребня нижней

челюсти во фронтальном отделе и резкая атрофия в боковых отделах. Вид имплантации и протезирования в данном случае

1. пластиночные имплантаты на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
2. субпериостальный имплантат на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
3. внутрикостная имплантация на нижней челюсти во фронтальном отделе с последующим изготовлением несъемных конструкций на верхнюю челюсть и съемного протеза на нижнюю
4. имплантация нецелесообразна

596. Верхние 8|8 имеют в норме по

1. одному антагонисту на НЧ
2. два антагониста на НЧ
3. три антагониста на НЧ

597. Сроки прорезывания молочных зубов

1. 4-6 месяцев - II и I, 6-8 - III, 8-10 мес.- IV, 10-12 мес.- V
2. 6-8 месяцев - I, 8-12 мес.- II, 12-16 мес.- IV, 16-20 мес.- III, 20-30 месяцев- IV
3. 6-8 мес.- I, 8-12 мес.- II, 12-16 мес.- III, 16-20 мес.- IV

598. Супраположение - это аномалия положения зубов в направлении

1. вертикальном
2. сагиттальном
3. трансверзальном

599. Для определения состояния пародонта фронтальной группы зубов используется

1. ТРГ прямая проекция
2. ортопантомография
3. панорамная рентгенография челюстей

600. Ретракционные нити используют для

1. уменьшения объема десневого края
2. повышения гигиены полости рта
3. временного шинирования

601. Срок гарантии на изготовленный зубной протез из драгоценного сплава

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

602. У врача во время осмотра возникло подозрение на наличие у пациента сифилиса, он должен

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

603. Носослезный канал состоит из

1. соединения латерального и максиллярного отростков
2. соединения медиального носового и максиллярного отростков
3. латерального носового отростка
4. медиального носового отростка
5. максиллярного отростка

604. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова – Годона, следует дифференцировать

1. от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
2. от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
3. от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары зубов антагонистов

605. Для диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяют следующие методы

1. измерение высоты нижнего отдела лица
2. электроодонтометрия
3. рентгенологическое исследование

4. термометрия

606. Сагиттальная окклюзионная кривая, это

1. траго-орбитальная линия
2. линия, проведенная по режущим краям резцов
3. линия, проведенная по вершинам вестибулярных бугорков моляров и премоляров
4. кривая Шпее
5. кривая Уилсона

607. Вестибулярная дуга используется для

1. расширения зубного ряда
2. протрузии зуба
3. перемещения зубов в оральном направлении
4. смещения нижней челюсти вперед

608. При патологической стираемости твердых тканей полость зуба

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется

609. И.М. Оксман предложил в дополнение к методу определения жевательной эффективности по Н.И.Агапову учитывать

1. подвижность зуба
2. изменение цвета зуба
3. состояние коронки зуба
4. атрофию костной ткани челюсти

610. Факторы неспецифической защиты – это

1. выработка антител к определенному антигену
2. физиологическое воздействие на бактериальную клетку
3. химическое воздействие на микроорганизм
4. комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм
5. фагоцитарная функция специфических клеток

611. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

1. моляров
2. премоляров
3. клыков
4. резцов
5. определенной закономерности нет

612. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается

1. по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
2. по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
3. по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
4. по краевому смыканию передних зубов по отсутствию смыкания

613. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

1. изменить положение верхней челюсти
2. изменить положение суставов относительно основания черепа
3. восстановить соответствие величин челюстей
4. изменить положение зуба или группы зубов
5. изменить угол нижней челюсти

614. Основной задачей лечения аномалий прикуса является

1. создание режущее-бугоркового контакта во фронтальном отделе
2. исправление нарушений окклюзии
3. устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба
4. устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

615. Ортопантограммы челюстей делают

1. для определения количества и расположения зубов
2. для изучения строения лицевого отдела черепа
3. для прогноза роста челюстей
4. для изучения динамики роста челюстей

5. для определения показаний к удалению зубов

616. Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа, является

1. ретракция верхней челюсти
2. смещение зубов нижней челюсти
3. изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием
4. хирургическое вмешательство
5. комплексные методы

617. Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

1. травматическая окклюзия
2. повышенная стираемость зубов
3. заболеваемость пародонта
4. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
5. деформация окклюзионной поверхности

618. При применении металлического базиса учитывается

1. состояние пародонта
2. требование эстетики
3. состояние твердых тканей сохранившихся зубов
4. характер окклюзионных контактов

619. Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии

1. центральной
2. боковой
3. передней

620. При замешивании гипса добавляют

1. воду в порошок
2. порошок в воду
3. не имеет значения

621. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к первому классу относятся

1. полости, располагающиеся в естественных фиссурах жевательных зубов
2. полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров

3. полости на проксимальных поверхностях передних зубов
4. полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
5. полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

622. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом

1. 15°
2. 30°
3. 45°
4. 60°
5. 90°

623. Применение пластмассовых коронок при пародонтите возможно

1. нет
2. нет, так как усугубится течение
3. да
4. да, если процесс в стадии ремиссии
5. да, если край коронки не подводит под десну

624. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно

1. боль в суставе
2. парестезии
3. бруксизм

625. Штифтовый зуб по Ричмонду – это конструкция

1. с вкладкой
2. фабричного изготовления
3. с колпачком

626. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают

1. с челюсти, на которой будет припасована коронка
2. с обеих челюстей
3. с фрагмента челюсти с препарированным зубом

627. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют восковые композиции

1. базисный
2. липкий

3. моделировочный для мостовидных работ

4. восколит

628. Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима чтобы

1. получить точный отпечаток поддесневой части зуба
2. получить точный отпечаток наддесневой части зуба
3. остановить кровотечение

629. Для облицовки металлопластмассовых коронок используется

1. синма М
2. акрилоксид
3. этакрил
4. протакрил
5. карбодент

630. При медиальном наклоне на опорном зубе в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

631. При маленьком пространстве между дном полости рта и десневым краем в бюгельном протезе применяют

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу
3. лингвальную пластинку
4. модифицированный непрерывный кламмер
5. вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

632. Толщина плеча кламмера Аккера у основания

1. 0.5±0.2 мм
2. 0.3±0.2 мм
3. 1.0±0.2 мм
4. 2.0±0.2 мм
5. 2.8±0.2 мм

633. Толщина небной пластинки

1. 1.5 ± 0.2 мм
2. 1.0 ± 0.2 мм
3. 0.8 ± 0.3 мм
4. 0.4 ± 0.2 мм
5. 0.2 ± 0.2 мм

634. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлинненным плечом кламмера Роуча

1. нет зазора
2. 1 мм
3. от 0.2 до 0.6 мм
4. от 0.6 до 0.8 мм
5. от 0.8 до 1 мм

635. Толщина кламмера заднего действия (одноплечего) у основания

1. 0.6 ± 0.2 мм
2. 0.8 ± 0.2 мм
3. 1.0 ± 0.2 мм
4. 1.2 ± 0.2 мм
5. 1.4 ± 0.2 мм

636. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между межевой линией и десневым краем, называют

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

637. Отливка каркаса бюгельного протеза производится на модели

1. диагностической
2. рабочей
3. дублированной
4. огнеупорной
5. супергипсовой

638. При хронической заеде целесообразно изготовить

1. протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
2. протеза с использованием фарфоровых зубов
3. протезы, изготавливаемые с учетом восстановления высоты нижнего отдела лица

639. Для утолщения жевательной поверхности коронок из сплава золота 900 пробы применяется сплав

1. серебряный припой (ПСР – 37)
2. золото-кадмиевым 750 пробы
3. золото-платиновый 750 пробы
4. золота 900 пробы

640. На культевую вкладку можно изготовить коронку

1. только штампованную
2. только литую
3. только пластмассовую
4. только литую с облицовкой (комбинированную)
5. любую из существующих

641. Степень болевой чувствительности слизистой оболочки на верхней челюсти в норме

1. 10 – 20 в г/мм²
2. 20 – 35 в г/мм²
3. 35 – 80 в г/мм²

642. Анатомический слепок снимают с челюсти

1. стандартной ложкой
2. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб
3. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

643. Оптимальное расположение кламмерной линии на нижней челюсти

1. диагональное
2. сагиттальное
3. поперечное

644. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассу с использованием обратного способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

1. в основании находятся искусственные зубы и кламмеры, в верхней части – модель
2. в основании находится модель, искусственные зубы, кламмеры, в верхней части – контрформа

3. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части – зубы, установленные на искусственной десне, кламмеры

645. Для полимеризации пластмассы кювету помещают в воду

1. холодную
2. температурой 60°C
3. кипящую

646. Съёмный пластиночный протез после приема пищи необходимо

1. промыть водой

2. протереть спиртом
3. обработать крепким раствором марганцовки

647. При наличии сильных болей перед коррекцией съёмного пластиночного протеза больному рекомендуется

1. не снимать протез до посещения врача
2. снять протез и одеть его за 3 – 4 часа перед коррекцией
3. снять протез и прийти к врачу

648. Для снятия слепков при изготовлении съёмных мостовидных протезов применяется

1. термопластическая масса
2. альгинатная масса
3. твердокристаллическая

649. Плечо опорноудерживающего кламмера в бюгельном протезе выполняет функцию

1. удерживающую
2. опорную
3. удерживающую и опорную

650. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание

1. на наличие резервных сил пародонта
2. на оценку опорных свойств протезного ложа
3. на наличие корней

4. на возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам

651. Наиболее целесообразной тактикой при наличии турса средней выраженности является

1. хирургическое вмешательство
2. дифференциальный оттиск
3. изоляция турса
4. укорочение протеза
5. моделировка базиса протеза с обходом турса

652. Метод функционального оформления краев оттиска используется для

1. разгрузки слизистой протезного ложа
2. создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц
3. улучшения гигиенических свойств протеза

653. Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости

1. по носоушной и зрачковой горизонтали
2. по методу Паунда
3. с помощью аппарата Ларина
4. с помощью внутриворотовой записи движений нижней челюсти
5. с помощью внеротовой записи движения нижней челюсти

654. Анализ акта глотания позволяет правильно сформировать уровень окклюзионной поверхности. Характерным признаком для нормального глотания является

1. губы слегка сомкнуты
2. зубы сомкнуты
3. круговая мышца не напряжена
4. кончик языка упирается в передний участок неба и небную поверхность передних верхних зубов

655. На верхней челюсти с вестибулярной стороны граница базиса протеза должна соответствовать

1. пассивно подвижной слизистой оболочке
2. активно подвижную слизистую оболочку
3. неподвижную слизистую оболочку

656. Морфологические изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов

1. увеличение амплитуды и изменение характера движений нижней челюсти
2. атрофия суставного бугорка и уплощение суставной ямки
3. углубление суставной ямки и гипертрофия суставного бугорка

657. Четвертый тип беззубых челюстей по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками

1. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
2. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
3. резкая, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
4. средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
5. незначительная, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

658. Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется

1. стандартная ложка
2. индивидуальная ложка
3. частичная ложка

659. Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по

отношению к челюстно-подъязычной (внутренней кривой) линии

1. не перекрывает ее
2. заканчивается на ее уровне
3. перекрывает ее

660. Разгружающий функциональный слепок получают с предварительным изготовлением на индивидуальной ложке

1. окклюзионных валиков
2. множественных отверстий по всей поверхности
3. отверстий в области альвеолярных бугров верхней челюсти или ретроальвеолярных бугорков нижней челюсти

661. Протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии

1. камперовской
2. франкфуртской
3. зрачковой

662. При выдвигании нижней челюсти вперед ее суставная головка двигается в направлении

1. вперед
2. вперед и в сторону
3. вниз и вперед

663. Постановка искусственных зубов с созданием окклюзионной кривой обеспечивает при выдвигании нижней челюсти вперед контакт между зубами

1. в переднем отделе
2. в боковых отделах
3. в переднем и боковых отделах

664. Глубина ретенционной зоны зуба при проведении параллелометрии зависит

1. от анатомической формы зубов
2. от степени выраженности экватора
3. от степени зубочелюстной деформации
4. от степени наклона модели
5. от методики параллелометрии

665. Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза

1. уточнение выбора опорных, ретенционных и стабилизирующих элементов
2. планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза
3. планирование базисов протеза
4. планирование непрямых удерживателей (антиопрокидывателей):

666. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

1. на вершине альвеолярного гребня
2. на оральном скате альвеолярного гребня
3. на вестибулярном скате альвеолярного гребня
4. на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
5. на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

667. Для изготовления бюгельного протеза верхней челюсти при III классе дефекта зубного ряда по Кеннеди нужно сделать

1. анатомический оттиск
2. функциональный оттиск
3. дифференцированный оттиск
4. дифференцированно-комбинированный оттиск
5. произвольный оттиск

668. Ширина нижней дуги

1. 2.5 ± 1.0 мм
2. 3.0 ± 1.0 мм
3. 3.5 ± 1.0 мм
4. 4.0 ± 1.0 мм
5. 5.0 ± 1.0 мм

669. Толщина амбулаторного зацепного крючка

1. 0.3 ± 0.1 мм
2. 0.4 ± 0.1 мм
3. 0.5 ± 0.1 мм
4. 0.6 ± 1.5 мм
5. 0.7 ± 0.1 мм

670. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и язычной пластинкой бюгельного протеза

1. нет зазора
2. 0.2мм
3. 0.4 мм
4. от 0.5 до 1.0 мм
5. от 1.0 до 1.5 мм

671. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

1. 0.4 мм
2. 0.6мм
3. 0.8 мм
4. 1,0мм
5. 1.2мм

672. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой

1. 10 мм
2. 20 мм
3. 30 мм
4. 40 мм
5. 50 мм

673. Ложе для окклюзионной накладки должно иметь

1. плоскую форму
2. форму ласточкиного хвоста
3. форму полусферы
4. форму квадрата
5. ложечкообразную форму

674. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия)

1. интердентальная шина В.Н.Копейкина
2. шина Мамлока
3. шина Эльбрехта
4. шина из четырех цельнолитых
5. (металлокерамических, металлоакриловых) коронок
6. экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

675. При II степени подвижности зубы пораженные пародонтитом, смещаются

1. в горизонтальной плоскости только в одном направлении

2. в горизонтальной плоскости только в вестибулярном направлении
3. в горизонтальной плоскости в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении
4. в горизонтальной и вертикальной плоскостях

676. В области жевательных зубов после проведения метода избирательной пришлифовки при пародонтите должен быть

1. линейный контакт
2. точечный контакт
3. комбинированный контакт

677. При ложном суставе съемный протез изготавливается

1. с одним базисом
2. с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
3. с металлическим базисом

678. Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза являются

1. через 2 месяца после операции
2. через 6 месяцев после операции
3. через 2 недели после операции
4. до оперативного вмешательства
5. сразу же после операции

679. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в области угла (перелом поперечный, идет косо кнутри и вперед)

1. резкое смещение малого отростка внутрь
2. резкое смещение малого отростка вверх
3. резкое смещение малого отростка кпереди

680. Мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти снимают

1. с помощью местной анестезии
2. применением мышечных релаксантов
3. общим наркозом
4. силовым воздействием

681. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

1. не требуется
2. в зависимости от желания пациента
3. требуется в течение первого года
4. требуется проводить регулярный контроль
5. требуется в течение первых шести месяцев

682. Завышение высоты нижнего отдела лица при протезировании с опорой на имплантаты

1. допустимо во всех случаях
2. недопустимо во всех случаях
3. недопустимо только при полном отсутствии зубов
4. допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
5. допустимо при использовании имплантата в качестве
6. промежуточной опоры

683. Наиболее часто рекомендуется для зашивания разреза слизистой-надкостничного лоскута

1. кетгут
2. шелк
3. полиамидная нить
4. волос
5. все вышеперечисленное

684. Наиболее приемлемыми материалами для изготовления хирургического инструментария для имплантации являются

1. любой подходящий для этой цели металл
2. металлы, применяемые для изготовления данных имплантатов
3. нержавеющая сталь
4. хром кобальтовый сплав
5. сталь с покрытием нитридом титана

685. При сверлении температура кости не должна превышать

1. 20°
2. 30°
3. 37°

4. 47°
5. 50°

686. При изготовлении имплантата используют

1. медь
2. титан
3. цинк
4. хром
5. ниобий

687. Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

1. преобладание спонгиозной кости
2. часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения
3. плохое кровоснабжение
4. плохая иннервация

688. Окисная пленка на поверхности имплантата имеет

1. слоистую структуру
2. кристаллическую структуру
3. неструктурирована

689. К показаниям для эндодонто-эндоссальной имплантации относятся

1. потеря костной ткани на 1/2 высоты корня зуба
2. вывих зуба
3. перелом корня зуба
4. недостаточная длина корня зуба

690. В клинике может быть использована система интеграции имплантатов

1. костная интеграция
2. фиброзная интеграция
3. костная и фиброзная интеграции
4. нет указаний
5. обе системы неприемлемы

691. Материалы, используемые для имплантации, относятся к группе

1. гетерогенных
2. аллопластических
3. аутологических

692. Допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта

1. допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама

2. категорически не допустимо
3. допустимо в исключительных случаях
4. допустимо на верхней челюсти
5. допустимо при обильном охлаждении
6. с применением кофердама только на нижней челюсти

693. Адсорбция белков на поверхности имплантата определяется

1. размером кристаллов
2. степенью шероховатости поверхности
3. смачиваемостью поверхности

694. Больной Б., 49 лет.

Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, щелканье в суставах.

Зубная формула:

00654321	12305000
00000321	02040600

Подвижность оставшихся зубов 2 степени.

Какие методы обследования следует

применить для определения возможности зубной имплантации в данном случае?

1. клинико-рентгенологические методы
2. традиционные методы
3. клинико-рентгенологические методы, электромиография, реопарадентография, лабораторные методы
4. клинические методы обследования, лабораторные методы, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, пробы по Нечипоренко
5. только клинические методы обследования

695. Больной Н., 25 лет.

Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, резкая атрофия гребня на обеих челюстях.

Расстояние до придаточных пазух и нижнеальвеолярного нерва 2-4 мм, ширина гребня 6-8 мм. В данном случае могут быть применены

1. пластиночные имплантаты на обе челюсти

2. полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти
3. эндо-субпериостальные имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти
4. цилиндрические

696. Резцы в\ч в норме контактируют с резцами н\ч

1. небной поверхностью
2. режущим краем
3. вестибулярной поверхностью

697. Сроки прорезывания постоянных зубов

1. 6 - 6-7 лет, 1 - 7-8 лет, 2 - 8-9 лет; 4 - 9-11 лет, 3 - 10-12 лет
2. 6 - 6-7 лет, 1 - 7-8 лет, 2 - 8-9 лет, 4 - 9-11 лет, 3 - 9-10 лет, 5 - 10-11 лет, 7 - 11-12 лет
3. 1 - 6-7 лет, 2 - 7-8 лет, 3 - 8-9 лет, 4 - 10-12 и 5 - 11-13 лет

698. Мезиальное положение зуба - это смещение зуба

1. вперед по зубной дуге
2. назад по зубной дуге
3. в сторону неба

699. Компактоостеотомия проводится с целью

1. улучшения фиксации ортодонтического аппарата
2. ускорения ортодонтического лечения
3. продолжения ортодонтического лечения

700. Двухслойные слепки необходимы для протезирования

1. штампованно-паяными мостовидными протезами
2. цельнолитыми мостовидными протезами
3. бюгельными протезами

701. Соотношение должностей врач – зубной техник должно быть

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

5. 2,0 : 3,0

702. Вторая степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движениями зуба в

1. вестибуло-оральном направлении
2. медио-дистальном направлении
3. вестибуло-оральном и медио-дистальном направлениях
4. вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное направление
5. во всех направлениях, включая ротацию

703. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

1. клинический
2. рентгенологический
3. биометрический
4. реографический
5. измерение диагностических моделей челюстей

704. Профессор Пономарева В.А. выделяет

1. три формы зубочелюстных деформаций
2. две формы зубоальвеолярного удлинения
3. четыре формы зубочелюстных деформаций

705. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения

1. сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
2. гемодинамики височно-нижнечелюстного сустава
3. движения головок нижней челюсти
4. размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

706. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают

1. дистально
2. в правую боковую окклюзию
3. в левую боковую окклюзию
4. в переднюю окклюзию

5. открыванием рта в пределах до 1 – 2 см

707. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет

1. половину величины коронки зуба
2. половину длины корня
3. 2/3 коронки зуба

708. Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной формы необходимо

1. изготовить диагностические модели
2. измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО
3. провести рентгенологическое исследование зубов
4. провести ЭОД
5. провести реопарадонтотографию

709. Гнатодинамометром измеряют

1. абсолютную силу жевательных мышц
2. выносливость пародонта к нагрузке
3. жевательную эффективность

710. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется

1. сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества
2. через сутки
3. через 1 – 2 недели
4. необходимо время для синтеза иммуноглобулинов
5. необходимо время для формирования защиты

711. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается

1. изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба
2. сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
3. сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
4. расщелина лица косая, срединная
5. синдром I и II жаберных дуг

712. Нормальной считается глубина резцового перекрытия

1. на 0-0.5 мм
2. на 1.0-2.0 мм
3. на 2.0-3.0 мм
4. на 4.0-5.0 мм
5. на 5.0 мм и более

713. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена

1. в полости рта неподвижно
2. в полости рта подвижно
3. вне полости рта неподвижно
4. вне полости рта подвижно
5. любым образом

714. Дезокклюзия зубов характеризуется

1. нарушением контактов передних зубов
2. нарушением контактов боковых зубов
3. отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
4. отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели

715. На прямых ТРГ головы возможно выявить

1. количество и положение зубов
2. форму и размеры лицевого отдела черепа
3. показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
4. динамику роста челюстей
5. отклонения в развитии шейного отдела позвоночника

716. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является

1. сужение зубных рядов
2. мезиальное смещение боковых зубов
3. макродентия
4. чрезмерное развитие одной из челюстей
5. недоразвитие одной из челюстей

717. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

1. устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

2. исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
3. создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами
4. восстановление непрерывности зубного ряда
5. улучшение внешнего вида больного

718. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах

1. $\pm 0.5-1$ мм
2. ± 1.5 мм
3. ± 2 мм
4. ± 3 мм
5. ± 4 мм и более

719. Центральная окклюзия определяется признаками

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

720. Смыкание зубных рядов, характеризующееся множественным фиссурно-бугорковым контактом, положением суставных головок нижней челюсти у основания ската суставного бугорка, равномерным напряжением мышц, поднимающих нижнюю челюсть, является окклюзией

1. передней
2. центральной
3. боковой левой
4. боковой правой

721. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

1. располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

2. на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров
3. на проксимальных поверхностях передних зубов
4. на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
5. в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

722. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью

1. предупреждения смещения
2. исключения опрокидывающего момента
3. лучшей фиксации и прилегания
4. исключения сколов
5. исключения рассасывания цемента

723. Изготовление пластмассовых мостовидных протезов возможно

1. да
2. да, если отсутствует один зуб
3. да, если отсутствует два зуба
4. да, если отсутствует три зуба
5. нет

724. Применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов возможно

1. нет
2. возможно
3. возможно, но после соответствующей подготовки
4. возможно только при I степени
5. возможно только при I и II степени

725. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают

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

726. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота пробы

1. 375°
2. 583°
3. 750°

4. 900°

727. Припасовка штампованной коронки из золотого сплава по длине осуществляется с применением

1. алмазных головок
2. карборундовых головок
3. ножниц по металлу

728. При изготовлении цельнолитой коронки стенки зуба препарируют под углом к его длинной оси

1. 2 – 3°
2. 5 – 6°
3. 12 – 20°

729. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества твердых тканей в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью

1. улучшения фиксации коронки
2. создания плотного контакта коронки с тканями зуба
3. уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

730. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3
4. Ней №4
5. Ней №5

731. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

1. на вершине альвеолярного гребня
2. на оральном скате альвеолярного гребня
3. на вестибулярном скате альвеолярного гребня
4. на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
5. на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

732. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания

1. 0.5±0.1 мм
2. 0.8±0.1 мм
3. 1.5±0.1 мм
4. 1.0±0.1 мм
5. 1.2±0.1 мм

733. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

1. 1.5±0.1 мм
2. 1.0±0.1 мм
3. 0.8±0.1 мм
4. 0.5±0.1 мм
5. 0.3±0.1 мм

734. Величина зазора между слизистой оболочкой и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

1. нет зазора
2. мм
3. от 0.2 до 0.6 мм
4. от 0,6 до 0.8 мм
5. от 0.8 до 1 мм

735. Толщина кламмера заднего действия (одноплечего) у окончания

1. 1.2±0.1 мм
2. 1.0±0.1 мм
3. 0.8±0.1 мм
4. 0.6±0.1 мм
5. 0.4±0.1 мм

736. Пространство, расположенное между боковой поверхностью коронки зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа при заданном наклоне модели называется

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

737. После окончания параллелографии рабочую модель необходимо

1. снять со столика
2. изолировать зоны поднутрения
3. обрезать цоколь

4. снять нанесенные линии на цоколе
5. пропитать водой

738. Для пародонтита характерно, что явления деструкции костной ткани захватывают

1. тело челюсти
2. лишь альвеолярный отросток челюсти
3. альвеолярный отросток и тело челюсти

739. Стоматологический фарфор получают

1. из полевого шпата
2. из полевого шпата, кварца
3. из полевого шпата, кварца, каолина
4. из полевого шпата, кварца, каолина, природного гипса

740. Одонтопародонтограмма дает возможность судить

1. о степени резорбции межзубных перегородок
2. о состоянии слизистой оболочки полости рта
3. о степени подвижности зубов

741. Степень болевой чувствительности слизистой оболочки на верхней челюсти в норме

1. 20 – 40 в г/мм²
2. 40 – 60 в г/мм²
3. 60 – 80 в г/мм²

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

1. напряжения
2. относительного физиологического покоя
3. полного расслабления

743. Плечо удерживающего кламмера должно

1. иметь точечный контакт с вестибулярной поверхностью зуба
2. прилегать к вестибулярной поверхности зуба на всем протяжении
3. отстоять от вестибулярной поверхности зуба на 0,5 мм

744. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассу с использованием комбинированного способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

1. в основании находится модель, искусственные зубы, кламмеры, в верхней части – контрформа
2. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части – зубы, установленные на искусственной десне, кламмеры
3. в основании находятся искусственные зубы и кламмеры, в верхней части – модель

745. При полимеризации пластмассы кювету помещают

1. в холодную воду и нагревают до 100°C, через 50-60 мин уменьшают нагрев до 60°C и выдерживают 30-40 мин, затем в той же воде охлаждают
2. в кипящую воду на 50-60 мин, после чего охлаждают в холодной воде
3. в воду комнатной температуры, медленно доводят до 80°C, затем доводят температуру до 100°C, через 50-60 мин охлаждают в той же воде

746. Съемный пластиночный протез ночью необходимо хранить

1. в кипяченой воде
2. в спиртовом растворе
3. в сухом виде
4. в растворе марганцовки

747. Пациент К. после наложения съемного пластиночного протеза жалуется на усиленную саливацию, однако дикция восстанавливается, повышенный рвотный рефлекс угасает, жевательная эффективность начинает восстанавливаться. Укажите фазу адаптации к протезу по В.Ю.

- Курляндскому
1. раздражения
 2. частичного торможения
 3. полного торможения

748. Быстрое нагревание пластмассы при полимеризации приводит к образованию

1. трещин
2. газовой пористости
3. мраморности

749. Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти располагается

1. у шеек зубов
2. на середине расстояния между шейками зубов и переходной складкой слизистой оболочки дна полости рта
3. у переходной складки слизистой оболочки дна полости рта

750. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать

1. снижение эффективности жевания
2. рвотный рефлекс
3. десинхроноз

751. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

1. моделирование базиса с обходом сосочка
2. хирургическое иссечение его
3. оттиск с дифференцированным давлением
4. изоляция его на модели
5. выпиливание базиса протеза в области сосочка

752. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

1. сниженный тонус жевательных мышц
2. стираемость бугорков жевательных зубов
3. стираемость режущих краев передних зубов

753. Тактика врача при протезировании больных с привычным "передним" положением нижней челюсти

1. зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти

2. постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов

3. поставить искусственные зубы неанатомической формы

754. Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи)

1. ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками
2. незначительная атрофия альвеолярных отростков
3. наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей
4. преобладание вертикальных движений нижней челюсти

755. Для анатомических слепков применяют слепочные массы

1. термопластические
2. альгинатные
3. гипс
4. силиконовые
5. акриловые пластмассы

756. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов

1. атрофия суставного бугорка
2. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
3. появление боли, шума, щелканья

757. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю.Курляндского

1. три
2. четыре
3. пять

758. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуально слепочной ложке на верхнюю челюсть

1. восстановление фонетики
2. удержание на челюсти при проведении функциональных проб
3. восстановление эстетических норм

759. При проведении функциональных проб амплитуда движений зависит

1. от типа соотношения челюстей
2. от степени атрофии челюстей
3. от типа слизистой оболочки (по Суппли)

760. При наличии «болтающегося гребня» (по Суппли) снимают слепок

1. компрессионный
2. разгружающий
3. дифференцированный

761. Ориентиром для расположения центральных резцов служит расположение

1. крыльев носа
2. уздечки верхней губы
3. центральной линии лица
4. филтрума верхней губы

762. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне, противоположной направлению смещения, совершает движение

1. вперед, вниз и внутрь
2. вперед
3. вокруг собственной оси

763. При постановке зубов в окклюдаторе выверяют окклюзии

1. боковые левые
2. боковые правые
3. передние
4. центральная

764. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно удерживающего кламмера на зубе

1. горизонтальное
2. под углом 5-10° к горизонтали
3. под углом 10-15° к горизонтали
4. под углом 15-20° к горизонтали
5. под углом 20-25° к горизонтали

765. На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке граница базиса бюгельного протеза проходит с оральной стороны

1. на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо
2. на уровне середины альвеолярного отростка
3. на уровне ската альвеолярного гребня
4. покрывает часть твердого неба
5. покрывает значительную часть неба

766. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

1. до 1/3 длины базиса протеза
2. до 1/2 длины базиса протеза
3. до бугров верхней челюсти
4. на всю длину базиса
5. на 2/3 базиса протеза

767. Укажите место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти

1. передняя треть твердого неба
2. задняя треть средней трети твердого неба
3. передняя треть задней трети твердого неба
4. средняя треть задней трети твердого неба
5. задняя треть задней трети твердого неба

768. Толщина верхней задней дуги

1. 1.3±0.2 мм
2. 1.4±0.2мм
3. 1.5±0.2 мм
4. 1.6±0.2 мм
5. 1.7±0.2 мм

769. Величина зазора между каркасом седла бюгельного протеза и слизистой оболочкой альвеолярного отростка

1. нет зазора
2. 0.2 мм
3. 0.5 мм
4. 1.0 мм
5. не менее 1.5 мм

770. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и дугой нижнего бюгельного протеза

1. 0.2 мм
2. 0.4 мм
3. от 0.5 до 1.0 мм

4. от 1.0 до 1.5 мм

771. Ширина плеча кольцевидного
клатмера у основания

1. 2.0 ± 0.5 мм
2. 1.5 ± 0.5 мм
3. 1.0 ± 0.5 мм
4. 0.5 ± 0.5 мм
5. 0.3 ± 0.2 мм

772. На цоколь рабочей модели для
параллелометрии наносят линии обзора

1. экватора зуба
2. продольной оси зуба
3. десневого края
4. жевательной поверхности

773. На одностоящий моляр применяется
клатмер

1. Аккера
2. Роуча
3. Бонвиля
4. Свенсена
5. кольцевидный

774. По локализации процесса выделяют
пародонтит

1. очаговый
2. атрофический
3. септический

775. Показания к применению метода
избирательного шлифования зубов
при пародонтите являются

1. множественный кариес
2. преждевременные контакты зубов
3. деформации зубных рядов

776. Укорочение резцового пути при
шлифовке зубов с заболеваниями
пародонта нормализует гемодинамику
пародонта

1. нет
2. да

777. Особенности снятия слепков при
стомоназальных дефектах
(приобретенных)

1. необходимость тампонирования
дефекта
2. сегментарное снятие оттиска
3. снятие оттиска разборной ложкой
4. снятие оттиска без тампонады дефекта
5. снятие оттиска индивидуальной ложкой

778. К основным функциям резекционного
протеза относятся

1. восстановление эстетических норм
челюстно-лицевой области
2. восстановление функции дыхания
3. защита раневой поверхности
4. частичное восстановление нарушенных
функций и формирование протезного ложа

779. К способам нормализации
окклюзионных соотношений челюстей при
неправильно сросшихся отломках
относятся

1. ортодонтическое исправление
положения отломков
2. удаление зубов
3. изготовление двойного ряда зубов
4. наложение репонирующего аппарата
5. наложение шинирующего аппарата

780. При лечении привычных вывихов
нижней челюсти в клинике
ортопедической стоматологии применяют

1. укрепление связочно-капсулярного
аппарата
2. применение ограничителей открывания
рта
3. оперативное лечение
4. применение имплантата

781. Субпериостальная имплантация
показана

1. если включенный дефект небольшой
протяженности с резко выраженной
атрофией альвеолярного отростка
2. если концевой дефект зубного ряда с
хорошо выраженным альвеолярным
отростком
3. при полном отсутствии зубов на
челюсти со значительной атрофией
альвеолярного гребня

4. при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня
5. при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

782. Целью применения внутрислизистых имплантатов является

1. улучшение фиксации съемных протезов
2. улучшение фиксации мостовидных протезов
3. улучшение устойчивости зубов
4. улучшение эстетики протезирования
5. все вышеперечисленное

783. Оссеоинтеграция имплантата - это

1. плотное укрепление имплантата
2. помещение имплантата в костную ткань
3. плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
4. наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью
5. эпителиальная выстилка между имплантатом и костью

784. Нормализация окклюзии при имплантации

1. один из основных параметров влияющих на успех лечения
2. не оказывает влияния на результат имплантации
3. может оказывать влияние на результат у некоторых больных
4. не придает большого значения устранению окклюзионных нарушений
5. оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

785. К костной ткани относятся клетки

1. остеобласты
2. нейтрофилы
3. плазмоциты
4. Купферовы клетки
5. все вышеперечисленные элементы

786. Инструменты, применяемые при имплантации

1. скальпель

2. пила Джигли
3. зажим Пайра

787. Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

1. благоприятная
2. неблагоприятная
3. не изучено
4. благоприятный результат только у девочек
5. благоприятный результат только у мальчиков

788. Предпочтительными факторами в процессе сверления кости являются

1. умеренное число оборотов
2. увеличение давления
3. применение охлаждения
4. данных нет
5. 1,3

789. Факторами, определяющими успех имплантации, являются

1. биосовместимость материала
2. метод получения оттиска
3. применяемые средства противовоспалительной терапии

790. Правильно установлен в кость челюсти пластиночный имплантант

1. плечи имплантата погружены в кость, шейка расположена в мягких тканях
2. плечи имплантата на уровне кортикальной пластинки
3. головка имплантата опирается на кортикальную пластинку
4. плечи имплантата расположены на 0.5 мм выше кортикальной пластинки
5. головка имплантата расположена над слизистой оболочкой

791. Биоактивные имплантатные материалы - это

1. растворяющиеся в среде организма
2. вызывающие реакцию кости
3. точного определения нет
4. материалы на биологической основе
5. костные трансплантаты

792. Конструкцию субпериостального имплантата определяет

1. врач
2. зубной техник
3. пациент
4. врач и пациент

793. Правильное положение шейки внутрикостного имплантата

1. находится под слизистой оболочкой
2. находится в пределах слизистой оболочки
3. частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой
4. полностью находится в костной ткани
5. частично находится в слизистой оболочке, частично в кости

794. Больная Г., 25 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, сильное смыкание зубных рядов.

Зубная формула:

00054321 | 10340678
07654001 | 12345078

Имеется стираемость твердых тканей зубов.

Наиболее целесообразными методами обследования при планировании зубной имплантации в данной ситуации являются

1. клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография, электромиография, томография суставов, изучение гипсовых моделей челюстей, биометрические методы исследования
2. клинико-рентгенологическое обследование, реопарадонтोगрафия, ультра звуковое исследование, консультация специалистов общего профиля
3. клинический осмотр, пальпация, перкуссия,
4. изучение гипсовых моделей челюстей, параллелометрия, биометрические методы обследования
5. традиционные методы
6. клинико-рентгенологическое обследование

795. Больной М., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов на нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. На верхней челюсти 3 класс. Зубная формула:

07604321 12000008

07604321 12340000

Зубы устойчивы. Умеренная атрофия гребня верхней и нижней челюсти. Высота 12-14 мм и ширина 5-7 мм. Импантация на верхней и нижней челюстях в представленной ситуации

1. нецелесообразна
2. показана только на верхней челюсти
3. показана только на нижней челюсти
4. показана на обеих челюстях
5. невозможна из-за неблагоприятных анатомо-топографических условий

796. Резцы н\ч в норме контактируют с резцами в\ч

1. язычной поверхностью
2. режущим краем
3. вестибулярной поверхностью

797. Гиперодонтия возникает при

1. наличии сверхкомплектных зубов
2. отсутствии зачатков зубов
3. ретенции зубов

798. Дистальное положение зуба - это смещение зуба

1. вперед по зубной дуге
2. назад по зубной дуге
3. в сторону неба

799. Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, рекомендуются при

1. сужении зубных рядов
2. недоразвитии нижней челюсти
3. мезиальной окклюзии

800. Разборная модель необходима для изготовления

1. штампованной коронки
2. бюгельного протеза
3. металлокерамической коронки

801. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины

1. межальвеолярной высоты
2. клинической коронки зуба
3. анатомической коронки зуба

802. Третья степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движениями зуба в

1. вестибуло-оральном направлении
2. медио-дистальном направлении
3. вестибуло-оральном и медио-дистальном направлении
4. вестибуло-оральном, медио-дистальном и вертикальном направлениях
5. во всех направлениях, включая ротацию

803. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

804. Наиболее частый этиологический фактор вторичной деформации зубных рядов

1. патологическая стираемость
2. кариес
3. пародонтит
4. адентия
5. лейкоплакии

805. Избирательное сошлифовывание зубов при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью

1. восстановления эстетических норм
2. уменьшения нагрузки на пародонт
3. нормализация функциональной окклюзии

806. Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава

1. нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
2. ограничить движение нижней челюсти, восстановить эстетические нормы

3. исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений

807. При прямом виде прикуса преобладает форма патологической стираемости

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

808. При патологической стираемости твердых тканей зубов форма дефекта

1. кратерообразная
2. ступенчатая
3. прямоугольная

809. В жевательных пробах С.Е. Гельмана, С.И. Рубинова в качестве тест-системы используют

1. жевательную резинку
2. сухарь
3. драже
4. ядро ореха

810. Наиболее выражена функция фагоцитоза у

1. эндотелиоцита
2. нейтрофила
3. эозинофила
4. макрофага
5. лимфоцита

811. Источником силы в функционально-действующих аппаратах является

1. винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.
2. наклонная плоскость, направляющие петли, накладки, каппы, пелоты и т.д.
3. энергия жевательных мышц
4. энергия мимических мышц
5. энергия жевательных и мимических мышц

812. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

1. зубоалвеолярное укорочение
2. отсутствие смыкания группы зубов

3. зубоальвеолярное удлинение

813. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии

1. 50 см
2. 1 м
3. 1.5 м
4. 2-3 м
5. 4-5 м

814. Глубокий прикус характеризуется

1. нарушением контактов передних зубов
2. нарушением контактов боковых зубов
3. нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
4. отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели

815. Рентгенографию кистей рук делают

1. для уточнения сроков окостенения
2. для прогноза роста челюстей
3. для сопоставления костного и зубного возраста
4. для изучения динамики роста организма
5. для выяснения аномалий развития скелета

816. Аппаратами, применимыми для лечения мезиального смещения нижней челюсти, являются

1. аппарат Андресена-Гойпля
2. направляющая коронка Катца
3. активатор функции
4. расширяющая пластинка

817. Основной задачей перестройки миотатического рефлекса по И.С. Рубинову является

1. самостоятельное ортодонтическое лечение
2. функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием
3. морфологическая перестройка зубочелюстной системы
4. предотвращение рецидива аномалии

5. морфологическая перестройка в височно-нижнечелюстном суставе

818. Основной задачей лечения больных с глубоким (вторичным) снижающимся прикусом является

1. восстановление нормального положения нижней челюсти в сагиттальной и вертикальной плоскостях
2. замещение дефектов зубных рядов
3. восстановление эстетики

819. Суставной признак центральной окклюзии. Суставная головка находится

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

820. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть

1. равномерно напряжены
2. расслаблены
3. неравномерно напряжены

821. К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

1. располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
2. на проксимальных поверхностях передних зубов
3. на проксимальных поверхностях и углах передних зубов в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

822. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только

1. для вкладок из благородных металлов
2. для вкладок из неблагородных металлов
3. для металлических вкладок
4. для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
5. для вкладок из фарфора

823. При применении литых штифтовых вкладок возможны следующие ошибки и осложнения

1. перфорация стенки корня
2. расхождение швов
3. подвижность корня

824. Фарфоровые коронки по сравнению с другими видами несъемных протезов имеют следующие достоинства

1. высокая технологичность
2. низкая стоимость
3. высокая биологическая индифферентность

825. При прямом методе восковая модель будущей вкладки изготавливается

1. непосредственно в полости рта
2. на модели из супергипса
3. на модели из серебряной амальгамы

826. При штамповке коронки необходимо изготовить штампы

1. один из гипса и один из легкоплавкого металла
2. два из легкоплавкого металла
3. два из гипса и два из легкоплавкого металла

827. Толщина диска для изготовления штампованной коронки из золотого сплава

1. 0,12
2. 0,22
3. 0,38
4. 0,50

828. При изготовлении цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы

1. 583
2. 750
3. 900

829. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ

1. можно не формировать
2. формируется по всему периметру шейки зуба
3. формируется на вестибулярной поверхности зуба

830. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

1. отростки базиса протеза
2. пальцевые отростки
3. многозвеньевые кламмеры
4. непрерывные кламмеры
5. передние небные дуг

831. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

1. до 1/3 длины базиса протеза
2. до 1/2 длины базиса протеза
3. до бугров верхней челюсти
4. на всю длину базиса
5. на 2/3 базиса протеза

832. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания

1. не менее 0.5 мм
2. не менее 0.8 мм
3. не менее 1.0 мм
4. не менее 2.5 мм
5. не менее 4.0 мм

833. Толщина язычной пластинки у нижнего края

1. 2.5 ± 0.1 мм
2. 2.0 ± 0.1 мм
3. 1.5 ± 0.1 мм
4. 1.0 ± 0.1 мм
5. 0.9 ± 0.1 мм

834. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

1. нет зазора
2. 0.2 мм
3. от 1.0 до 1.5 мм
4. 0.4 мм
5. от 0.5 до 1.0 мм

835. Существует ... основных типов наклона модели на столике параллелометра

1. 2 типа
2. 3 типа
3. 4 типа
4. 5 типов

5. 6 типов

836. Опорная и охватывающая части опорноудерживающего кламмера располагается

1. в зоне поднутрения
2. в окклюзионной зоне
3. в ретенционной зоне
4. в зоне безопасности
5. в кламмерной зоне

837. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?

1. диагностической
2. рабочей
3. дублированной гипсовой
4. дублированной супергипсовой
5. дублированной огнеупорной

838. Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации, изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется

1. ортопантографией
2. реопарадонтотграфией
3. электромиографией
4. фотоплетизмографией
5. гнатодинамометрией

839. Температура плавления хромоникелевого сплава

1. 950°C
2. 1150°C
3. 1350°C
4. 1450°C
5. 1700°C

840. Двусторонний дистально не ограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу

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

841. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза

1. механически
2. химически
3. с помощью клея

842. Базисный воск выпускается производителем в виде

1. прямоугольных пластинок
2. кубиков
3. круглых палочек
4. круглых полосок
5. пластинок округлой формы

843. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо кламмера должно

1. оказывать давление на охватывающий зуб
2. быть пассивным
3. отстоять от поверхности зуба

844. При прямом методе гипсовки искусственные зубы после разъединения частей кюветы

1. остаются в основании кюветы вместе с моделью
2. переходят в верхнюю часть кюветы
3. частично переходят, частично остаются

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

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости

846. Припасовка съемного пластиночного протеза в полости рта производится с помощью

1. химического карандаша
2. гипса
3. окклюзионной бумаги

847. Пациент К. после наложения и пользования съемным пластиночным протезом отмечает, что начал хорошо пережевывать пищу, исчезли боли в жевательных мышцах, нет ощущения

протеза как инородного тела. Укажите фазу адаптации к протезу по В.Ю.

Курляндскому

1. раздражения
2. частичного торможения
3. полного торможения

848. К пластмассам холодного отвердения относятся

1. синма М
2. этакрил
2. фторакс
4. протакрил

849. Расстояние между дугой бюгельного протеза верхней челюсти и слизистой оболочкой твердого неба составляет

1. 0,2 – 0,3 мм
2. 1,5 – 2,0 мм
3. 2,0 – 3,0 мм

850. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

1. возможность лучшей фиксации протеза
2. перегрузку пародонта оставшихся зубов
3. восстановление эстетики

851. При формировании дистального края полного верхнего протеза следует учитывать

1. костные контуры дистального края твердого неба
2. возраст пациента
3. вид прикуса

852. Укажите признак завышения межальвеолярной высоты

1. прикусывание слизистой щек
2. углубление естественных складок лица
3. заедание щек
4. больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа

853. При подборе искусственных зубов следует учитывать

1. форму лица
2. форму зубной дуги

3. форму головы

854. Методика внутривитровой шлифовки окклюзионных валиков (А.Катц, З.Гельфанд, А.Сапожников, М.Нападов) имеет преимущество

1. индивидуальность оформления окклюзионной плоскости
2. возможность более точного воспроизведения режущего пути
3. возможность более точного определения соотношения челюстей
4. возможность более точного воспроизведения суставного пути
5. индивидуальность постановки зубов

855. Искусственные зубы для съемных протезов изготавливают из

1. КХС
2. золота 900°
3. акриловой пластмассы
4. серебряно-паладиевого сплава

856. Морфологические изменения костей лицевого отдела черепа после полной утраты зубов

1. атрофия, уплощение и искривление скулового отростка лобной кости и орбитального отростка скуловой кости
2. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
3. гипертрофия контрфорсов верхней челюсти

857. Пятый тип беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю.Курляндского характеризуется признаками

1. альвеолярная часть выражена и выступает над уровнем мест прикрепления мышц с внутренней и внешней стороны
2. резкая атрофия альвеолярной части в области фронтальных зубов, хорошо выраженная - в области жевательных зубов
3. равномерная резкая атрофия альвеолярной части, находящейся ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон

4. резкая атрофия альвеолярной части в области жевательных зубов, хорошо выраженная - в области передних зубов
5. альвеолярная часть атрофирована до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон

858. При одномоментной методике изготовления индивидуальной ложки используется

1. гипс
2. пластмасса
3. воск
4. термопластическая масса
5. легкоплавкий сплав

859. Припасовка индивидуальной ложки на верхней челюсти проводится с помощью

1. внеротовой записи движений
2. функциональных проб
3. внутриротовой записи движений

860. При наличии атрофичной, сухой слизистой оболочки снимают слепок

1. компрессионный
2. разгружающий
3. дифференцированный

861. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками

1. используют для постановки искусственных зубов
2. сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
3. сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
4. переплавляют для повторного использования воска

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

1. вниз и вперед
2. вперед
3. вокруг собственной оси

863. Для постановки зубов в индивидуальном артикуляторе необходимо

1. функциональные оттиски
2. провести внеротовую запись движений нижней челюсти
3. провести внутриротовую запись движений нижней челюсти

864. Какое существует количество кламмеров по Нею

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

865. На нижней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза при концевых седлах проходит

1. впереди альвеолярного слизистого бугорка
2. по альвеолярному слизистому бугорку
3. позади альвеолярного слизистого бугорка
4. на середине слизистого бугорка
5. значительно перекрывает бугорок

866. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

1. до 1/4 длины базиса протеза
2. до 1/3 длины базиса протеза
3. до 1/2 длины базиса протеза
4. до 2/3 длины базиса протеза
5. на всю длину базиса протеза

867. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти обуславливает

1. желание пациента
2. форма твердого неба
3. выраженный торус шов твердого неба
4. топография дефекта зубного ряда
5. эстетические требования

868. Ширина верхней передней дуги

1. 0.3 ± 0.1 мм
2. 0.4 ± 0.1 мм
3. 0.5 ± 0.1 мм

4. $0,6 \pm 0,1$ мм
5. $0,7 \pm 0,1$ мм

869. Величина зазора между каркасом бюгельного протеза в месторасположении соединений и слизистой оболочки полости рта

1. нет зазора
2. не менее 0.3 мм
3. не менее 0.5 мм
4. не менее 1.0 мм
5. не более 1.0 мм

870. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением нижнего бюгеля

1. нет зазора
2. 0.2мм
3. 0.4 мм
4. от 0.5 до 1.0 мм
5. от 1.0 до 1.5 мм

871. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

1. 0.8 ± 0.2 мм
2. 1.0 ± 0.2 мм
3. 1.2 ± 0.2 мм
4. 1.4 ± 0.2 мм
5. 1.6 ± 0.2 мм

872. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

1. продольная ось зуба
2. линия анатомического экватора
3. линия вертикали
4. контрольная линия
5. линия десневого края

873. На боковых зубах применяется кламмер

1. Аккера
2. Роуча
3. Бонвиля
4. Свенсена
5. кольцевидный

874. Окклюзиограмма применяется для определения

1. окклюзионной высоты
2. окклюзионных контактов
3. выносливости тканей пародонта

875. Избирательная пришлифовка при пародонтите производится на группе зубов

1. верхней челюсти
2. нижней челюсти
3. верхней и нижней челюстей

876. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области

1. перфорация верхнечелюстной пазухи
2. травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области
3. атрофия после удаления зубов

877. При изготовлении верхне-челюстного obtурирующего протеза при наличии непрерывного зубного ряда на сохранившемся участке верхней челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

1. фиксирующие кламмеры
2. телескопические коронки
3. балочная (штанговая) система фиксации
4. опорно-удерживающие кламмеры

878. Наиболее объективно определяют степень восстановления obtурирующим протезом функции глотания следующие лабораторные методы

1. рентгенография;
2. фагиография
3. реопародонтография
4. электромиография
5. электромиомастикациография

879. Укажите один из важных клинических признаков перелома нижней челюсти

1. нарушение прикуса при сомкнутых челюстях
2. невозможность закрыть рот
3. глубокое перекрытие нижних зубов верхними
4. дистальный сдвиг нижней челюсти

5. невозможность сомкнуть губы

880. Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка верхней челюсти является:

1. нарушение прикуса
2. возможно пальпаторно определить подвижность отломков
3. нарушение формы зубной дуги
4. вытекание изо рта вязкой слюны с кровью

881. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях

1. применение индивидуальной ложки обязательно
2. необходимо применять в каждом случае
3. только при использовании полного субпериостального имплантата
4. в зависимости от анатомических условий
5. нет указаний

882. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано

1. во фронтальном отделе нижней челюсти
2. в дистальных участках нижней челюсти
3. во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
4. во фронтальном отделе верхней челюсти
5. в дистальных участках верхней челюсти

883. Фиброзная интеграция имплантата - это

1. укрепление имплантата в соединительной ткани
2. наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
3. эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
4. помещение имплантата под надкостницу
5. нет определения

884. Отпечаток костной ткани при субпериостальной имплантации получают

1. с помощью стандартной металлической ложки любым оценочным материалом
2. частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов
3. с помощью жесткой индивидуальной ложки силиконовыми материалами
4. жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса
5. без использования слепочной ложки супергипсом

885. Функцией остеобластов является

1. образование костной ткани
2. резорбция кости
3. функция иммунитета
4. функция кроветворения
5. не имеет определенной функции

886. Обязательно ли заключение договора на лечение с использованием имплантатов

1. по желанию врача
2. по желанию пациента
3. обязательно

887. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

1. остеомиелит челюсти
2. отлом имплантатной головки
3. воспалительные осложнения
4. аллергическая реакция
5. гальванизм

888. Оптимальным режимом сверления костной ткани является

1. сверление без перерыва с охлаждением
2. сверление без перерыва, без охлаждения
3. сверление прерывистое с охлаждением
4. сверление прерывистое без охлаждения
5. сверление оптимальное при любом режиме

889. К осложнениям имплантации относятся

1. перфорация дна верхнечелюстного синуса
2. пульпит зуба-антагониста
3. периодонтит рядом стоящего зуба

890. К факторам, учитываемым при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

1. межзубное расстояние
2. объем альвеолярного отростка
3. толщина слизистой оболочки
4. ширина зоны фиксированной десны

891. Помещая амортизаторы при имплантации преследуют цель

1. избежать чрезмерной нагрузки на кость
2. имитировать естественный зуб
3. избежать поломки имплантата
4. избежать поломки протеза

892. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит

1. для распределения нагрузки
2. для лучшей ретенции
3. для стимуляции костеобразования
4. для упрочнения конструкции

893. Использование стерильного охлаждающего раствора при операции имплантации

1. обязательно
2. раствор может быть нестерильным
3. необходима только дезинфекция раствора
4. стерильный раствор используется только при субпериостальной имплантации
5. в зависимости от общего состояния здоровья пациента

894. Больная Д., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, дентоальвеолярное удлинение \perp 5, катаральный гингивит в области нижних резцов.

Зубная формула: 87600321 12305000
07600321 12340070

Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед зубной имплантацией в этом клиническом примере?

1. беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме
2. беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме, лечение у пародонтолога, ортопедическое устранение

деформации зубного ряда и последующая имплантация и протезирование

3. обследование по схеме, последующая имплантация и устранение деформации во время протезирования
4. обследование по схеме, последующая имплантация и протезирование без устранения деформации

895. Больной Р., 28 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, I класс по Кеннеди. Зубная формула:
00004301 | 12300000

00050021 | 12305000

У пациента имеется бруксизм и выраженные изменения в височно-нижнечелюстных суставах. Внутрикостная имплантация

1. невозможна
2. возможна с помощью субпериостального имплантата
3. возможна в отдаленные сроки после утраты всех зубов
4. может быть проведена по настоятельной просьбе больной
5. может быть проведена опытным врачом

896. Зубная дуга верхней челюсти

1. больше альвеолярной дуги
2. меньше альвеолярной дуги
3. равна альвеолярной дуге

897. Гиподонтия возникает при

1. наличии сверхкомплектных зубов
2. отсутствии зачатков зубов
3. задержке прорезывания зубов

898. Инфраположение нижнего клыка - это положение зуба

1. выше окклюзионной плоскости
2. ниже окклюзионной плоскости
3. вне зубной дуги

899. При инфантильном типе глотания наблюдается

1. напряжение круговой и подбородочной мышц
2. напряжение верхней части лица

3. ротовое дыхание

900. Сферическая теория артикуляции сформулирована

1. Монсоном
2. Кеннеди
3. Кармихаэлем

901. За величину атрофии костной ткани альвеолы применяется размер, полученный при зондировании

1. с вестибулярной стороны
2. с оральной стороны
3. с медиальной стороны
4. с дистальной стороны
5. наибольший

902. Третья степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движениями зуба в направлении

1. вестибуло-оральном
2. медио-дистальном
3. вестибуло-оральном и медио-дистальном
4. вестибуло-оральном медио-дистальном и вертикальном
5. во всех направлениях, включая ротацию

903. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является

1. дентальная рентгенография
2. панорамная рентгенография
3. ортопантомография
4. телерентгенография
5. рентгенокинематография

904. Деформации зубных рядов быстрее прогрессируют

1. в молодом возрасте
2. в старческом возрасте
3. одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

905. Назовите виды окклюзионных кривых:

1. сагиттальная

2. трансверзальная

3. сагиттальная и трансверзальная

906. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

1. мышечно-суставная дисфункция
2. артрит
3. артроз
4. остеома суставного отростка нижней челюсти

907. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется

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

908. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров скорость стираемости

1. уменьшается
2. увеличивается
3. не изменяется

909. Жевательная проба С.Е. Гельмана показывает

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

910. Деформация зубочелюстной системы – это

1. изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами

2. потеря зубов
3. нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
4. изменение в височно-нижнечелюстном суставе
5. открытый прикус

911. Истинная прогения – это

1. мезиальное смещение нижней челюсти
2. недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней
3. чрезмерное развитие нижней челюсти
4. принужденный прикус
5. уплощение фронтального участка верхней челюсти

912. Глубина резцового перекрытия считается нормальной

1. на 1/3 нижнего резца
2. на 1/2 нижнего резца
3. на 2/3 нижнего резца
4. на величину коронки резца при краевом смыкании

913. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют

1. близкофокусной внутриротовой рентгенографией
2. ортопантомографией челюстей
3. панорамной рентгенографией
4. телерентгенографией
5. рентгенокинематографией

914. Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что

1. глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
2. глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
3. глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
4. глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
5. глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим

915. Применение съемного протеза с литым базисом показано

1. при глубоком резцовом перекрытии
2. при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
3. при сужении зубных рядов
4. при функциональной перегрузке зубов
5. при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

916. Первым действием при лечении прогенического прикуса (мезиальное смещение нижней челюсти) будет

1. устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
2. нормализация функции языка и глотания
3. пришлифовывание зубов
4. аппаратурное лечение аномалии
5. протезирование

917. Вид прикуса можно определить по соотношению

1. первых постоянных моляров
2. шестых зубов и клыков
3. шестых сегментных зубных дуг
4. зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
5. передних зубов

918. Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающимся с повышенной стираемостью, является

1. нормализация положения нижней челюсти
2. увеличение межальвеолярной высоты
3. устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
4. предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов
5. устранение патологического прикуса

919. Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть справа и слева находятся в состоянии

1. равномерного одновременного расслабления

2. относительного физиологического покоя
3. равномерного одновременного напряжения

920. В положении центральной окклюзии суставная головка нижней челюсти находится

- № 1. на вершине суставного бугорка
- № 2. у основания ската суставного бугорка
- № 3. на середине ската суставного бугорка

921. К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

1. располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
2. на жевательных поверхностях моляров и премоляров
3. на проксимальных поверхностях передних зубов
4. на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
5. в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

922. Полуколонка может быть опорой только

1. мостовидного протеза
2. бюгельного протеза
3. пластиночного протеза

923. Средняя длина корня центрального резца нижней челюсти составляет

1. 12.0 мм
2. 12.5 мм
3. 13.0 мм
4. 13.5 мм
5. 14.5 мм

924. В пришеечной зоне при изготовлении фарфоровой коронки нужно формировать следующий уступ

1. желобообразный
2. символ уступа
3. под углом 90°
4. под углом 135°

5. не нужно уступа

925. Для снятия слепков при изготовлении вкладки применяются материалы

1. гипс
2. альгинатные
3. силиконовые
4. цинкэвгеноловые

926. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые

1. из нержавеющей стали
2. из хромокобальтового сплава
3. из серебряно-палладиевого сплава
4. из латуни
5. из легкоплавкого сплава

927. При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей

1. 2
2. 3
3. 4
4. 5
5. 6

928. При изготовлении цельнолитой коронки для слепка используют массу

1. альгинатную
2. силиконовую
3. цинкоксиэвгеноловую

929. Лабораторные этапы изготовления фарфоровой коронки

1. изготовление разборной модели, получение колпачка из адапты, нанесение фарфоровой массы, обжиг, глазирование
2. изготовление разборной модели, получение платинового колпачка, нанесение фарфоровой массы, обжиг, полировка
3. изготовление разборной модели, получение платинового колпачка, нанесение фарфоровой массы, обжиг, глазирование

930. При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными

протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать

1. опорно-удерживающие кламмеры
2. многозвеньевые кламмеры
3. непрерывные кламмеры
4. дробители нагрузки
5. антипрокидыватели

931. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

1. до 1/4 длины базиса протеза
2. до 1/3 длины базиса протеза
3. до 1/2 длины базиса протеза
4. до 2/3 длины базиса протеза
5. на всю длину базиса протеза

932. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания

1. не менее 0.1 мм
2. не менее 0.2 мм
3. не менее 0.3 мм
4. не менее 0.4 мм
5. не менее 1.0 мм

933. Ширина ограничителя базиса

1. 2.0 ± 2.0 мм
2. 3.0 ± 2.0 мм
3. 4.0 ± 2.0 мм
4. 5.0 ± 2.0 мм
5. 6.0 ± 2.0 мм

934. Кипмайдер - это

1. шинирующее устройство
2. фиксирующее устройство
3. антипрокидывающее устройство
4. эстетическое приспособление
5. декоративный элемент

935. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой

1. мм
2. 15 мм
3. 30 мм
4. 40 мм
5. 50 мм

936. Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается

1. в зоне поднутрения
2. в окклюзионной зоне
3. в ретенционной зоне
4. в зоне безопасности
5. в кламмерной зоне

937. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать

1. параллелометрию рабочей модели
2. параллелографию рабочей модели
3. изолировать зоны поднутрения рабочей модели
4. дублировать рабочую модель
5. пропитать водой рабочую модель

938. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится

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

939. Температура плавления сплава золота 900 пробы

1. 850°C

2. 1000°C
3. 1064°C
4. 1100°C

940. Односторонний дистально не ограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу

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

941. Искусственные фарфоровые зубы укрепляются в базисе пластиночного протеза

1. химически
2. механически
3. с помощью клея

942. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели

1. фиксированные в окклюдаторе
2. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
3. с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированные в окклюдаторе

943. На этапе проверки конструкции протеза в клинику поступает

1. восковый базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
2. пластмассовый базис с зубами и кламмерами
3. восковый базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели
4. восковый базис с зубами и кламмерами на гипсовой модели в окклюдаторе

944. При обратном методе гипсовки после разъединения частей кюветы

1. зубы и кламмеры остаются в основании кюветы вместе с моделью
2. зубы и кламмеры переходят в основание кюветы
3. зубы переходят в основание кюветы, а кламмеры остаются в ее верхней части

945. Обязательным элементом припасовки бюгельного протеза является проверка смыкания зубных рядов

1. только в центральной окклюзии
2. в центральной окклюзии и при боковых движениях нижней челюсти
3. в центральной окклюзии, при боковых и передних движениях нижней челюсти

946. Пациенту рекомендуется являться на первую коррекцию съемного пластиночного протеза

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

947. Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется

1. не снимать протез в течение недели
2. пользоваться протезом в течение дня и снимать на ночь в первую неделю
3. пользоваться протезом в течение дня и по возможности не снимать на ночь первую неделю
4. следовать указаниям врача

948. Объемное соотношение мономера и полимера при подготовке пластмассового «теста»

1. 1: 1
2. 1 : 2
3. 1: 3
4. 1 : 4

949. При изготовлении бюгельных протезов для получения слепков используются материалы

1. твердокристаллические
2. эластические
3. термопластические

950. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

1. возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)
2. восстановление эстетики
3. изменение характера сокращения мышц

951. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является

1. выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
2. незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
3. выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при

относительной сохранности в переднем отделе

4. выраженная атрофия в переднем отделе
5. неравномерная выраженная атрофия

952. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

1. топографию сагиттальной окклюзионной кривой
2. равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах
3. топографию трансверсальной окклюзионной кривой

953. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить

1. как укрепить протезы на беззубой челюсти
2. как восстановить функцию дыхания
3. как восстановить функцию жевания

954. Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

1. качество протезов
2. состояние механизмов иммунной защиты
3. тип высшей нервной деятельности пациента
4. состояние микроциркуляции слизистой полости рта

955. В.Ю.Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

1. возбуждение, раздражение, состояние комфорта
2. возбуждение, раздражение, торможение
3. раздражение, частичное торможение, полное торможение

956. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками

1. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо, выраженный торус

3. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо, слабо выраженный торус

957. Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли характеризуется признаками

1. подвижные тяжи слизистой оболочки, смещающиеся при незначительном давлении, болтающийся гребень
2. гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая
3. нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
4. атрофированная слизистая оболочка, плотная, истонченная, сухая, белесоватого цвета

958. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуальной слепочной ложке на нижнюю челюсть

1. удержание на челюсти при проведении функциональных проб
2. восстановление фонетики
3. восстановление эстетических норм

959. Припасовка индивидуальной ложки на нижней челюсти проводится с помощью

1. функциональных проб
2. внутриротовой записи движений нижней челюсти
3. внеротовой записи движений нижней челюсти

960. При наличии гипертрофированной, складчатой слизистой оболочки снимают слепок

1. компрессионный
2. разгружающий
3. дифференцированный

961. Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей» в клинику поступают

1. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками

2. восковые базисы с окклюзионными валиками

3. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдаторе

4. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикуляторе

962. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен

1. 17°

2. 26°

3. 33°

963. Базис полных съемных протезов может быть изготовлен из

1. фарфора

2. композита

3. пластмассы

964. Где должна располагаться окклюзионная накладка в бюгельных протезах, замещающих дефекты I класса по Кеннеди

1. с дистальной стороны окклюзионной повязки

2. с медиальной стороны окклюзионной повязки

3. не моделировать окклюзионную накладку

965. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах 1-А класса по Кеннеди

1. переднее

2. среднее

3. заднее

4. переднесреднее

5. среднезаднее

966. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

1. на всю длину базиса

2. на $1/3$ длины базиса протеза

3. на $1/2$ длины базиса протеза

4. на $2/3$ длины базиса протеза

5. на $3/4$ длины базиса протеза

967. Наиболее полно отражает качественную характеристику передачи жевательной нагрузки бюгельного протеза

1. съемный протез

2. скелетный протез

3. бюгельный протез

4. полуфизиологический протез

5. опирающийся протез

968. Толщина нижней дуги

1. 0.5 ± 0.1 мм

2. 1.0 ± 0.1 мм

3. 1.5 ± 0.1 мм

4. 2.0 ± 0.1 мм

5. 2.5 ± 0.1 мм

969. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

1. нет зазора

2. не более 0.1 мм

3. не более 0.3 мм

4. не более 0.5 мм

5. не более 0.8 мм

970. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

1. нет зазора

2. 0.2 мм

3. от 1.0 до 1.5 мм

4. 0.4 мм

5. от 0.5 до 1.0 мм

971. Толщина плеча кольцевидного кламмера у окончания

1. 1.2 ± 0.1 мм

2. 1.0 ± 0.1 мм

3. 0.8 ± 0.1 мм

4. 0.6 ± 0.1 мм

5. 0.4 ± 0.1 мм

972. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии, принято называть

1. линия поднутрения

2. линия анатомического экватора

3. линия обзора

4. линия десневого края

5. линия жевательной поверхности и режущей поверхности

973. Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется с помощью следующего штатного стержня параллелометра

1. аналитического стержня
2. графитового стержня
3. указательного стержня
4. фиксирующего стержня
5. измерителя степени ретенции

974. При определении степени подвижности зубов выделяют

1. две степени подвижности
2. три степени подвижности
3. пять степеней подвижности

975. После избирательной пришлифовки полировка зубов

1. обязательна
2. необязательна
3. может быть отсрочена

976. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны

1. гипертрофия окружающих тканей
2. резкие рубцовые изменения в пораженной области
3. изменение в цвете тканей окружающих дефект

977. Наиболее применимыми методами фиксации при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются

1. сочетанная система с очковой оправой
2. применение магнитных элементов
3. использование эластичной пластмассы
4. специальная хирургическая подготовка

978. Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с обтурирующим протезом являются

1. применение диагностических моделей
2. электромиография
3. фагиография
4. реопарадонтонтография

5. рентгенография

979. При повреждении сосудисто-нервного пучка в области ментального отверстия характерны следующие признаки

1. нарушение поверхностной чувствительности кожи лица
2. нарушение болевой чувствительности
3. нарушение тактильной чувствительности
4. нарушение температурной чувствительности

980. Классификация Ле-Фор рассматривает следующее количество вариантов

1. 1
2. 2
3. 3

981. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется

1. гипсом
2. альгинатными материалами
3. силиконовыми материалами
4. любыми
5. в зависимости от клинической условий

982. Если величина костного ложа незначительно шире имплантата

1. имплантация откладывается
2. возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата
3. если имеется место, то подготавливают новое ложе
4. имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность
5. решение зависит от величины дефекта

983. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

1. в целях достижения оссеоинтеграции
2. для снижения послеоперационной травмы
3. для предупреждения фиброзной интеграции
4. при плохих способностях к регенерации костной ткани
5. в целях улучшения функционального эффекта

984. Анатомические образования, которые следует учитывать при проведении имплантации на н/ч

1. верхнечелюстной синус
2. скуловой отросток
3. резцовые отверстия
4. лобный отросток

985. Функцией остеокластов является

1. образование костной ткани
2. резорбция кости
3. функция иммунитета
4. функция кроветворения
5. не имеет функционального значения

986. При проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти следует учитывать анатомические структуры

1. мышечковые отростки
2. придаточные пазухи
3. венечные отростки
4. внутреннюю косую линию
5. наружную косую линию

987. Периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации

1. ежемесячно
2. раза в год
3. один раз в год
4. раза в год
5. раз в год

988. Внешнее охлаждение при сверлении в глубоких слоях костной ткани при непрерывном режиме работы достаточно

1. да
2. нет
3. не изучено
4. зависит от величины бора
5. зависит от остроты бора

989. Высокую биосовместимость титана связывают

1. с высокой коррозионной устойчивостью
2. с высоким диэлектрическим постоянством
3. с относительной чистотой поверхности

4. с кристаллической структурой
5. с образованием окисной пленки

990. Показаниями для использования пластиночных имплантатов являются

1. потеря одного зуба
2. концевые дефекты
3. универсальные показания
4. только на верхней челюсти
5. промежуточная опора

991. Имплантаты Linkow по форме

1. цилиндрические
2. пластиночные
3. формы корня зуба

992. Рекомендуемая ось размещения кнопочных фиксаторов субпериостального имплантата

1. поперечная во фронтальном отделе
2. поперечная в среднем отделе
3. поперечная в дистальном отделе
4. диагональная
5. не имеет значения

993. Субпериостальная имплантация показана, когда есть концевой дефект зубного ряда

1. с хорошо выраженным альвеолярным отростком
2. двухсторонний концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
3. резкая атрофия альвеолярного отростка при полном отсутствии зубов
4. дефект одного зуба с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком
5. ни один из представленных случаев не подходит

994. Больная П., 28 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди, пародонтит, начальная стадия, отложение зубного камня на фронтальных зубах нижней челюсти, удаление зубов на нижней челюсти слева 2 недели назад (в области предполагаемой имплантации). Выберите наиболее рациональный метод

подготовительного лечения перед зубной имплантацией

1. лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением
2. лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением через 1 месяц
3. лечение у пародонтолога, операция имплантации через 6 месяцев с последующим ортопедическим лечением
4. лечение у пародонтолога, изготовление временного съемного протеза на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев, с последующей имплантацией и изготовлением несъемных протезов

995. Условно-съемные протезы применяют

1. при использовании пластиночных фиброоссальных имплантатов
2. при использовании винтовых разборных оссеоинтегрированных имплантатов
3. при использовании субпериостальных имплантатов
4. применяют в зависимости от пожелания пациента

5. только при неблагоприятном прогнозе имплантации

996. Базальная дуга верхней челюсти

1. меньше альвеолярной дуги
2. больше альвеолярной дуги
3. равна альвеолярной дуге

997. Макродентия относится к аномалии

1. размеров зубов
2. формы зубов
3. структуры зубов

998. Макрогнатия – это

1. увеличение челюсти
2. уменьшение челюсти
3. смещение челюсти вперед

999. Показанием к протезированию у детей является

1. нарушение окклюзии
2. аномалии формы молочных зубов
3. ранняя потеря молочных зубов

1000. Искусственные зубы неанатомической формы предложены

1. проф. Дойниковым
2. проф. Нападовым
3. проф. Копейкиным

Ответы на тестовые задания:

	51. 2	102.2	153.2	204.3
1. 3	52. 2	103.1	154.5	205.2
2. 3	53. 2	104.1	155.2	206.1
3. 3	54. 2	105.3	156.6	207.1
4. 1	55. 4	106.4	157.1	208.4
5. 1	56. 1	107.3	158.3	209.1
6. 3	57. 1	108.2	159.3	210.5
7. 4	58. 1	109.2	160.5	211.2
8. 3	59. 3	110.3	161.2	212.4
9. 1	60. 3	111.1	162.2	213.1
10. 3	61. 2	112.5	163.3	214.4
11. 1	62. 2	113.1	164.2	215.3
12. 3	63. 3	114.4	165.5	216.5
13. 2	64. 3	115.4	166.3	217.3
14. 3	65. 3	116.5	167.2	218.4
15. 4	66. 4	117.5	168.1	219.2
16. 1	67. 2	118.4	169.2	220.3
17. 1	68. 3	119.3	170.4	221.2
18. 3	69. 3	120.1	171.4	222.3
19. 1	70. 2	121.1	172.2	223.1
20. 1	71. 3	122.5	173.3	224.5
21. 6	72. 4	123.4	174.4	225.5
22. 5	73. 2	124.1	175.2	226.2
23. 1	74. 5	125.2	176.1	227.2
24. 4	75. 2	126.4	177.1	228.3
25. 5	76. 1	127.2	178.5	229.2
26. 2	77. 1	128.2	179.4	230.2
27. 4	78. 3	129.3	180.5	231.5
28. 2	79. 3	130.2	181.4	232.4
29. 2	80. 5	131.2	182.2	233.2
30. 1	81. 3	132.4	183.3	234.3
31. 2	82. 2	133.5	184.3	235.3
32. 4	83. 3	134.5	185.1	236.3
33. 3	84. 2	135.1	186.3	237.4
34. 2	85. 5	136.4	187.2	238.5
35. 2	86. 2	137.5	188.2	239.1
36. 3	87. 3	138.3	189.2	240.2
37. 3	88. 3	139.2	190.2	241.2
38. 3	89. 4	140.5	191.2	242.1
39. 3	90. 3	141.2	192.2	243.3
40. 3	91. 2	142.3	193.5	244.2
41. 4	92. 3	143.3	194.2	245.1
42. 2	93. 5	144.3	195.1	246.2
43. 3	94. 3	145.3	196.1	247.2
44. 4	95. 2	146.3	197.2	248.4
45. 3	96. 3	147.2	198.3	249.1
46. 3	97. 1	148.1	199.3	250.1
47. 2	98. 2	149.4	200.2	251.1
48. 2	99. 2	150.3	201.4	252.2
49. 2	100.3	151.1	202.1	253.2
50. 4	101.3	152.1	203.1	254.1

255.5	307.3	359.1	411.3	463.2
256.1	308.2	360.2	412.4	464.2
257.2	309.4	361.3	413.3	465.2
258.2	310.1	362.3	414.3	466.3
259.1	311.3	363.3	415.2	467.4
260.1	312.3	364.1	416.4	468.3
261.2	313.2	365.3	417.2	469.3
262.1	314.4	366.2	418.1	470.5
263.2	315.4	367.1	419.1	471.4
264.1	316.4	368.3	420.3	472.1
265.5	317.4	369.5	421.1	473.3
266.2	318.3	370.1	422.2	474.5
267.1	319.4	371.2	423.5	475.5
268.3	320.2	372.5	424.5	476.1
269.2	321.1	373.2	425.4	477.1
270.2	322.2	374.3	426.4	478.2
271.2	323.3	375.2	427.2	479.4
272.1	324.1	376.1	428.2	480.5
273.1	325.4	377.1	429.2	481.1
274.3	326.1	378.1	430.1	482.4
275.2	327.5	379.1	431.2	483.1
276.1	328.2	380.2	432.1	484.4
277.3	329.3	381.4	433.4	485.4
278.2	330.1	382.3	434.4	486.4
279.4	331.3	383.4	435.4	487.2
280.2	332.4	384.2	436.5	488.4
281.1	333.3	385.4	437.3	489.5
282.3	334.2	386.3	438.2	490.2
283.2	335.4	387.1	439.4	491.2
284.3	336.2	388.4	440.4	492.3
285.5	337.5	389.5	441.5	493.1
286.3	338.4	390.1	442.3	494.3
287.5	339.3	391.3	443.2	495.2
288.1	340.5	392.4	444.3	496.1
289.1	341.1	393.1	445.3	497.1
290.4	342.2	394.2	446.4	498.1
291.3	343.3	395.2	447.1	499.3
292.2	344.3	396.2	448.2	500.3
293.2	345.3	397.1	449.1	501.2
294.3	346.3	398.1	450.2	502.2
295.1	347.3	399.3	451.1	503.5
296.2	348.1	400.2	452.2	504.1
297.2	349.4	401.5	453.2	505.1
298.2	350.1	402.5	454.5	506.1
299.1	351.1	403.1	455.3	507.4
300.1	352.2	404.5	456.2	508.2
301.5	353.1	405.1	457.3	509.3
302.4	354.1	406.6	458.1	510.3
303.1	355.2	407.3	459.3	511.2
304.4	356.1	408.3	460.2	512.3
305.1	357.4	409.2	461.2	513.2
306.3	358.2	410.3	462.1	514.4

515.2	567.4	619.1	671.2	723.1
516.3	568.5	620.2	672.2	724.3
517.4	569.3	621.1	673.5	725.3
518.3	570.5	622.3	674.1	726.4
519.2	571.2	623.3	675.3	727.3
520.1	572.3	624.1	676.2	728.2
521.3	573.3	625.3	677.2	729.3
522.2	574.4	626.2	678.4	730.5
523.3	575.1	627.3	679.1	731.2
524.5	576.1	628.1	680.1	732.1
525.4	577.2	629.1	681.4	733.2
526.5	578.3	630.5	682.2	734.5
527.3	579.4	631.1	683.1	735.5
528.3	580.3	632.3	684.2	736.1
529.1	581.3	633.3	685.4	737.2
530.2	582.2	634.5	686.2	738.2
531.3	583.3	635.1	687.2	739.3
532.1	584.3	636.3	688.1	740.1
533.5	585.3	637.4	689.4	741.1
534.2	586.2	638.3	690.3	742.1
535.2	587.3	639.2	691.1	743.2
536.2	588.3	640.5	692.1	744.2
537.5	589.2	641.3	693.3	745.3
538.3	590.3	642.1	694.3	746.1
539.2	591.1	643.3	695.2	747.2
540.1	592.2	644.1	696.1	748.2
541.3	593.4	645.1	697.2	749.2
542.3	594.4	646.1	698.1	750.1
543.1	595.3	647.2	699.2	751.4
544.3	596.1	648.2	700.2	752.1
545.3	597.2	649.1	701.3	753.1
546.1	598.1	650.3	702.3	754.1
547.1	599.3	651.3	703.1	755.2
548.4	600.1	652.2	704.2	756.2
549.1	601.2	653.4	705.2	757.3
550.3	602.4	654.2	706.1	758.2
551.1	603.2	655.1	707.1	759.2
552.2	604.3	656.2	708.2	760.2
553.2	605.3	657.2	709.2	761.3
554.4	606.5	658.2	710.1	762.1
555.4	607.3	659.3	711.2	763.4
556.2	608.2	660.2	712.2	764.2
557.3	609.1	661.1	713.4	765.1
558.2	610.5	662.3	714.3	766.3
559.1	611.4	663.3	715.2	767.4
560.3	612.3	664.3	716.3	768.3
561.2	613.4	665.1	717.2	769.5
562.2	614.2	666.1	718.3	770.4
563.1	615.1	667.4	719.2	771.1
564.4	616.5	668.2	720.2	772.2
565.2	617.5	669.4	721.2	773.5
566.1	618.4	670.5	722.3	774.1

775.2	827.2	879.1	931.4	983.1
776.2	828.2	880.3	932.3	984.3
777.1	829.2	881.2	933.5	985.2
778.4	830.3	882.3	934.3	986.2
779.3	831.3	883.2	935.3	987.2
780.1	832.3	884.3	936.3	988.2
781.3	833.2	885.1	937.4	989.5
782.1	834.5	886.3	938.3	990.3
783.3	835.4	887.3	939.2	991.2
784.1	836.2	888.3	940.2	992.2
785.1	837.5	889.1	941.2	993.3
786.3	838.2	890.2	942.2	994.4
787.2	839.4	891.1	943.4	995.2
788.5	840.1	892.2	944.2	996.1
789.1	841.2	893.1	945.2	997.1
790.4	842.1	894.2	946.2	998.1
791.2	843.2	895.1	947.4	999.3
792.1	844.1	896.1	948.3	1000.2
793.4	845.2	897.2	949.2	
794.1	846.3	898.1	950.1	
795.4	847.3	899.1	951.2	
796.2	848.4	900.1	952.2	
797.1	849.1	901.5	953.3	
798.2	850.1	902.5	954.1	
799.1	851.1	903.1	955.3	
800.3	852.4	904.1	956.2	
801.3	853.1	905.3	957.4	
802.4	854.1	906.1	958.1	
803.1	855.3	907.2	959.1	
804.4	856.1	908.2	960.1	
805.3	857.2	909.3	961.1	
806.1	858.3	910.1	962.1	
807.1	859.2	911.3	963.3	
808.1	860.2	912.1	964.2	
809.4	861.3	913.5	965.2	
810.4	862.3	914.1	966.4	
811.5	863.2	915.5	967.5	
812.2	864.5	916.4	968.5	
813.3	865.3	917.4	969.3	
814.4	866.4	918.1	970.5	
815.2	867.3	919.3	971.4	
816.2	868.4	920.2	972.3	
817.2	869.5	921.4	973.5	
818.1	870.4	922.1	974.2	
819.2	871.3	923.1	975.1	
820.1	872.4	924.3	976.3	
821.2	873.3	925.3	977.1	
822.3	874.2	926.5	978.2	
823.1	875.3	927.4	979.1	
824.3	876.2	928.2	980.3	
825.1	877.4	929.3	981.3	
826.2	878.2	930.2	982.2	

2.2. Критерии оценки результатов компьютерного тестирования

Перед началом тестирования слушатели знакомятся с порядком его проведения, им даются инструкции по работе с компьютерной системой.

Экзаменующийся, приступая к тестированию, под руководством экзаменатора с автоматизированного рабочего места с помощью клавиатуры вводит свою фамилию, имя, отчество. Экзаменатор проверяет правильность введенной информации.

Компьютерная программа, предназначенная для проведения тестирования, автоматически случайным образом выбирает из общей базы данных 60 вопросов, относящихся ко всем разделам программы. Общее время тестирования составляет 60 минут.

Экзаменующийся прочитывает текст вопроса, с помощью клавиатуры и кнопок управления выбирает правильные с его точки зрения варианты ответов, после чего переходит к следующему вопросу теста. Окончание тестирования по текущему вопросу происходит либо по истечении отведенного времени, либо при нажатии кнопки перехода к следующему вопросу.

При возникновении сбоя в работе технических или программных средств составляется акт о причине сбоя, времени его возникновения и длительности. После восстановления работоспособности системы экзаменующийся продолжает выполнение теста с того места, на котором он закончил ответ во время сбоя. При невозможности продолжения работы с первоначальным тестом экзаменуемому предъявляется новый тест.

Варианты оценки тестового контроля: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценки слушателя за тестовый контроль:

«Неудовлетворительно» - менее 70% правильных ответов;

«Удовлетворительно» - 70-79 %;

«Хорошо» - 80-89 %;

«Отлично» - 90-100 %.

При возникновении сбоя в работе технических или программных средств составляется акт о причине сбоя, времени его возникновения и продолжительности. После восстановления работоспособности системы экзаменующийся продолжает выполнение теста с того места, на котором он закончил ответ во время сбоя. При невозможности продолжения работы с первоначальным тестом экзаменуемому предоставляется доступ к новому тесту.

По окончании выполнения теста экзаменатор проставляет результаты тестирования в ведомость.

Результат тестового контроля – количество правильных ответов, объявляется ординатору на следующий день после тестирования после обработки ответов.

При получении оценки «неудовлетворительно» по тестовому контролю ординатор не допускается ко второму этапу государственной итоговой аттестации.

Во время тестирования запрещается использовать рабочие тетради, учебную, справочную и иную литературу, а также средства связи («умные» часы, фитнес-трекеры, Bluetooth-наушники и т.п.), электронно-вычислительную технику, фото, аудио и видеоаппаратуру, справочные материалы, письменные заметки и иные средства хранения и передачи информации. Ординаторы, нарушающие правила тестирования, отстраняются экзаменатором от экзамена. Причина отстранения указывается в протоколе экзаменатора на имя председателя комиссии с подробным изложением обстоятельств.

3.1. Перечень заданий, ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается потребность в зубном протезировании различных возрастных групп населения. Укажите основные показатели, характеризующие параметры, которые Вы будете выявлять.

Дайте им определение.

Ситуационная задача № 2

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается потребность в зубном протезировании в различных возрастных группах населения по виду устраняемого дефекта. Укажите критерии, которые Вы будете учитывать, проводя обследование населения.

Ситуационная задача № 3

Пациентка 54 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учёте у врача – стоматолога, пришла на очередное обследование. После проведения обследования установлено, что ИПП (индекс поражения пародонта) = 0,8. Шесть месяцев назад ИПП составлял также 0,8.

Как определяется ИПП?

Как оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса?

Ситуационная задача № 4

Больной 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II – III степени, на нижней челюсти, где находится на диспансерном учете ДЗ гр. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется изготовление несъемной шины. Укажите задачи ортопедического лечения у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 5

Больной 52 лет находится на диспансерном стоматологическом учете - III группа. Диагноз: пародонтит II- III степени, генерализованная форма на нижней челюсти. Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии. Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.

Ситуационная задача № 6

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку. Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

Ситуационная задача № 7

Пациент 43 лет обратился к врачу – стоматологу ортопеду с жалобами на подвижность зубов обеих челюстей, зуд кровоточивость десен, запах изо рта. После обследования был поставлен диагноз - генерализованный пародонтит II степени тяжести, хроническое течение. Поставлен на диспансерный учет.

Группа Д3 подгруппа 1.

Какие задачи стоят перед ортопедическим лечением у данного пациента с целью вторичной профилактики заболевания?

Какой вид шины и стабилизации нужно применить?

Ситуационная задача № 8

Пациент 59 лет с диагнозом генерализованный пародонтит II степени тяжести хроническое течение находится на диспансерном учете у врача-стоматолога. (Группа – Д3). Иммобилизация подвижных зубов проведена съёмными цельнолитыми шинами.

При очередном обследовании:

определена распространенность и интенсивность воспаления;

проведена оценка индекса гигиены;

проведена оценка степени подвижности зубов;

определена глубина пародонтальных карманов;

заполнена одонтопародонтограмма.

Пациента планируется также оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса.

С помощью какого индекса можно это сделать и как он рассчитывается?

Ситуационная задача № 9

У пациента 63 лет генерализованный пародонтит I степени хроническое течение. На нижней челюсти подвижные зубы иммобилизованы съёмной цельнолитой шиной. Находится на диспансерном учете у врача стоматолога и проходит очередное обследование.

К какой диспансерной группе относится данный больной?

Какие методы обследования необходимо провести врачу – стоматологу при этом?

Какова периодичность системного обследования данного пациента?

Ситуационная задача № 10

Пациентка 46 лет, находится на диспансерном учете у врача – стоматолога – терапевта с диагнозом генерализованный пародонтит - III степени тяжести, хроническое течение, осложненный вторичной адентией в боковых участках верхней и нижней челюстей. Была направлена к врачу-ортопеду – стоматологу для проведения ортопедического лечения.

Укажите группу диспансеризации данной пациентки.

Какие задачи должен преследовать ортопедический этап комплексного лечения у данной пациентки.

Какой вид лечебного аппарата нужно применить в данном случае?

Ситуационная задача № 11

Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит II степени хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъёмной шиной Мамлока.

Пациент на диспансерном учете группа Д2.

Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 12

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается число лиц, полностью утративших зубы.

Укажите основные показатели, характеризующие параметры, которые Вы будете выявлять.

Дайте им определение.

Ситуационная задача № 13

Вы – участник широкомасштабного стоматологического обследования населения, проводимого в стране по заданию Министерства здравоохранения. Изучается потребность в ортопедическом лечении различных возрастных групп по видам зубных протезов.

Укажите критерии, которые Вы будете учитывать, проводя обследование населения.

Ответы на ситуационные задачи:

Ответ на задачу № 1

1. Основные показатели, характеризующие параметры потребности в зубном протезировании различных возрастных групп населения, определяемые при стоматологическом обследовании населения: а) Нуждаемость в зубных протезах. б) Обеспеченность зубными протезами.
2. Нуждаемость населения в зубных протезах – определяется процентом лиц, которым необходимо восстановление целостности зубных рядов по отношению ко всем обследованным.
3. Обеспеченность зубными протезами – это процент населения, имеющих зубные протезы по отношению ко всем обследованным.

Ответ на задачу № 2

При проведении изучения потребности в зубном протезировании в различных возрастных группах населения в данном случае необходимо учитывать:

1. Нуждаемость в восстановлении отдельных зубов.
2. Нуждаемость в восстановлении целостности зубных рядов.
3. Нуждаемость в полном восстановлении зубных рядов.
4. Потребность определяется в абсолютных цифрах на 1000 обследуемых.

Ответ на задачу № 3

Оценка общего состояния зубных рядов и уровня стабилизации процесса проводится по индексу поражения пародонта (В. Н. Копейкин).

Рассчитывается данный индекс следующим образом:

ИПП = $\frac{\text{Сумма показателей резорбции}}{\text{у каждого зуба}}$

Общее количество зубов на челюсти

Где: 1 – отсутствие резорбции;

0,75 – резорбция равна $\frac{1}{4}$ длины стенки альвеолы;

0,5 – $\frac{1}{2}$ длины;

0,25 – $\frac{3}{4}$ длины.

Для того чтобы оценить общее состояние зубных рядов и уровень стабилизации процесса при заболеваниях пародонта нужно показатель ИПП на день наблюдения разделить на показатель ИПП на день начала наблюдения.

В данном случае.

ИПП- $\frac{0,8}{1} = 1$

0,8

Если ИПП ≥ 1 , то это говорит о том, что процесс стабилизировался (прекращена резорбция костной ткани, сохранена или уменьшена глубина уровня десневого кармана, уменьшена подвижность зубов).

Ответ на задачу № 4

В этом случае ортопедическое лечение имеет следующие задачи:

1. Иммобилизация подвижных зубов с целью приближения подвижности к физиологическим нормам.
2. Равномерное распределение жевательного давления между зубами при всех циклах жевания с целью разгрузки зубов с наиболее пораженным пародонтом.
3. Снятие с зубов с функциональной недостаточностью (поражение II – III ст.). Устранить действие горизонтального и вертикального компонентов жевательного давления.

Ответ на задачу № 5

При комплексной лечебно-профилактической терапии данного пациента план ортопедического лечения включает:

1. Избирательное пришлифовывание зубов.
2. Шинирование зубов фронтального участка нижней челюсти несъемной шиной постоянного ношения.

Для данного пациента целесообразно использовать несъемную шину постоянного ношения – Мамлока.

Ответ на задачу № 6

Профилактические мероприятия для предотвращения возникновения вторичного кариеса в данном случае:

1. При препаровке необходимо расширить полость до иммунных зон зуба.
2. Выполнить фальц по всему периметру полости.
3. Изготовить вкладку из сплава золота 750°

Ответ на задачу № 7

В этом случае перед ортопедическим лечением стоят следующие задачи:

- а) Жевательное давление, приходящееся на отдельные зубы, равномерно распределить на весь зубной ряд;
- б) Объединить в блок все зубы каждой из челюстей с целью ликвидации патологической подвижности;
- в) Устранить действие горизонтального компонента жевательного давления с зубов, пародонт которых имеет поражение, патологическую подвижность II степени. Шинирование должно быть проведено цельнолитой съемной шиной, состоящей из единой системы различных модификаций опорно – удерживающих и многозвеньевых кламмеров с вестибулярными отростками.

Применение шины должно обеспечить иммобилизацию по дуге в сочетании с парасагиттальной иммобилизацией.

Ответ на задачу № 8

Оценка общего состояния зубных рядов и уровня стабилизации процесса проводится по индексу поражения пародонта (В. Н. Копейкин).

Рассчитывается данный индекс следующим образом:

$$\text{ИПП} = \frac{\text{Сумма показателей резорбции у каждого зуба}}{\text{Общее количество зубов на челюсти}}$$

Общее количество зубов на челюсти

Где: 1 – отсутствие резорбции;

0,75 – резорбция равна $\frac{1}{4}$ длины стенки альвеоляры;

0,5 – $\frac{1}{2}$ длины;

0,25 – $\frac{3}{4}$ длины.

Ответ на задачу № 9

Группа ДЗ подгруппа 1 (нуждающийся в лечении)
При активном диспансерном наблюдении обязательными методами обследования является: а) выявление распространенности и интенсивности воспаления; б) оценка индекса гигиены; в) оценка степени подвижности зубов; г) определение глубины пародонтальных карманов д) обязательное заполнение одонтопародонтограммы.

Пациент с диагнозом генерализованный пародонтит I степени тяжести, хроническое течение, находится на постоянном диспансерном учете с периодичностью системного обследования не реже одного раза в полугодие. В случае развития любого осложнения больной обязан явиться к лечащему врачу на консультацию.

Ответ на задачу № 10

Группа диспансеризации – ДЗ (нуждающиеся в лечении)

Задачами ортопедического лечения генерализованной формы пародонтита, осложненного частичной адентией при комплексном лечении является: а) проведение иммобилизации - объединенные в единый блок всех оставшихся зубов каждой челюсти; б) равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов; в) недопущение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, особенно граничащих с дефектом и седловидной частью шины – протеза; г) восстановление функции жевания во всех функционально ориентированных группах зубов.

Съемная шина, в которой многозвеньевой кламмер соединен лабильно с седловидной частью, с вестибулярной стороны кламмера Роуча. Дуга выполнена в виде литой базисной пластинки.

Ответ на задачу № 11

- Данному пациенту 1 раз в год необходимо проводить диспансерный осмотр;
- Избирательное пришлифовывание;
- Удаление зубных отложений;
- Осмотр зубной шины
- Мероприятия по профилактике и лечению предусматривают рекомендации гигиенического ухода за полостью рта и шиной.

Ответ на задачу № 12

ри проведении широкомасштабного стоматологического обследования в случае определения числа лиц, полностью утративших зубы, определяется показатель: число лиц, полностью утративших зубы, на 1000 обследованных.

В их число включены лица, не имеющие зубных протезов и обеспеченные ими. Также определяется показатель:

частота полной утраты зубов на одной из челюстей на 1000 обследованных.

Причём в их число включены случаи и полной утраты зубов на обеих челюстях.

Ответ на задачу № 13

При проведении широкомасштабного стоматологического обследования в случае изучения потребности в ортопедическом лечении различных возрастных групп учитывается нуждаемость пациентов по следующим видам зубных протезов:

- восстановительные коронки;
- мостовидные протезы;
- съёмные протезы;
- полные съёмные протезы.

3.2. Критерии оценки заданий и ситуационных задач

Оценка подготовленности экзаменуемого производится по четырехбальной системе. Билет практической части экзамена, содержит одну ситуационную задачу для

контроля практических навыков. Эти задания включают наиболее часто используемые в стоматологии ортопедической методики диагностики и лечения заболеваний.

Практическая часть оценивается по четырех балльной системе: «Отлично», «Хорошо», «Удовлетворительно» или «Неудовлетворительно».

Оценка «отлично» выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- отчетливое и свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и ортопедической терминологией;
- умение корректно, деонтологически правильно, общаться с пациентами;
- свободное и правильное владение практическими навыками, предусмотренными для изучения программой;

Оценка «хорошо» выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- знание узловых проблем вопросов программы и основного содержания практического курса;
- умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа клинико-лабораторных данных;
- знание практических методик, предусмотренные программой;

Оценка «удовлетворительно» выставляется за ответ, при котором экзаменуемый продемонстрировал:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержания практического курса;
- затруднения с использованием научно-понятийного аппарата ортопедической терминологии;
- неполное знание методик, рекомендованных к практическому освоению;
- затруднения в работе с пациентами при сборе анамнеза заболевания и его обследования;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при:

- незнании, либо отрывочном представлении практических навыков и умения учебно-программного материала;
- неумении выполнять предусмотренные программой навыки.

4.1.Перечень вопросов

1. Роль отечественных ученых в развитии прикладных вопросов ортопедической стоматологии.
2. Понятие «артикуляция, окклюзия, виды прикусов».
3. Повторное протезирование при полной потере зубов. Методики реставрации (трещины переломы базиса).
4. Анатомия и физиология жевательного аппарата. Жевательная мускулатура.
5. Общая и специальная подготовка полости рта к протезированию. Функциональная подготовка полости рта перед протезированием.
6. Частичная потеря зубов Классификация дефектов по Кеннеди, Гаврилову. Показания, клинико-лабораторные этапы изготовления пластиночных протезов, ошибки и осложнения.
7. Строение ВНЧС. Заболевания ВНЧС. Ортопедические методы лечения.
8. Клиническое материаловедение. Сплавы металлов, применяемые для изготовления ортопедических конструкций.
9. Искусственные зубы: виды, подбор и способы постановки. Особенности постановки зубов при патологическом соотношении челюстей при полном отсутствии зубов.
10. Методы обследования (клинические). Параклинические методы обследования. Процесс адаптации к зубным протезам.

11. Фарфоровые массы: состав и основные свойства стоматологического фарфора.
12. Дуговые протезы. Показания, клинико-лабораторные этапы изготовления. Параллелометрия. Классификация опорно-удерживающих кламмеров системы.
13. Биомеханика нижней челюсти. Окклюзаторы, артикуляторы.
14. Клиническая картина при полной потере зубов. Морфологические особенности беззубых челюстей, их классификация. Понятие о фиксации и стабилизации протезов. Особенности получения функциональных оттисков.
15. Основные функции зубочелюстной системы, понятие «функциональной нормы».
16. Клиническое материаловедение. Оттиски, виды оттискных масс.
17. Ошибки и осложнения при протезировании вкладками.
18. Общая характеристика и классификация огнестрельных ранений лица и челюстей.
19. Клиническое материаловедение. Сплавы металлов для изготовления ортопедических конструкций.
20. Методы и методики ретракции десневого края.
21. Понятие о современной несъемной ортодонтической технике, основные принципы работы с ней.
22. Показания и противопоказания к изготовлению искусственных коронок зубов. Виды искусственных коронок зубов. Режим препарирования зубов.
23. Способы определения ЦСЧ при полном отсутствии зубов. Принципы работы и использования аппарата АОЦО.
24. Протезные стоматиты: этиология, клиника, лечение и профилактика.
25. Особенности препарирования зубов под различные виды искусственных коронок.
26. Ошибки и осложнения при протезировании мостовидными протезами.
27. Неотложная помощь в ортопедической стоматологии (общая и специальная).
28. Клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамических коронок. Виды уступов.
29. Непосредственное протезирование. Показания к применению имедиат-протезов. Клинико-лабораторные этапы их изготовления.
30. Классификация ортодонтических аппаратов, принципы их конструирования.
31. Показания и противопоказания к протезированию фарфоровыми коронками. Виды безметалловой керамики.
32. Деформация зубных рядов. Этиология, патогенез, классификация, принципы ортопедического лечения.
33. Этиология и патогенез развития аномалий зубочелюстной системы. Классификация вредных привычек.
34. Вкладки. Показания, противопоказания, особенности формирования полостей под различные виды вкладок. Способы изготовления.
35. Частичная потеря зубов. Классификация дефектов зубных рядов. Показания и противопоказания к изготовлению мостовидных протезов, требования к опорным зубам.
36. Токсическое и аллергическое действие металлических сплавов на организм больного.
37. Виниры. Показания, противопоказания, особенности препарирования и фиксации.
38. Виниры. Ошибки и осложнения при протезировании винирами.
39. Способы фиксации съемных протезов. Виды кламмеров.
40. Аттачмены как фиксирующие элементы съемных протезов.
41. Штифтовые конструкции. Виды, показания и противопоказания, особенности препарирования полостей под культевые вкладки, способы изготовления
42. Ситаллы. Использование ситаллов в стоматологии
43. Повышенная стираемость зубов, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина и принципы ортопедического лечения.
44. Профилактика аномалий в различные периоды жизни. Диспансеризация у ортодонта. Основные принципы лечения аномалий зубочелюстной системы.

45. Ошибки и осложнения при протезировании искусственными коронками.
46. Способы ортопедического лечения при заболеваниях пародонта.
47. Непереносимость зубопротезных конструкций в полости рта. Причины, клиника, лечение и профилактика.
48. Особенности припасовки цельнолитых и металлокерамических протезов. Определение цвета.
49. Парестезии полости рта: причины, лечение, профилактика.
50. Клинико-лабораторные этапы изготовления паяных мостовидных протезов.
51. Ортопедическое лечение травматической окклюзии.
52. Методы изучения и измерения моделей челюстей, изучение ТРГ.
53. Клинико-лабораторные этапы протезирования металлокерамическими конструкциями. Ошибки и осложнения при протезировании металлокерамическими коронками.
54. Парафункции жевательных мышц. Этиология, клиника, принципы лечения.
55. Общая характеристика и классификация огнестрельных ранений лица и челюстей.
56. Протезирование при дефектах верхней челюсти.
57. Основные периоды или этапы ортодонтического лечения. Осложнения в процессе ортодонтического лечения.
58. Протезирование при дефектах нижней челюсти.
59. Тканевые реактивные изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении аномалий. Силы, применяемые в ортодонтическом лечении.
60. Стоматологическая имплантация: показания, противопоказания, виды имплантантов, критерии успеха, принципы ортопедической реабилитации больных после имплантации.
61. Развитие и морфология зубочелюстной системы (эмбриональный, новорожденный, грудной, школьный, сформированный прикус).
62. Клиническая картина при различных патологиях прикуса
63. Классификация аномалий, применяемая врачами-ортодонтами (в ортодонтии).
64. Ортопедические аппараты для лечения челюстно-лицевой травмы, их классификация и общая характеристика.
65. Этиопатогенез аномалий прикуса. Ротовое дыхание. Нарушение функций зубочелюстной системы. Вредные привычки. Заболевания лор-органов.
66. Клинические методы обследования. Морфологические методы обследования. Рентгенологические методы обследования. Функциональные методы обследования. Жевательные пробы. Антропометрические методы обследования.
67. Рентгенологические методы обследования. Ортопантограмма. Внутриротовые рентгенограммы. Телерентгенограмма.
68. Рентгенологические методы обследования. Телерентгенограмма. Определение типа роста, индивидуальных норм размеров челюстей по телерентгенограмме. Определение прогноза лечения по телерентгенограмме.
69. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Верхняя макрогнатия, прогнатия, дистальный прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
70. Патология прикуса в сагиттальной плоскости. Нижняя макрогнатия и прогнатия, мезиальный прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
71. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Глубокое резцовое перекрытие, глубокий прикус, глубокий травмирующий прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
72. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Глубокое резцовое перекрытие, глубокий прикус, глубокий травмирующий прикус. Методы обследования, постановка диагноза.
73. Патология прикуса в вертикальной плоскости. Открытый прикус. Методы обследования, постановка диагноза.

74. Патология прикуса в трансверзальной плоскости. Методы обследования, постановка диагноза. Клиника, методы лечения.
75. Исследование и анализ диагностических и контрольных моделей.
76. Рефлексы, возникающие в области зубочелюстной системы. Функциональные жевательные звенья.
77. Физиологические изменения зубов и пародонта.
78. Статические методы исследования жевательной эффективности.
79. Профилактика зубочелюстных аномалий. Методы первичной профилактики. Методы вторичной профилактики.
80. Диспансерные группы пациентов при зубочелюстных аномалиях.
81. Понятие и краткая история развития ортодонтии.
82. Классификация аномалий прикуса (Энгля).
83. 6 ключей окклюзии по Эндрюсу.
84. Классификация ортодонтической аппаратуры. Возрастные показания к применению. Периоды роста челюстей.
85. Аппараты механического действия. Элементы их активирования. Осложнения и ошибки в процессе лечения.
86. Аппараты функционального действия. Показания к применению.
87. Аппараты функционально-направляющего действия. Показания к применению и осложнения.
88. Основные элементы несъемной ортодонтической техники.
89. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Адентия.
90. Дополнительные внеротовые приспособления к несъемной ортодонтической технике. Показания к их применению.
91. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Ретенция. Дистопия.
92. Аномалии отдельных зубов и зубных рядов. Тортоаномалии. Сверхкомплектные зубы.
93. Классификация врожденных пороков чло. Этиопатогенез врожденных пороков челюстно-лицевой области.
94. Аппараты механического действия. Показания к применению. Осложнения и ошибки в процессе лечения.
95. Аппараты функционального действия. Показания к применению. Осложнения при применении и их профилактика.
96. Реконструктивные операции на верхней челюсти как метод лечения зубочелюстных аномалий.
97. Реконструктивные операции на нижней челюсти как метод лечения зубочелюстных аномалий.
98. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемной ортодонтической техники.
99. Аномалии мягких тканей. Возрастные показания к хирургическому лечению.
100. Удаление нижних третьих моляров. Показания, в т.ч. возрастные. Осложнения.
101. Аномалии мягких тканей. Аномалии уздечки языка.
102. Аномалии мягких тканей. Мелкое преддверие полости рта.
103. Ортодонтическое лечение с удалением отдельных зубов.
104. Показания и возможности современной ортодонтии в лечении без удаления зубов.
105. Показания к использованию дуг различной формы и сечения.
106. Дополнительные внутриротовые приспособления к несъемной ортодонтической технике. Показания к их применению.
107. Ретенционный период ортодонтического лечения. Сроки. Виды ретейнеров.
108. Дуги, используемые в ортодонтии. Сплавы. Показания и последовательность их применения.
109. Техника риккетса. Возможности применения.

110. Осложнения в ходе ортодонтического лечения несъемной техникой. Профилактика. Профилактика рецидивов при ортодонтическом лечении.
111. Комплексное лечение гнатических форм патологии у подростков и взрослых.
112. Обоснование комплексного обследования и лечения ортодонтических пациентов с привлечением специалистов смежных специальностей.
113. Травма в челюстно-лицевой области. Травматические поражения зубов.
114. Травма в челюстно-лицевой области. Тактика врача-ортодонта при травматических поражениях зубов.
115. Раннее ортодонтическое лечение в комплексе оказания помощи пациентам с врожденными пороками челюстно-лицевой области.
116. Клиника и лечение врожденных пороков челюстно-лицевой области.
117. Комплексное лечение пациентов с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области (хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое).
118. Осложнения в ходе ортодонтического лечения несъемной техникой. Причины, способы устранения.
119. Показания и целесообразность лечения зубочелюстных аномалий.
120. Преортодонтический трейнер, показания к применению.
121. Изменения внчс при ортодонтическом лечении.
122. Виды ортодонтического перемещения зубов.
123. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубных рядов.
124. Основные тенденции изменения здоровья населения и демографической ситуации в Российской Федерации в начале XXI века.
125. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.
126. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
127. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
128. Права и обязанности медицинских организаций в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
129. Медицинская помощь. Виды, условия и форма оказания медицинской помощи.
130. Качество медицинской помощи. Основные понятия. Государственная политика в области повышения качества медицинской помощи.
131. Характеристика деятельности медицинской организации. Номенклатура медицинских организаций.
132. Показатели работы медицинской организации, используемые при оценке эффективности ее работы.
133. Медицинская экспертиза как вид медицинской деятельности – правовые основы организации и проведения. Виды медицинских экспертиз.
134. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
135. Финансирование здравоохранения Российской Федерации в современных условиях, основные источники.
136. Обязательное медицинское страхование. Субъекты медицинского страхования (застрахованные лица, страхователи, организации, Федеральный фонд ОМС): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
137. Обязательное медицинское страхование. Участники медицинского страхования (территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация, медицинская организация): права и обязанности, порядок их взаимодействия.
138. Организация экспертизы качества медицинской помощи.

139. Взаимодействие медицинских и медицинских страховых организаций по повышению качества медицинской помощи.
140. Базовая и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Задачи, краткая характеристика. Определение показателя подушевого финансирования.
141. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности
142. Организация лицензирования медицинской деятельности. Основные лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии на медицинскую деятельность.
143. Структура нормативно-правовой базы системы образования.
144. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» - основополагающий нормативно-правовой акт в сфере образования.
145. Система образования Российской Федерации.
146. Система военного образования, как составная часть системы образования.
147. Государственная регламентация образовательной деятельности.
148. Независимая оценка качества образования.
149. Основные ведомственные нормативно-правовые акты и локальные нормативные акты военной образовательной организации.
150. Цели, задачи и содержание образовательной деятельности (учебной, воспитательной и методической работы);
151. Основные документы, регламентирующие требования заказывающих органов (управлений) к структуре, условиям реализации и результатам освоения основных образовательных программ
152. Современные теоретические основы дидактики высшего и среднего военно-медицинского образования.
153. Методы и методики обучения в академии. Инновационные методы обучения в академии.
154. Виды и особенности учебных занятий (лекции, семинары, практические, лабораторные, групповые и другие занятия), их общие и частные цели.
155. Понятие о технологии обучения; общие, общеобразовательные и профессионально-ориентированные технологии обучения.
156. Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
157. Задачи и устройство микробиологических лабораторий. Правила поведения и работы в микробиологической лаборатории.
158. Способы забора материала и правила доставки его в микробиологическую лабораторию для исследования.
159. Простые и сложные методы окраски микроорганизмов. Сущность окраски по Граму и Циль-Нильсену.
160. Современная классификация и номенклатура микроорганизмов.
161. Процесс размножения микроорганизмов в жидкой питательной среде, фазы роста.
162. Общие требования, предъявляемые к питательным средам. Классификация питательных сред. Методы культивирования бактерий.
163. Характеристика дезинфицирующих средств и механизм их действия на микроорганизмы.
164. Классификация антибиотиков. Характеристика антибиотиков по механизму антимикробного действия.
165. Критерии чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Способы определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.
166. Фенотипическая и генотипическая изменчивость бактерий, критерии ее выявления.
167. Структурная организация генетической информации бактерий, ее передача и реализация. Характеристика плазмид.

168. Схема выделения и идентификации культур микроорганизмов.
169. Сущность реакции агглютинации и преципитации. Как определяется титр агглютинирующей и преципитирующей сыворотки.
170. Сущность РНГА, оценка ее результатов.
171. Комплемент, его свойства. РСК, оценка ее результатов.
172. Иммуноферментный анализ.
173. МФА, методика окраски мазков люминесцирующей сывороткой.
174. Методы определения состояния неспецифической резистентности организма.
175. Антигены. Основные свойства. Антигены микроорганизмов.
176. Классы иммуноглобулинов.
177. Фагоцитоз, основные стадии. Завершенный и незавершенный фагоцитоз.
178. Понятие об иммунитете, виды иммунитета. Механизм иммунного ответа, антиинфекционный иммунитет.
179. Т и В-лимфоциты, их роль в иммунном ответе. Теории образования антител.
180. Понятие аллергии, иммунологическая классификация аллергий. Методы диагностики аллергических реакций.
181. Средства и методы иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. Вакцины, иммуноглобулины, лечебные сыворотки, иммуномодуляторы.
182. Действие физических и химических факторов на микроорганизмы. Понятие о стерилизации, дезинфекции, асептике и антисептике.
183. Нормальная микрофлора человека и ее функции.
184. Стафилококки. Таксономия. Характеристика. Микробиологическая диагностика заболеваний, вызываемых стафилококками. Специфическая профилактика и лечение.
185. Стрептококки. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика стрептококковых инфекций. Лечение.
186. Гonoкокки. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика гонореи. Лечение.
187. Особенности микробиологического анализа при карантинных инфекциях. Экспресс-диагностика.
188. Возбудители анаэробной газовой инфекции. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
189. Возбудитель столбняка. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
190. Возбудители туберкулеза. Таксономия и характеристика. Условно-патогенные микобактерии. Микробиологическая диагностика туберкулеза.
191. Возбудитель сифилиса. Таксономия и характеристика. Микробиологическая диагностика. Чувствительность к антибиотикам и химиопрепаратам.
192. основные закономерности эпидемического процесса среди населения, современная классификация механизмов заражения;
193. современные средства профилактики актуальных инфекций;
194. организация и проведение мероприятий при ликвидации последствий биологических терактов;
195. организация лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах биологического заражения;
196. объем и содержание санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в зоне ЧС;
197. эпидемиологическая диагностика, методы эпидемиологической диагностики.
198. Классификация, клиника и методы лечения короткой уздечки языка и губ перед ортопедическим лечением.
199. Особенности клиники и лечения мелкого преддверия ротовой полости.
200. Показания для удаления отдельно стоящих зубов в дистальных отделах челюстей.

201. Показания для проведения костной пластики челюстей перед изготовлением съёмных ортопедических конструкций.
202. Показания для удаления ретинированных зубов перед протезированием съёмными ортопедическими конструкциями.
203. Показания к депульпированию зубов, к сохранению и использованию корней зубов при протезировании. Гемисекция зубов.
204. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию.
205. Классификация заболеваний пародонта.
206. Показания к хирургическому лечению заболеваний пародонта.
207. Методы проведения гингивэктомий.
208. Особенности проведения и разница между гингивэктомией и гингивотомией.
209. Методы устранения мелкого преддверия полости рта.
210. Способы закрытия дефектов мягких тканей при формировании преддверия полости рта.
211. Абсолютные противопоказания к проведению имплантации в полости рта.
212. Показания и противопоказания для хирургического проведения одноэтапного ортопедического лечения.
213. Фиксация полного съёмного протеза на дентальных имплантатах.
214. Процессы остеоинтеграции в области установленного дентального имплантата.
215. Особенности протезирования полости рта с использованием имплантатов.
216. Методы диагностики кариеса.
217. Методы диагностики различных форм пульпита.
218. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.
219. Современные методы лечения различных форм кариеса.
220. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
221. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
222. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
223. Методика реставрации зубов современными пломбировочными материалами. Ошибки и осложнения при реставрации зубов фотополимеризующимися материалами.
224. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
225. Очаговая (локализованная) форма стираемости твердых тканей зубов.
226. Этиология и клиническая картина при дефектах коронковой части зубов. Классификация полостей по Блеку. Показания к применению вкладок.
227. Повышенная стираемость зубов (этиология, клиническая картина, лечение), классификация клинических форм стираемости.
228. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
229. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
230. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
231. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
232. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

233. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
234. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
235. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
236. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
237. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
238. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
239. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
240. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
241. Медикаментозная обработка корневого канала.
242. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
243. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
244. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Этиология, патогенез. Иммунологические аспекты. Клиника, дифференциальная диагностика. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
245. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения верхушечного периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.
246. Компьютерные методы лучевой диагностики в ортопедической стоматологии. Показания и противопоказания.
247. Лучевая диагностика одонтогенных верхнечелюстных синуситов.
248. 3D-исследование и его роль в ортопедической стоматологии.
249. Применение лучевой диагностики при патологии ВНЧС.
250. Графические методы регистрации движений нижней челюсти и мышечной активности (мастикациография, осциллография, миография, электромиография).

4.2. Критерии оценки ответа на вопросы

В ходе проверки знаний по теоретическим вопросам проводится заслушивание экзаменуемого на предмет знания им вопросов, указанных в экзаменационном билете. Оценка подготовленности экзаменуемого производится по четырехбалльной системе. Выставляется среднеарифметическая оценка по ответам на три вопроса экзаменационного билета.

Оценка «отлично» выставляется за ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала и структуры конкретной дисциплины, а также основного содержания и новаций лекционного курса по сравнению с учебной литературой;
- отчетливое и свободное владение концептуально-понятийным аппаратом, научным языком и терминологией соответствующей научной области;
- знание основной литературы и знакомство с дополнительно рекомендованной литературой;
- логически корректно и убедительно излагать ответ на вопрос.

Оценка «хорошо» выставляется за ответ, содержащий:

- знание узловых проблем программы и основного содержания лекционного курса;
- умение пользоваться концептуально-понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблемных вопросов программы;
- знание важнейших работ из списка рекомендованной литературы;
- в целом логически корректное, но не всегда точное и аргументированное изложение ответа.

Оценка «удовлетворительно» выставляется за ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержания лекционного курса;
- затруднения с использованием научно-понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины;
- неполное знакомство с рекомендованной литературой;
- частичные затруднения с выполнением предусмотренных программой заданий;
- стремление логически определенно и последовательно изложить ответ.

Оценка «неудовлетворительно» ставится при:

- незнании либо отрывочном представлении учебно-программного материала;
- неумении выполнять предусмотренные программой задания.

5. Критерии итоговой оценки государственной (итоговой) аттестации.

После завершения экзамена комиссия в полном составе обсуждает результаты компьютерного тестирования, оценки за практическую и теоретическую часть экзамена и выставляет итоговую оценку.

Оценка ответа экзаменационной комиссией производится по четырехбалльной системе.

Оценка «отлично», выставляется если ординатор:

- получил на всех этапах экзамена оценку «отлично»;
- получил оценку «хорошо» или «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и оценку «отлично» на устном собеседовании.

Оценка «хорошо», выставляется если ординатор:

- получил на всех этапах экзамена оценку «хорошо»;
- получил оценку «отлично» или «удовлетворительно» на компьютерном тестировании и оценку «хорошо» на устном собеседовании;
- получил оценку «отлично» или «хорошо» на компьютерном тестировании и «хорошо» на устном собеседовании.

Оценка «удовлетворительно», выставляется если слушатель:

- получил на всех этапах экзамена оценку «удовлетворительно»;
- получил оценку «отлично» или «хорошо» на компьютерном тестировании и оценку «удовлетворительно» на собеседовании.

Оценка «неудовлетворительно», выставляется если слушатель:

- получил оценку «неудовлетворительно» на одном из этапов итоговой государственной аттестации.