

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Программа одобрена

Ученым советом

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

« 05 » июня 2020 г., протокол № 3



«УТВЕРЖДАЮ»

 Карякин Н.Н.

« 05 » июня 2020 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по специальности

31.08.75 «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

Квалификация – врач-стоматолог-ортопед

ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность Стоматология ортопедическая 31.08.75

Дисциплина ортопедическая стоматология

Раздел Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ПРИ ГЛУБОКОЙ ЯЩИКООБРАЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ СТЕНКИ ЕЕ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none">1) дивергировать под углом 3–5°2) быть параллельными3) дивергировать под углом 5–7°4) конвергировать под углом 3–5°	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>2. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none">1) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров2) на проксимальных поверхностях передних зубов3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>3. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none">1) на проксимальных поверхностях передних зубов2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none">1) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов2) на жевательных поверхностях моляров и премоляров3) на проксимальных поверхностях передних зубов4) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

премоляров, а также оральной стороне передних зубов	
<p>5 ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КОРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ПЯТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <p>1) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов</p> <p>2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров</p> <p>3) на проксимальных поверхностях передних зубов</p> <p>4) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ</p> <p>1) лучшего прилегания вкладки и исключения скола эмали</p> <p>2) исключения опрокидывающего момента</p> <p>3) лучшей фиксации вкладки</p> <p>4) предупреждения смещения вкладки</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7. 7 ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЮТ ПОД УГЛОМ</p> <p>1) 45°</p> <p>2) 30°</p> <p>3) 90°</p> <p>4) 60°</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8 ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ОПАСНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ПОЛОСТИ ЗУБА, ДНО ПОЛОСТИ I КЛАССА ПОД ВКЛАДКУ НА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБАХ ДОЛЖНО ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ</p> <p>1) в форме круговой ступеньки с углублением в центре</p> <p>2) плоским</p> <p>3) выпуклым</p> <p>4) вогнутым</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>9. 9 ПОДГОТОВКУ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПО БЛЕКУ ПОД ВКЛАДКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА</p> <p>1) сепарация</p> <p>2) формирование дополнительной полости</p> <p>3) формирование основной полости</p> <p>4) создание уступа на контактной поверхности у десны</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>10. 10.ОПОРНАЯ ПЛОЩАДКА УСТУПА НА ЗУБАХ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ДОЛЖНА ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ ШИРИНОЙ</p> <p>1) 0,2–0,3 мм</p> <p>2) до 1 мм</p> <p>3) 0,5–0,8 мм</p> <p>4) до 1,5 мм</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. 11 У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ЛИТЫМИ</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ниже стираемость, но выше цветостойкость 2) выше стираемость, но ниже цветостойкость 3) ниже стираемость и ниже цветостойкость 4) выше стираемость и выше цветостойкость 	
<p>12 ПО КОНСТРУКЦИИ ИСКУССТВЕННЫЕ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трёхчетвертными 2) ортодонтическими 3) комбинированными 4) восстановительными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13 ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) восстановительными 2) комбинированными 3) металлическими 4) полимеризованными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литыми 2) полными 3) окончатыми 4) экваторными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штампованными 2) фарфоровыми 3) пластмассовыми 4) культевыми 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ НЕОБХОДИМО1) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани соответственно клинической шейке зуба и укоротить зуб на толщину коронки</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) укоротить зуб на 0,5 мм 3) придать коронке зуба конусовидную форму 4) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани на толщину стенки коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>17 ВИДЫ УСТУПОВ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРЕПАРИРОВАТЬ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КОНТАКТНЫХ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ, ПРОТЕЗИРУЕМЫХ ЛИТЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ КОРОНКАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямой уступ, уступ в виде ската 2) закругленный уступ в форме выемки (желобоватый) 3) уступ с вершиной 4) прямой уступ со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>18 ПРИДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КОРОНКЕ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЛИТЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ КОРОНКИ ПРИВОДИТ К</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слабой фиксации коронки 2) повреждению маргинального пародонта 3) затруднению наложения коронки 4) появлению внутренних напряжений в металлическом каркасе коронки и отслоению фасетки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20 ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямого уступа под углом 90° 2) уступа в форме ската под углом около 135° 3) «символа уступа» 4) уступа со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. 21 В КАЧЕСТВЕ МАТРИЦЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ФАФОРОВОГО КОЛПАЧКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАТИНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) так как имеет высокую температуру плавления 2) так как имеет минимально возможную толщину 3) так как достаточно жесткая и не образует окислов 4) так как по химическим свойствам совместима с фарфором 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22 КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластичность 2) эластичность 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конвергировать под углом 6-8° 2) слегка дивергировать 3) конвергировать под углом 15-20° 4) конвергировать под углом 9° 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24.ПРИ ОБЖИГЕ ФАРФОРОВОЙ МАССЫ, КРОМЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ТЕМПЕРАТУРЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вакуум 2) давление 3) центрифугирование 4) верно все перечисленное 	
<p>25 ПРИПАСОВКУ КЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВЫЯВЛЕНИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ КОРОНКОЙ И СТЕНКАМИ КУЛЬТИ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) корректирующих силиконовых масс 2) альгинатных слепочных масс 3) жидкого гипса 4) копировальной бумаги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26 ТОЛЩИНА ПЛАТИНОВОЙ ФОЛЬГИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ, РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,025 мм 2) 0,01 мм 3) 0,05 мм 4) 0,075 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27.МИНИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ИЗ КОБАЛЬТО-ХРОМОВОГО СПЛАВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,3 мм 2) 0,2 мм 3) 0,1 мм 4) 0,4 мм 5) 0,5 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28 ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литой 2) паяный 3) штампованный 4) из платиновой фольги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29 ПЕРВЫЙ СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫЙ НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) грунтовым (опаковым) слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) дентинным слоем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30.СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ, КОТОРЫЙ ПРИДАЕТ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКЕ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ОСНОВНОЙ ЦВЕТОВОЙ ТОН, НАЗЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дентинным слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) грунтовым (опаковым) слоем 	
<p>31 ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ КОРОНКАМИ ОТТИСК СНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) силиконовыми материалами 2) альгинатными материалами 3) гипсом 4) цинкоксидэвгеноловыми материалами 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32 ПЕРЕД ПОЛУЧЕНИЕМ ДВОЙНОГО ОТТИСКА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБОДЕСНЕВЫХ БОРОЗДОК ИСПОЛЬЗУЮТ ХЛОПЧАТОБУМАЖНЫЕ РАСТВОРАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) алюмокалиевых квасцов 2) ортофосфорной кислоты 3) гидрохлорида эфедрина 4) трихлоруксусной кислоты 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33 ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеклоиономерные цементы 2) поликарбоксилатный цемент 3) «Темп Бонд» 4) «Акрилоксид» 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34 ДЛЯ ПРИПАСОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разборной гипсовой модели 2) гипсовой модели 3) гипсовом столбике 4) металлическом штампе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35 ПРОВЕРКА ОККЛЮЗИОННЫХ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРОВОДИТСЯ В ОККЛЮЗИЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передней, боковых и центральной 2) передней и центральной 3) центральной и боковых 4) боковых и передней 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>36 ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) толстого их края и отсутствия экватора 2) отсутствия контакта с соседними зубами 3) глубокого погружения края коронок в десневые бороздки 4) неплотного прилегания края коронок к шейкам зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37.ПОКАЗАНИЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ИСКУССТВЕННОЙ КУЛЬТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) если коронка зуба разрушена на 1/2 и более 2) если зуб депульпирован более года назад 3) если канал корня запломбирован до верхушки 4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38.ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифтовой конструкцией 2) искусственной коронкой 3) вкладкой 4) мостовидным протезом 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39.ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коронки на искусственной культе со штифтом 2) металлические штампованные коронки 3) литые коронки 4) комбинированные коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40.ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ДЛИНА ШТИФТА ДОЛЖНА БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равна 2/3 длины корня зуба 2) равна 1/2 длины корня зуба 3) равна всей длине корня 4) меньше высоты будущей искусственной коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41.КУЛЬТЕВЫМИ ВКЛАДКАМИ МОЖНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) резцы, клыки, премоляры и моляры 2) резцы 3) резцы и клыки 4) резцы, клыки и премоляры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42.ШТИФТОВОЙ ЗУБ С ВКЛАДКОЙ (ПО АВТОРУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ильиной-Маркосян 2) Логана 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

3) Ричмонда 4) Ахметова	
43. ШТИФТ ШТИФТОВОГО ЗУБА ПО РИЧМОНДУ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ 1) 750 пробы золота с платиновой лигатурой 2) 950 пробы золота с платиновой лигатурой 3) 365 пробой серебра с золотой лигатурой 4) никель-хромового сплава	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
44. ШТИФТОВАЯ КУЛЬТЕВАЯ ВКЛАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО 1) на зубы любой группы 2) на однокорневые зубы верхней и нижней челюстей 3) на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти 4) на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
45. ДЛЯ ДВОЙНОГО СЛЕПКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕПОЧНЫЕ МАССЫ 1) силиконовые 2) твердокристаллические 3) альгинатные 4) термопластические	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
46. НА КУЛЬТЕВУЮ ВКЛАДКУ МОЖНО ИЗГОТОВИТЬ КОРОНКУ 1) любую 2) только штампованную 3) только литую 4) только пластмассовую	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
47. СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВКЛАДКАМИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ 1) двойной 2) анатомический 3) функциональный 4) компрессионный	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
48. КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО 1) пластичность 2) простота в обращении 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
49. СТАНДАРТНЫЕ ЗАГОТОВКИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК СО ШТИФТОМ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ И РАСЦВЕТОК КОРОНКИ С НАБОРОМ ШТИФТОВ К НИМ ПОЛУЧИЛИ НАЗВАНИЕ 1) коронок Логана 2) коронок Дювеля 3) коронок Копейкина	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

4) коронок Гаврилова	
50. ПРИ ЗДОРОВОМ ПАРОДОНТЕ, КОГДА ДЕСНЕВОЙ КАРМАН ВЫРАЖЕН СЛАБО, УСТУП СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ НИЖЕ ДЕСНЕВОГО КРАЯ НА 1) 0,2-0,3 мм 2) 0,1-0,2 мм 3) 0,3-0,4 мм 4) 0,4-0,5 мм	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
51. В ХОДЕ ПОДГОТОВКИ МОДЕЛИ К ДУБЛИРОВАНИЮ ОПОРНЫЕ ЗУБЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО МОДЕЛИРУЮТСЯ 1) воском 2) гипсом 3) пластмассой 4) цементом	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
52. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (-ЯХ) 1) вестибулярной 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной, оральной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
53. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ 1) конвергировать под углом 6-8° 2) быть строго параллельны 3) слегка дивергировать 4) конвергировать под углом 15-20	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
54. АЛЬГИНАТНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ЗАМЕШИВАЮТСЯ НА ВОДЕ 1) холодной 2) теплой 3) содержащей 3-4% поваренной соли 4) содержащей буру	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
55. ОСНОВУ СИЛИКОНОВЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ СОСТАВЛЯЕТ 1) кремнийорганические полимеры 2) натриевая соль альгиновой кислоты 3) эвгенол 4) парафин	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
56. ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКОВ ПРИМЕНЯЮТ 1) 2% раствор глутарового альдегида 2) раствор марганцевокислого калия 3) плазму	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

4) ультразвук	
57. ОБРАТИМЫЕ ГИДРОКОЛЛОИДНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ 1) для дублирования моделей 2) функциональных 3) двойных 4) для оформления краев индивидуальных ложек	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
58. ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ 1) вспомогательных 2) конструкционных 3) зуботехнических 4) основных	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
59. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО 1) нельзя 2) на любой срок наблюдения за больным 3) если у больного нет бруксизма 4) не более чем на 5–7 дней	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
60. ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ И ОБЖИГЕ ТУГОПЛАВКОГО ФАРФОРА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОЛПАЧКА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОЛЬГУ 1) платиновую 2) золотую 3) палладиевую 4) кадмиевую	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
61. ОБЖИГ ФАРФОРА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК ПРОИЗВОДЯТ НА КОЛПАЧКЕ 1) платиновом 2) палладиевом 3) кадмиевом 4) серебряном	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
62. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ПРЕПАРИРОВАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (ЯХ) 1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной 3) вестибулярной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
63. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ РЕЗЦОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ НА 1) оральной поверхности в области вогнутости	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>2) вестибулярной поверхности 3) контактных поверхностях в области экватора 4) контактных поверхностях в пришеечной области</p>	
<p>64. КОРОНКИ, ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАЗБОРНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ</p> <p>1) фарфоровая и металлокерамическая 2) пластмассовая 3) штампованная металлическая 4) штампованная комбинированная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИСКУССТВЕННЫХ КРОНОК ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ МОГУТ БЫТЬ ФИКСИРОВАНЫ В</p> <p>1) артикулятор или окклюдатор 2) гнатодинамометр 3) кимограф 4) параллеломер</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДOK СО ШТИФТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) патологическая стираемость зубов декомпенсированной формы 3 степени 2) если зуб депульпирован более года назад 3) если канал корня запломбирован до верхушки 4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <p>1) штифтовой конструкцией 2) искусственной коронкой 3) вкладкой 4) мостовидным протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>68. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <p>1) коронки на искусственной культе со штифтом 2) металлические штампованные коронки 3) литые коронки 4) комбинированные коронки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>70. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <p>1) на любой срок наблюдения за больным 2) если у больного нет бруксизма 3) не более чем на 5–7 дней 4) нельзя</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>71. ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ, ИЗГОТОВЛЕННУЮ МЕТОДОМ НАНЕСЕНИЯ НА ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ (НА РЕФРАКТОРЕ) КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямого уступа под углом 90 градусов 2) «символа уступа» 3) уступа в форме ската под углом около 135 градусов 4) уступа со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>72. АНОМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЗУБЫ (ГЕТЧИНСОНА, ФУРНЬЕ, ПФЛЮГЕРА) – ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) системной гипоплазии твердых тканей зубов 2) эндемического флюороза 3) эрозии эмали зубов 4) аномалии развития и прорезывания зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>73. ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литой 2) штампованный 3) паяный 4) из платиновой фольги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**

Дисциплина **ортопедическая стоматология**

Раздел **Обезболивание в ортопедической стоматологии**

<p>1. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неэффективность местных анестетиков и непреодолимый страх перед стоматологическими вмешательствами 2) невозможность осуществления препарирования зубов под местной анестезией 3) непереносимость местных анестетиков 4) заболевания центральной нервной системы и пороки ее развития у больных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**

Дисциплина **ортопедическая стоматология**

Раздел **Методы обследования в ортопедической стоматологии**

<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>	<p>№ компетенции, на</p>
---	---------------------------------

	формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1.. ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АППАРАТЕ T-SCAN ПАЦИЕНТ ПРИКУСЫВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) индивидуальную пластинку - сенсор 2) прикусные шаблоны с окклюзионными валиками 3) восковую пластинку 4) артикуляционную бумагу 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. МАСТИКАЦИОГРАФИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) запись жевательных движений нижней челюсти 2) запись сокращений жевательных мышц 3) запись движений головок нижней челюсти 4) регистрация характера смыкания зубных рядов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>5. ГНАТОДИНАМОМЕТР – ЭТО ПРИБОР ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выносливости пародонта 2) абсолютной силы жевательных мышц 3) жевательной эффективности 4) податливости слизистой оболочки рта 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. ПО МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ Н.И. АГАПОВЫМ, ЗА ЕДИНИЦУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИНЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боковой резец верхней челюсти 2) первый моляр нижней челюсти 3) первый премоляр верхней челюсти 4) клык нижней челюсти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7. ХРИСТИАНСЕН, ГЕЛЬМАН И РУБИНОВ ПРЕДЛОЖИЛИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жевательной эффективности зубных рядов 2) функциональной выносливости опорного аппарата зубов 3) движений нижней челюсти в процессе жевания 4) величины подвижности зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8.ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) графически регистрировать биопотенциалы мышц 2) измерять тонус жевательных и мимических мышц 3) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения сосудов в мышцах 4) исследовать напряжение кислорода в мышцах 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>9. МИОТОНОМЕТРИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измерять тонус жевательных и мимических мышц 2) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>сосудов в мышцах</p> <p>3) графически регистрировать биопотенциалы мышц</p> <p>4) исследовать напряжение кислорода в мышцах</p>	
<p>10. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО</p> <p>1) сбор анамнеза</p> <p>2) внешний осмотр</p> <p>3) обследование полости рта</p> <p>4) осмотр зубных рядов</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОСЛОЙНОГО ИЗУЧЕНИЯ ФОРМЫ, СТРУКТУРЫ И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) компьютерной томографией</p> <p>2) телерентгенографией</p> <p>3) ортопантомографией</p> <p>4) панорамной рентгенографией</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <p>1) рентгенологическое обследование</p> <p>2) перкуссия суставов</p> <p>3) электромиографическое обследование</p> <p>4) электроодонтодиагностика</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ФОНОАРТРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>1) определить суставной шум при выслушивании височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>2) выявить изменения гемодинамики околоушно-жевательной области</p> <p>3) определить центральное соотношение челюстей</p> <p>4) произвести регистрацию движений нижней челюсти</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ПРИ АРТРОЗЕ ВНЧС ВЫСЛУШИВАЮТСЯ</p> <p>1) щелкающие звуки различной выраженности</p> <p>2) равномерные и мягкие звуки</p> <p>3) скользящие звуки</p> <p>4) звуки отсутствуют</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. АКСИОГРАФИЯ – ЭТО МЕТОД</p> <p>1) внеротовой регистрации движений нижней челюсти</p> <p>2) графической регистрации биопотенциалов мышц</p> <p>3) исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов в мышцах</p> <p>4) измерения тонуса жевательных и мимических мышц</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>1) гемодинамики</p> <p>2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</p> <p>3) движения головок нижней челюсти</p> <p>4) размеров элементов ВНЧС</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>17. ЭХОСТЕОМЕТРИЯ – МЕТОД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследования плотности костной ткани 2) измерения гемодинамики сосудов пародонта 3) измерения тонуса жевательных и мимических мышц 4) внеротовой регистрации движений нижней челюсти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. В НОРМЕ ТЕМПЕРАТУРА ДЕСНЕВЫХ СОСОЧКОВ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 35,5-36,6°C 2) 27-28°C 3) 30,6-32,6°C 4) 37,2-37,5°C 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изготовить диагностические модели 2) препарировать опорные зубы 3) сделать анестезию 4) провести функциональные пробы 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эстезиометра 2) гнатодинамометра 3) реографа 4) вакуумного аппарата Кулаженко 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. В РАЗВИТИИ АНГУЛИТА ИГРАЮТ РОЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение высоты нижнего отдела лица (3,0-3,5 мм) 2) эндокринные нарушения 3) токсические поражения слизистой 4) термические поражения слизистой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) рентгенологический 3) биометрический 4) краниометрический 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анатоμο-функциональный 2) антропометрический метод 3) с помощью циркуля золотого сечения 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) на основании изучения фотографий больного	
<p>24. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) углубление носогубной и подбородочной складок 2) сглаженность носогубных и подбородочной складок 3) удлинение нижнего отдела лица 4) потеря жевательных зубов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ</p> <p>1) регистрации гемодинамики в области ВНЧС 2) определения сократительной способности мышц челюстно-лицевой области 3) движения головок нижней челюсти 4) размеров элементов ВНЧС</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) магниторезонансную томографию 2) артрографию 3) артроскопию 4) ультразвуковую диагностику</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) клинический 2) рентгенологический 3) биометрический 4) изучение диагностических моделей</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ДЕЛЕНИЕ СПОСОБОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ</p> <p>1) неправильное 2) правильное 3) правильное только в некоторых случаях 4) правильное во всех случаях</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. НОРМОЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы 2) несущественные морфологические отклонения от оптимума 3) несущественные функциональные отклонения от оптимума 4) полноценное пережевывание пищи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1.5 м 2) 2 м</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) 1 м 4) 2.5 м</p>	
<p>31. ВМЕСТО РЕНТГЕНОВСКОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) селеновые пластины 2) графитные пластины 3) белая бумага 4) сажа</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. МЕТОД ПОЛЯРОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>1) напряжение кислорода и углекислоты в тканях 2) избыток углекислоты в тканях 3) избыток кислорода в тканях 4) нарушение окислительно-восстановительных процессов в тканях</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИЯ – ЭТО</p> <p>1) метод рентгенологического исследования с применением киносъемки рентгеновского изображения 2) рентгенография на расстоянии 3) рентгенография в положении лежа 4) рентгенография сидя</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ</p> <p>1) боль и ограничение открывания рта 2) тризм жевательных мышц 3) околоушный гипергидроз 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) рентгенография и компьютерная томография 2) аудиометрия 3) биохимия крови 4) электроодонтодиагностика</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ АРТРОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ</p> <p>1) крепитацию 2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей 3) щелкающие звуки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) неравномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей	
37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ 1) травматический передний двусторонний вывих 2) травматический передний односторонний вывих 3) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти 4) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
38. У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС ВСТРЕЧАЕТСЯ 1) 57-75% из них 2) 70-90% из них 3) 27-67% из них 4) 15% из них	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
39. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 1) гемодинамики 2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области 3) движения головок нижней челюсти 4) размеров элементов ВНЧС	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**

Дисциплина **ортопедическая стоматология**

Раздел **Гнатология**

1. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОГУТ БЫТЬ 1) щечных бугров жевательных зубов и (или) контакт клыков 2) контакт клыков и боковых резцов 3) резцов и щечных бугров премоляров 4) резцов	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
2.. ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВИДА ПРИКУСА В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СМЫКАНИЕ 1) первых постоянных моляров 2) вторых постоянных моляров 3) клыков 4) боковых резцов	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
3.. ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПРОИЗВОДИТ 1) артикулятор 2) окклюдатор 3) параллеломер	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

4) лицевая дуга	
4. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ 1) зубным, суставным, мышечным 2) лицевым, глотательным, зубным 3) язычным, мышечным, зубным 4) зубным, глотательным, лицевым	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
5. ОККЛЮЗИЯ – ЭТО 1) всевозможные смыкания зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов 2) смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней 4) ортогнатический прикус	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
6. РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ 1) 2,0-4,0 мм 2) 0,5-1,0 мм 3) 5,0-7,0 мм 4) 6,0-8,0 мм	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
7. ЧТО ТАКОЕ «БРУКСИЗМ» 1) зубной скрежет 2) воспаление десен 3) кровоточивость десен 4) кариозные полости	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
8. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ 1) нормализации функциональной окклюзии 2) снижения окклюзионной высоты 3) уменьшения нагрузки на пародонт 4) достижения плавности движений нижней челюсти	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1) изменение конфигурации суставной щели 2) расширением суставной щели 3) нечеткими контурами головок нижней челюсти 4) деформацией костных элементов сустава	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
10. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВЫЯВЛЯЕТ 1) щелкающие звуки 2) крепитацию	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>3) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей</p> <p>4) отсутствие суставного шума</p>	
<p>11. ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>1) съемные пластмассовые каппы</p> <p>2) устранение деформаций зубных рядов</p> <p>3) протезирование дефектов зубных рядов с восстановлением при необходимости межальвеолярного расстояния</p> <p>4) накusочные пластиночные аппараты</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ПРИЗНАК ДИСФУНКЦИИ ВНЧС</p> <p>1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти</p> <p>2) боли в височной области</p> <p>3) открывание рта до 4,5—5,0 см</p> <p>4) головная боль</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ И ПОДВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта</p> <p>2) нормализация межальвеолярного расстояния при его нарушениях</p> <p>3) протезирование полости рта</p> <p>4) физиотерапевтическое лечение</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ЭИОЛОГИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС</p> <p>1) отсутствие зубов в боковом отделе</p> <p>2) чрезмерное резцовое перекрытие</p> <p>3) истончение головок нижней челюсти, деформация суставного бугорка</p> <p>4) склерозирование сочлененных поверхностей</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПОТЕРИ БОКОВЫХ ЗУБОВ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <p>1) дисфункция ВНЧС</p> <p>2) кариес</p> <p>3) уменьшение межальвеолярной высоты</p> <p>4) функциональная перегрузка оставшихся зубов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ</p> <p>1) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки</p> <p>2) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок</p> <p>4) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки, мышцы</p>	
<p>17. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРОИСХОДИТ К</p> <p>1) 6-7 годам</p> <p>2) 7-8 месяцам</p> <p>3) 3-4 годам</p> <p>4) 9-10 годам</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. ШИРИНА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) в переднем отделе – 2 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 3 мм</p> <p>2) в переднем отделе – 1 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 1 мм</p> <p>3) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 2 мм</p> <p>4) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 3 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. ЗА СЧЕТ ЧЕГО ВЫРАВНИВАЕТСЯ ИНКОНГРУЭНТНОСТЬ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</p> <p>1) капсулы и диска</p> <p>2) связок и мышц</p> <p>3) суставного бугорка</p> <p>4) суставной головки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНОГО) ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ</p> <p>1) разобщены на 2,0-4,0 мм</p> <p>2) сомкнуты</p> <p>3) разобщены на 0,5-1,0 мм</p> <p>4) разобщены на 4,0-6,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. САГИТТАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <p>1) Шпее (1890)</p> <p>2) Бонвилль (1895)</p> <p>3) Гизи (1912)</p> <p>4) Астахов (1938)</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	
<p>23. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТСУТСТВУЕТ У</p> <p>1) вторых премоляров 2) первых премоляров 3) первых моляров 4) вторых моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. ЧЕМУ РАВНА ВЕЛИЧИНА ГОТИЧЕСКОГО УГЛА</p> <p>1) 100-110° 2) 50-70° 3) 17° 4) 30-40°</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ТРАНСВЕРЗАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <p>1) Уилсон 2) Шпее 3) Бенетт 4) Хантер</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>30. ОСНОВНОЙ ЗУБНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ 1) максимальное количество фиссурно-бугорковых контактов зубов-антагонистов 2) резцовые линии совпадают между собой 3) зубные ряды смыкаются по I классу Энгля 4) резцовые линии совпадают с центральной линией лица</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ УГЛА САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ 1) 30-50° 2) 17-25° 3) 20-40° 4) 40-60°</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ЛИНИИ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ С 1) окклюзионной плоскостью 2) камперовской горизонталью 3) франкфуртской горизонталью 4) сагиттальной плоскостью</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ В НОРМЕ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ 1) контакт клыков и щечных бугров премоляров и моляров 2) контакт резцов 3) контакты клыков и боковых резцов 4) контакт дистальных бугров вторых моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ДВИЖЕНИЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ ЛАТЕРАЛЬНО И ВВЕРХ ВО ВРЕМЯ БОКОВОГО ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ 1) движение Беннета 2) движение Уилсона 3) движение Шпее 4) движение Крауля</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОГО ПРОСТРАНСТВА 1) от 2 до 4 мм 2) от 0 до 2 мм 3) от 4 до 6 мм 4) от 6 до 8 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. КАКОЙ МЕЖЗУБНОЙ КОНТАКТ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ 1) линейный</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>2) точечный 3) прерывистый 4) избирательный</p>	
<p>37. НИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ У ОСНОВАНИЯ ЗАДНЕГО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРИ 1) центральном соотношении челюстей 2) открытом рте 3) ортогнатическом прикусе 4) глубоком прикусе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38. РЕЗЦОВЫЙ ПУТЬ ЭТО 1) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при выдвигании ее вперед 2) движение суставной головки при открывании рта 3) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при открывании рта 4) разность расстояний между резцами нижней и верхней челюстей в центральной и передней окклюзиях</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) РАВЕН 1) 17° 2) 11° 3) 45° 4) 100-110°</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40. АРТРОЗ — ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ 1) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой ткани, костной и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 2) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 3) воспалением тканей сустава, обостряющемся при переохлаждении, ноющими и иррадирующими болями 4) блокированием движений нижней челюсти, болью, хрустом и щелканием в суставе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АРТРИТА 1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти 2) постоянные боли в суставе в покое 3) приступообразные боли в суставе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) открывание рта до 4,5—5,0 см	
<p>42. ПРИ ПОТЕРЕ ЛЕВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ МОЖЕТ СМЕЩАТЬСЯ ВО ВТОРИЧНУЮ ВЫНУЖДЕННУЮ ОККЛЮЗИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) назад и влево 2) влево 3) вправо 4) вперед и вправо 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3—6 месяцев 2) одна неделя 3) две недели 4) один месяц 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ О СТРУКТУРАХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВНЧС ВОЗМОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мышечно-суставной дисфункции 2) остеомы суставного отростка нижней челюсти 3) артрита 4) артроза 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. ПРИ ПОТЕРЕ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЛЕВАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (РАБОЧАЯ СТОРОНА) СМЕЩАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вперед, вниз, внутрь 2) назад, вверх и наружу 3) назад, вниз и внутрь 4) вперед, вверх и наружу 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>44. ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВАНИИ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) не сошлифовывают 2) сошлифовывают вершины всех бугорков 3) сошлифовывают скаты всех бугорков 4) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) сошлифовывают 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>45. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ КОНТАКТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) щечных бугорков жевательных зубов или клыков 2) групповые щечных бугорков жевательных зубов 3) клыков и боковых резцов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) резцов и щечных бугорков премоляров	
46. ДЛ Я В Ы Я В Л Е Н И Я П Р Е Ж Д Е В Р Е М Е Н Н Ы Х К О Н Т А К Т О В В З А Д Н Е Й К О Н Т А К Т Н О Й П О З И Ц И И Н И Ж Н Ю Ю Ч Е Л Ю С Т Ъ С М Е Щ А Ю Т 1) дистально 2) в правую боковую окклюзию 3) в левую боковую окклюзию 4) в переднюю окклюзию	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
47. К Г И П Е Р Б А Л А Н С И Р У Ю Щ И М О Т Н О С Я Т О К К Л Ю З И О Н Н Ы Е К О Н Т А К Т Ы 1) на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны 2) на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне 3) на балансирующей стороне на рабочей стороне	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
48. И З Б И Р А Т Е Л Ь Н О Е С О Ш Л И Ф О В А Н И Е П Р О В О Д Я Т В 1) 3-4 посещения 2) 5-6 посещений 3) одно посещение 4) два посещения	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
49. П Р Е Ж Д Е В Р Е М Е Н Н Ы Е К О Н Т А К Т Ы У С Т Р А Н Я Ю Т В П Е Р В У Ю О Ч Е Р Е Д Ъ 1) в центральной окклюзии, центральном соотношении 2) в правой боковой окклюзии 3) в левой боковой окклюзии 4) передней окклюзии	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**

Дисциплина **ортопедическая стоматология**

Раздел **Ортопедическое лечение частичной потери зубов**

1. К Ч Е Т В Е Р Т О М У К Л А С С У Д Е Ф Е К Т О В З У Б Н О Г О Р Я Д А , П О К Е Н Н Е Д И , О Т Н О С И Т С Я Д Е Ф Е К Т 1) включенный, в переднем отделе 2) односторонний концевой 3) двусторонний концевой 4) двусторонний, включенный, в боковом отделе	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
2. П Р О Ц Е Н Т Н А С Е Л Е Н И Я З Е М Н О Г О Ш А Р А , С Т Р А Д А Ю Щ Е Г О Ч А С Т И Ч Н О Й П О Т Е Р Е Й	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 75% 2) 50% 3) 60% 4) 85% 	
<p>3.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двусторонний концевой 2) односторонний концевой 3) двусторонний, включенный, в боковом отделе 4) односторонний, включенный, в боковом отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) односторонний концевой 2) двусторонний концевой 3) включенный, в переднем отделе 4) односторонний, включенный, в боковом отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>5.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) односторонний концевой дефект 2) включенные дефекты в боковом отделе 3) двухсторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой дефект 3) включенный дефект в переднем отделе 4) двухсторонний концевой дефект 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7.КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двухсторонний концевой дефект 2) включенный дефект в боковом отделе 3) односторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТ(Ы)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой 3) двухсторонний концевой 4) двухсторонний, включенный, в боковых отделах 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>9.ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ УДАЛЕНИЯ ЗАНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первые моляры 2) резцы 3) вторые премоляры 4) клыки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>10.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двусторонний концевой 2) односторонний концевой 3) двусторонний, включенный в боковом отделе 4) односторонний, включенный в боковом отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11.УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокий 2) открытый 3) перекрестный 4) прямой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. РАЗБОРНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженном наклоне опорных зубов 2) при концевых дефектах зубных рядов 3) больших дефектах зубных рядов 4) подвижности опорных зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательно 2) седловидная форма 3) с промывным пространством (висячая форма) 4) произвольно 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ПРОВЕРКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) паяного 2) любого 3) цельнолитого 4) металлокерамического 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. МАЛЫЕ СЕДЛОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИМЕЮТ В</p>	<p>УК-1</p>

<p>КАЧЕСТВЕ ОПОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кламмеры и телескопические коронки 2) коронки 3) полукоронки 4) штифтовые зубы <p>16. МОДЕЛИРОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ОДНОВРЕМЕННО С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТЬЮ ШТАМПОВАННО-ПАЯНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДЛАГАЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Копейкин 2) Вебер 3) Пономарев 4) Баянов 	<p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>17. УСТАНОВИТЬ СТЕПЕНЬ НАКЛОНА ОПОРНЫХ ЗУБОВ И В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОТЕЗА НАМЕТИТЬ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ НЕОБХОДИМО СОШЛИФОВАТЬ ДЛЯ СВОБОДНОГО НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА, ПОЗВОЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометр 2) гнатодинамометр 3) аппарат Петросова 4) аппарат Пономарева 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. В СРЕДНЕМ ВЕЛИЧИНА ПРОМЫВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1-1,5 мм 2) 0,3-0,5 мм 3) 0,5-0,8 мм 4) 0,8-1 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. СПЕЦИАЛЬНЫЙ ПРИПОЙ ДЛЯ СТАЛИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ПЛАВЛЕНИЯ 800°С БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) А.Г.Цитриным 2) В.Н. Копейкиным 3) В.А. Пономаревым 4) О.Д. Глазовым 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. ФЛЮСЫ ПРИ ПАЯНИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для предотвращения образования оксидной пленки 2) для очищения спаиваемых поверхностей 3) для уменьшения температуры плавления припоя 4) для увеличения площади спаиваемых поверхностей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. ДЛЯ ПАЙКИ КОРОНОК ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ</p>	<p>УК-1</p>

<p>СТАЛИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИПОЙ НА ОСНОВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серебра 2) золота 3) буры 4) олова 	<p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. ОСОБЕННОСТЬЮ КОМБИНИРОВАННЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие комбинированной промежуточной части 2) наличие опорных коронок 3) наличие промывного пространства 4) отсутствие жевательных бугров 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23. ФИКСИРОВАТЬ МОСТОВИДНЫЙ КЕРАМИЧЕСКИЙ ПРОТЕЗ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на любой срок наблюдения за больным 2) если у больного нет бруксизма 3) не более чем на 5-7 месяцев 4) нельзя 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не касается 2) касается по всей поверхности 3) касается в двух точках 4) касается в одной точке 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) промывная 2) касательная 3) седловидная 4) может быть любой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25.. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательная 2) промывная 3) седловидная 4) может быть любой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА С ОДНОСТОРОННЕЙ ОПОРОЙ ИМЕЮТСЯ НЕДОСТАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов 2) необходимость депульпирования опорных зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) препарирование большого количества опорных зубов 4) неудовлетворительное эстетическое качество</p>	
<p>27. «МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ» ВКУС В ПОЛОСТИ РТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ШТАМПОВАННО-ПАЯННЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ИЗ-ЗА</p> <p>1) наличия в припое цинка, меди, кадмия 2) нитрид-титанового покрытия протеза 3) наличия гингивита у пациента 4) заболевания печени</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. СКОЛЫ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ</p> <p>1) у пациентов с парафункциями жевательных мышц 2) зубов с низкими клиническими коронками 3) при большой протяженности мостовидного протеза 4) пациентов молодого возраста</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРАМИ НА ДЕПУЛЬПИРОВАННЫЕ ЗУБЫ</p> <p>1) периодонтит 2) отлом культи зуба 3) расцементировка коронки 4) пульпит</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30. ТОЛЩИНА ДУГИ В ДУГОВОМ ПРОТЕЗЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНА</p> <p>1) 2,0—2,5мм 2) 0,5—1,0мм 3) 1,0—1,5мм 4) 1,5—2,0мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА ДЛЯ КРЕПЛЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) не менее 2/3 от общей длины седловидной части протеза 2) 4,0 мм 3) 5,0 мм 4) не менее 1/3 от общей длины седловидной части протеза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. ОТНОШЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТВЕРДОГО НЕБА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) не касается на 0,5–1,0 мм 2) касается 3) не касается на 1,0–1,5 мм 4) не касается на 1,5–2,0 мм</p>	
<p>33. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <p>1) 1,5 мм 2) 1,0 мм 3) 0,2 мм 4) 0,5 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ТИП АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ПО ЭЛБРЕХТУ), ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖЕН ДИСТАЛЬНЫЙ СДВИГ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) втором 2) первом 3) третьем 4) четвертом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ ЗУБЫ, НА КОТОРЫХ РАСПОЛАГАЮТСЯ КЛАММЕРЫ</p> <p>1) кламмерная 2) диагональная 3) разделительная (межевая) 4) экваторная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. ЧАСТЬ ПЛЕЧА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ПРЕПЯТСТВУЮЩАЯ ВЕРТИКАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЯМ ПРОТЕЗА, РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в ретенционной зоне 2) в зоне поднутрения 3) в окклюзионной зоне 4) в кламмерной зоне</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37. НА ОДИНОЧНО СТОЯЩИЙ МОЛЯР ПРИМЕНЯЮТ КЛАММЕР</p> <p>1) кольцевидный 2) Аккера 3) Роуча 4) Бонвиля</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>38. В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ НАКЛОНЕ ПРЕМОЛЯРОВ В ОРАЛЬНУЮ ИЛИ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ СТОРОНУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ней 3 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. КОЛИЧЕСТВО ВИДОВ КЛАММЕРОВ СИСТЕМЫ НЕЯ РАВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пяти 2) семи 3) девяти 4) десяти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40.ОПОРНАЯ ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоне 2) в зоне поднутрения 3) ретенционной зоне 4) кламмерной зоне 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) между экватором коронки зуба и краем десны 2) между экватором и жевательной поверхностью коронки зуба 3) на экваторе зуба 4) на жевательной поверхности зуба 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42. ПРИ НАНЕСЕНИИ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифт-грифель 2) штифт-нож 3) штифт-анализатор 4) измеритель глубины поднутрения (ретентоскоп) 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. ПРИБОР ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометр 2) гнатодинамометр 3) осциллограф 4) эстезиометр <p>44. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разделительная (межевая) линия 2) продольная ось зуба 3) линия анатомического экватора 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) линия вертикали	
<p>45. ЧАСТЬ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННАЯ МЕЖДУ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоной 2) зоной поднутрения 3) ретенционной зоной 4) кламмерной зоной 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>46. ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) из базисного воска 2) из липкого воска 3) моделировочного воска 4) из бюгельного воска 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>47. ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И АНАЛИЗИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зоной поднутрения 2) окклюзионной зоной 3) ретенционной зоной 4) кламмерной зоной 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>48. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДУБЛИРОВАНИЯ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидроколлоидные 2) альгинатные 3) силиконовые 4) цинкоксидэвгеноловые 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>49. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кобальто-хромовый сплав 2) нержавеющей сталь 3) сплав золота 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) серебряно-палладиевый сплав	
50. ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ СЪЕМНОГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ 1) параллелометра 2) гнатодинамометра 3) реографа 4) осциллографа	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
51. ВЫСОКУЮ ТОЧНОСТЬ КАРКАСАМ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ 1) цельная отливка всего каркаса протеза 2) спаивание элементов протеза 3) смешанный метод их изготовления: 4) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмеров	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
52. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ПЕРЕД ЕЕ ДУБЛИРОВАНИЕМ НЕОБХОДИМО 1) изолировать зоны поднтрений на зубах и альвеолярных отростках 2) обрезать цоколь модели 3) пропитать водой 4) удалить линии, нанесенные на цоколе модели	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
53. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) бюгелит 2) этилсиликат 3) аурит 4) силамин	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
54. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ БОЛЬШОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА И ВЫРАЖЕННОМ ТОРУСЕ ТВЕРДОГО НЕБА 1) окончатая 2) решетчатая 3) подковообразная 4) полная небная пластинка	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
55. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ГЛУБОКОМ ТРАВМИРУЮЩЕМ ПРИКУСЕ И ВКЛЮЧЕННОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ 1) подковообразная 2) решетчатая 3) полная небная пластинка 4) поперечная небная пластинка	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>56. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПОТЕРИ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поперечная небная пластинка 2) полная небная пластинка 3) подковообразная 4) решетчатая 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>57. ФУНКЦИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распределение жевательной нагрузки 2) удержание протеза 3) шинирование зубов 4) непрямая фиксация протеза 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>58. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ КОНЧИКА ФИКСИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШТАТНОГО СТЕРЖНЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измерителя глубины поднутрения (степени ретенции) 2) аналитического 3) графитового 4) указательного 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>59. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) явка на следующий день после наложения протеза, даже если он не будет вызывать неудобств 2) явка на контрольный осмотр через 2 дня 3) явка на контрольный осмотр через 3 дня 4) если пациенту при пользовании протезом не будет больно, то являться необязательно. 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>60. ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхней челюсти и нижней челюсти вместе с протезом 2) обеих челюстей без протеза 3) нижней челюсти без протеза 4) нижней челюсти вместе с протезом 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>61. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выяснение жалоб больного 2) проверка фиксации протеза 3) проверка центральной окклюзии 4) проверка боковых и передней окклюзий 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>62. ПРОВЕРКУ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе) 2) определения высоты нижнего отдела лица 3) введения восковой конструкции в рот 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного 	
<p>63. ПРИ МАЦЕРАЦИИ КОЖИ УГЛОВ РТА БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ ПРОТЕЗОМ С ЗУБАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фарфоровыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица 2) пластмассовыми 3) фарфоровыми 4) пластмассовыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>64. КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на 2/3 длины седла 2) на 1/3 длины седла 3) на 1/2 длины седла 4) на всю длину седла 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. «МРАМОРНОСТЬ» ПЛАСТМАССОВОГО БАЗИСА ПРОТЕЗА ПОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при несоблюдении технологии замешивания пластмассы 2) при истечении срока годности мономера 3) при истечении срока годности полимера 4) при нарушении температурного режима полимеризации 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПРИ НЕИЗБЕЖНОСТИ КОНТАКТА БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОРАЖЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) съемный протез с пластмассовым базисом, покрытым серебром 2) съемный протез с металлическим базисом 3) съемный протез с двухслойным базисом 4) дуговой протез 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ПЛОТНОСТЬ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА КОНТРОЛИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) шпателя 2) разговорной пробы 3) базисного воска 4) силиконового ключа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>68. ФИКСАЦИЮ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ОДНОСТОРОННЕГО КОНЦЕВОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НИЗКИХ КЛИНИЧЕСКИХ КОРОНКАХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ</p> <p><i>1) кламмером Бонвиля</i></p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>2) телескопические коронки 3) кламмером Аккера 4) кламмером четвертого типа Нея</p>	
<p>69. ИЗМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ДУГИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>1) выраженным торусом твердого неба 2) желанием больного 3) формой твердого неба 4) топографией дефектов зубного ряда</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>70. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ШИНИРУЮЩЕГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>1) кламмер Бонвиля 2) кламмер Аккера 3) кламмер Роуча 4) телескопическую коронку</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>71. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ БАЛОЧНУЮ СИСТЕМУ КРЕПЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ШИНИРУЮЩИХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) включенные дефекты зубной дуги 2) молодой возраст пациентов 3) заболевания пародонта 4) высокие клинические коронки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>72. АТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ</p> <p>1) в виде петли, обращенной к десневому краю или жевательной поверхности 2) срединное 3) диагональное 4) в виде прямой линии</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>73. ТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>1) в виде прямой линии 2) в виде петли, обращенной к контактной поверхности 3) низкое 4) волнообразная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>74. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) альгинатные материалы 2) гипс 3) термопластические материалы 4) силиконовые или тиоколовые материалы</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>75. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ПРИ ПОДГОТОВКЕ ГИПСОВОЙ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ГИПС СНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по краям лунок, слегка их закругляя 2) с вестибулярной стороны альвеолярных частей 3) оральной стороны альвеолярных частей 4) вестибулярной и оральной сторон альвеолярных частей 	
<p>76. КОНСТРУКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ЛИТЬЯ СЛОЖНЫХ КОНСТРУКЦИЙ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) материал для огнеупорных моделей 2) медицинского гипса 3) супергипса 4) фосфатцемента 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>77. ПРИ НИЗКИХ КОНВЕРГИРОВАННЫХ МОЛЯРАХ В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ней 5 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>78. ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОТТИСКОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ВАЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба 2) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов 3) точность отображения переходной складки 4) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>79. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ДОПУСТИМО ПРИ ПОТЕРЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от одного до четырех резцов 2) клыка 3) премоляров 4) двух премоляров и одного моляра 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>80. ПРИ ОТСУТСТВИИ ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мостовидным протезом с опорой на премоляр и моляр, искусственной коронкой с опорой на имплантат 2) съемным пластиночным протезом 3) несъемным протезом с односторонней опорой на моляре 4) несъемным протезом с односторонней опорой на 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

премоляре	
<p>81. ДЛ Я ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ НЕСЪЕМНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) безэвгенольные цементы для временной фиксации 2) цинкоксидэвгеноловую пасту (типа «Репин») 3) водный дентин 4) цемент «Унифас» 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>82. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) каркас дугового протеза 2) седло с искусственными зубами 3) опорно-удерживающий кламмер 4) многозвеньевой кламмер 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>83. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) около 1,5 мм 2) 0 мм 3) 0,2 мм 4) 0,5 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>84. УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокий 2) открытый 3) глубокое резцовое перекрытие 4) перекрестный 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>85. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательно 2) в виде седла 3) с промывным пространством (висячая форма) 4) произвольно 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>86. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) паяного 2) любого 3) цельнолитого 4) металлокерамического</p>	
<p>87. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров и на зубном бугорке клыка 2) в области шейки зуба 3) на режущем крае зуба 4) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>88. ПРИ ОДНОСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>1) кламмер Бонвиля или телескопическую коронку 2) кламмер Нея №1 3) кламмер Нея №2 4) кламмер кольцевидный</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>89. ВИДЫ НЕПРЯМОЙ ФИКСАЦИИ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) отросток с накладкой на оральную поверхность передних зубов 2) кольцевой кламмер и плечо Бонихарда 3) многозвеньевые кламмеры (накладки) 4) когтевидные (амбразурные) отростки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>90. ОБЩАЯ ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ПО КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ, НАЗЫВАЕТСЯ ЛИНИЕЙ</p> <p>1) разделительной (межевой) 2) поднутрения 3) обзора 4) анатомического экватора зуба</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>91. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК ПРЕДЛОЖЕН</p> <p>1) Шротом 2) Бонвилем 3) Фошаром 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>92.</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>93.</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

94.	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**

Дисциплина **ортопедическая стоматология**

Раздел **Ортопедическое лечение полной потери зубов**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. УГОЛ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <p>1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется 4) деформируется</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>2. ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА</p> <p>1) язычной поверхности альвеолярной части 2) на вестибулярной поверхности 3) гребня альвеолярной части 4) язычной поверхности альвеолярного отростка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>3. ПЕРВЫЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 3) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 4) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 2) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 3) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах 4) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

бугра, плоское твердое небо, широкий торус	
<p>5. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское твердое небо, широкий торус</p> <p>2) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие</p> <p>3) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус</p> <p>4) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. ВТОРОЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) слизистая оболочка атрофирована, слизистая оболочка покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>2) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7. ТРЕТИЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>2) слизистая оболочка атрофирована, покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ НАГРУЗКУ НА ОТДЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) дифференцированным функциональным</p> <p>2) анатомическим</p> <p>3) разгружающим</p> <p>4) функциональным</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>9. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) 1,5—2,0 мм</p> <p>2) примерно 1,0 мм</p> <p>3) 1,0-1,5 мм</p> <p>4) 2,0-3,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>10. РАЗГРУЖАЮЩИЙ ОТТИСК С БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) «болтающемся» мягком гребне альвеолярного отростка 2) при снижении высоты нижнего отдела лица 3) при резкой атрофии альвеолярных частей 4) при повышенной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРАНИЦУ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ САВВИДИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проходит за буграми верхней челюсти 2) проходит до бугров верхней челюсти 3) перекрывает слепые отверстия на 3-5 мм 4) не доходит до небных ямок 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ГЕРБСТ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четыре 2) пять 3) три 4) две 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ПАССИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врача-стоматолога ортопеда 2) самого пациента 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКА В СТОРОНУ ЩЕКИ ПРИ ПОЛУЗАКРЫТОМ РТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подъязычный край ложки на 1 см от средней линии 2) зона челюстно-подъязычной линии 3) зона между клыками 4) область нижнечелюстных бугорков 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. АКТИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самого пациента 2) врача-стоматолога ортопеда 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКОМ ПО КРАСНОЙ КАЙМЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зона челюстно-подъязычной линии 2) по средней линии с язычной стороны 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) область клыков по вестибулярному краю 4) подъязычный край ложки в зоне 1 см от средней линии</p>	
<p>17. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ СМЕЩЕНИИ ЛОЖКИ ВО ВРЕМЯ ГЛОТАНИЯ И ШИРОКОГО ОТКРЫВАНИЯ РТА</p> <p>1) область клыков; от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии с язычного края и до второго моляра с вестибулярной стороны 2) подъязычная область по средней линии 3) от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии 4) от нижнечелюстного бугорка до второго моляра с вестибулярной поверхности и до челюстно-подъязычной линии с язычной стороны</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. ПРИ КАКИХ ТИПАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОМПРЕССИОННЫЙ ВИД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА</p> <p>1) при первом типе атрофии челюсти по Оксману слизистая оболочка протезного ложа соответствует I классу по Суппле 2) слизистая оболочка протезного ложа верхней челюсти соответствует I классу по Суппле, по средней линии неба расположен сильно выраженный торус 3) слизистая оболочка протезного ложа соответствует II классу Суппле 4) при хорошо выраженной костной основе альвеолярной части в боковых отделах в передней</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением 2) прикусывание слизистой щек 3) углубление естественных складок лица 4) заедание щек</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи, быстрая утомляемость жевательных мышц 2) укорочение верхней губы 3) опущение углов рта 4) углубление носогубных складок</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДИКИ ВНУТРИРОТОВОГО ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВАЛИКОВ ПО МЕТОДУ КАТЦА-ГЕЛЬФАНДА</p> <p>1) индивидуальное оформление окклюзионных валиков 2) точная запись сагиттального суставного пути 3) точная запись резцового сагиттального пути 4) возможность точного определения центрального положения нижней челюсти</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) Васильев 2) Рубинов 3) Гельман 4) Гизи</p>	
<p>23. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СФЕРИЧЕСКОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) выраженное прогеническое соотношение челюстей 2) глубокий прикус 3) перекрестный прикус 4) значительное обнажение альвеолярного отростка при улыбке</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) резцовый сосочек 2) большая небная складка 3) срединная линия 4) линия, проходящая через крыло носа</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) наружный край большой небной складки 2) внутренний край большой небной складки 3) резцовый сосочек 4) линия, проходящая через углы рта</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОВЕРКИ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) проверка постановки зубов в артикуляторе или окклюдаторе 2) проверка гипсовых моделей челюстей 3) проверка воскового шаблона с зубами в полости рта 4) визуальный осмотр восковой конструкции протеза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ СОСТОИТ ИЗ</p> <p>1) пяти этапов 2) двух этапов 3) трех этапов 4) четырех этапов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. ПЕРЕКРЕСТНАЯ ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ</p> <p>1) мезиальном прикусе 2) прямом соотношении беззубых челюстей 3) перекрестном соотношении беззубых челюстей</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) глубоко прикусе	
<p>30. РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ, СТАЧИВАНИЕ ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ МИНИМАЛЬНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ВЕРХНИМИ И РАСШИРЕНИЕ БОРОЗДОК МЕЖДУ ЩЕЧНЫМИ БУГРАМИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямом соотношении беззубых челюстей 2) перекрестном соотношении беззубых челюстей 3) мезиальном соотношении беззубых челюстей 4) дистальном соотношении беззубых челюстей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ ПОСТАНОВКУ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхнюю зубную дугу укорачивают на один второй премоляр 2) ставят только по одному премоляру на нижней челюсти вместо двух 3) ставят зубы в разной окклюзии 4) создают минимальное перекрытие верхними зубами нижних 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРАВИЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ КОНТРОЛИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разговорной пробы 2) шпателя 3) микрометра 4) субъективных ощущений пациента 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВЫХ МОДЕЛЕЙ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОБНАРУЖЕНЫ ЩЕЛЬ МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ И БЕСПОРЯДОЧНЫЙ КОНТАКТ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ, ТО СЛЕДУЕТ КОНСТАТИРОВАТЬ, ЧТО БЫЛА ЗАФИКСИРОВАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передняя окклюзия 2) боковая окклюзия 3) прикусной шаблон опрокинулся при смыкании 4) произошла деформация воскового шаблона при определении центрального соотношения челюстей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРОТЕЗА ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ПРОИЗОШЛА ОШИБКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ТО ПОСТУПАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удаляют зубы с нижнего воскового базиса и заново определяет центральное соотношение 3) удаляют зубы с верхнего воскового базиса 4) удаляют зубы как с верхнего, так и с нижнего восковых базисов, 5) никаких изменений в этом случае не проводят 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ПРИПАСОВКУ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химического карандаша, копировальной бумаги 2) химического карандаша 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) гипса 4) копировальной бумаги</p>	
<p>36. ЭТАП ПРИПАСОВКИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ</p> <p>1) с оценки качества изготовления пластмассового базиса с искусственными зубами 2) с определения высоты нижнего отдела лица 3) с оценки качества изготовленной гипсовой модели в окклюдаторе 4) с оценки границ протеза в полости рта</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37. ПРОВЕРКУ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p> <p>1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе) 2) определения высоты нижнего отдела лица 3) введения восковой конструкции в рот 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38. НА КАЧЕСТВО ФИКСАЦИИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ</p> <p>1) челюстно-подъязычная 2) подбородочная 3) опускающие угол рта 4) наружная крыловидная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА, ПРОТЕЗИРУЕТСЯ ВПЕРВЫЕ. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОБЕ ЧЕЛЮСТИ ИСПЫТЫВАЕТ БОЛИ. БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ ПРИ ОСМОТРЕ И ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖИТЬ НЕ УДАЕТСЯ. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА</p> <p>1) использовать методику выявления зон повышенного давления базиса на слизистую оболочку и провести коррекцию протеза 2) объяснить больному наличие болевых ощущений явлениями адаптации к протезам и пригласить на повторный прием через несколько дней 3) убедить больного в неизбежности таких явлений, которые со временем исчезают и не требуют коррекции протеза из-за отсутствия видимых изменений слизистой оболочки под протезами 4) провести коррекцию артикуляции зубных рядов копировальной бумагой,</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1) врачом в полости рта 2) зубным техником на модели 3) врачом на модели 4) врачом сначала на модели и затем в полости рта</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТМЕЧАЕТСЯ СГЛАЖЕННОСТЬ НОСО-ГУБНЫХ И ПОДБОРОДОЧНОЙ СКАДОК, СТУК ЗУБОВ. ЭТО ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) повышением высоты прикуса 2) снижением высоты прикуса 3) центральной окклюзией 4) боковой окклюзией 	
<p>42. ПРИ НАЛОЖЕНИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖЕНИЕ ОШИБОК, ПРОПУЩЕННЫХ ВРАЧОМ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение или увеличение межальвеолярного расстояния, балансирование протеза 2) зафиксированные боковая или передняя окклюзии 3) несоответствие протеза границам протезного ложа 5) восстановление дикции 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. КОГДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на следующие сутки 2) не следует назначать 3) через 3 дня 4) через неделю 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>44. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭЛАСТИЧНОЙ ПОДКЛАДКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышенной чувствительности тканей протезного ложа к давлению 2) временные лечебные и непосредственные полные съемные протезы 3) при резкой атрофии альвеолярных частей 4) ксеростомии 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>45. НАЗОВИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПО УХОДУ ЗА ПРОТЕЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) чистить после каждого приема пищи 2) чистить один раз в день 3) хранить в баночке с физиологическим раствором 4) обрабатывать спиртом раз в день 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>46. СРЕДНИЙ СРОК СЛУЖБЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 – 5 лет 2) 1,5 – 3 года 3) 1 – 1,5 года 4) 5 - 10 лет 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>47. НЕГАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) декубитальная язва 2) парниковый эффект 3) эффект медицинской кровососной банки 4) аллергические стоматиты 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>48. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ТОКСИЧЕСКОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химические и бактериальные 2) аллергические 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) травматические 4) парниковый эффект</p>	
<p>49. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА. ЖАЛОБЫ ОТСУТСТВУЮТ. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЕНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ И НЕСООТВЕТСТВИЕ БАЗИСА ПРОТЕЗА ТКАНЯМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА. КАКАЯ ВАША ТАКТИКА</p> <p>1) переделать протез 2) отпустить пациента 3) перебазировать протез 4) использовать старый протез в качестве индивидуальной ложки при изготовлении нового</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>50. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА. ЖАЛОБЫ НА БАЛАНСИРОВАНИЕ ПРОТЕЗА, ДИСКОМФОРТ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ. ВАША ТАКТИКА</p> <p>1) переделать протез или перебазировать его 2) отпустить пациента 3) использовать старый протез в качестве индивидуально ложки при изготовлении нового 4) предложить использовать средства для улучшения фиксации протеза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>51. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРНИКОВОГО ЭФФЕКТА</p> <p>1) нарушение терморегуляции слизистой оболочки под базисом и малая теплопроводность материала, из которого сделан протез 2) аллергические свойства пластмассы 3) наличие избыточного давления протеза на слизистую оболочку 4) неправильный уход за протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>52. ПРИЧИНЫ ЗАМЕНЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <p>1) ускоренные процессы атрофия костной ткани, снижение жевательной эффективности 2) замедленные процессы атрофия костной ткани 3) особенности материала из которого сделан протез 4) часто неправильный уход (или его отсутствие) пациента за протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>53. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) выяснение жалоб больного 2) проверка фиксации протеза 3) проверка центральной окклюзии 4) проверка боковых и передней окклюзий</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>54. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБУЮ ЧЕЛЮСТЬ</p> <p>1) 1,5—2,0 мм 2) примерно 1,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) 1,0-1,5 мм 4) 2,0-3,0 мм</p>	
<p>55. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК</p> <p>1) пластмассы холодной полимеризации, светоотверждаемые пластмассы 2) эластичные пластмассы 3) компомеры нейлон</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>56. К БИОМЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) крепление протезов при помощи внутрикостных имплантатов 2) утяжеление протезов 3) использование магнитов присасывающие камеры</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>57. К БИОФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) создание краевого замыкающего клапана 2) утяжеление протеза 3) анатомическая ретенция 4) применение поднадкостничных магнитов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>58. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением 2) прикусывание слизистой щек 3) углубление естественных складок лица 4) заедание щек</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>59. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ</p> <p>1) анатомо-функциональный 2) антропометрический метод 3) с помощью циркуля золотого сечения 4) на основании изучения фотографий больного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>60. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ (ОККЛЮЗИОННОЙ) ПЛОСКОСТИ ВЕРХНЕГО ПРИКУСНОГО ШАБЛОНА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ СЛУЖИТ</p> <p>1) зрачковая линия 2) носоушная линия и линия улыбки 3) носоушные линия 4) поверхность нижнего валика</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>61. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) сглаженность носогубных и подбородочной складок 2) углубление носогубной складки 3) удлинение нижнего отдела лица 4) потеря жевательных зубов</p>	
<p>62. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи и быстрая утомляемость жевательных мышц 2) укорочение верхней губы 3) опущение углов рта 4) углубление носогубных складок</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>63. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ФОРМОЙ ЛИЦА БЫЛА УСТАНОВЛЕНА</p> <p>1) Вильямсом 2) Шпее 3) Нельсоном 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>64. ПО СПОСОБУ КРЕПЛЕНИЯ К БАЗИСУ ПРОТЕЗА ИСКУССТВЕННЫЕ ФАРФОРОВЫЕ ЗУБЫ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>1) диаторические 2) на приточке 3) на искусственной десне 4) трубчатые</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p> <p>1) Васильев 2) Рубинов 3) Гельман 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ЗАГЛАЖИВАНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ В ОБЛАСТИ УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ СО СНЯТИЕМ ГИПСА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1) в переднем участке верхней челюсти 2) переднем участке нижней челюсти</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

3) боковых отделах верхней челюсти 4) боковых отделах нижней челюсти	
68. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ, КАКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЧИТАЕТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ 1) на первые сутки 2) на первые-вторые сутки 3) в первую неделю 4) в первый месяц	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

NB! Во всех представленных тестах правильный ответ «а».

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ОРДИНАТУРА)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса				
Н	-	001				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ				
У	-	<p>Больной С. 50 лет, обратился с жалобами на нарушение внешнего вида вследствие уменьшения высоты коронок зубов, на чувство онемения в деснах, боль в жевательных мышцах по утрам, на привычку сжимать зубы. Объективно: высота нижней трети лица снижена, носогубные и подбородочные складки выражены, углы рта опущены, отмечается симметричное утолщение в области угла и ветви нижней челюсти, при пальпации тонус жевательных мышц увеличен, выявляется наличие болезненных точек по переднему краю собственно жевательных мышц справа и слева.</p> <p>Зубная формула:</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345670</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">07654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> </table> <p>Прикус прямой. Клинические коронки всех зубов интактны, жевательные поверхности боковых и режущие края передних стерты на 1/2 высоты. Межжюкклюзионное пространство – 7 мм.</p>	87654321	12345670	07654321	12345678
87654321	12345670					
07654321	12345678					
В	1	Поставьте диагноз.				
Э	-	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2, по Грозовскому - горизонтальная)				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указана локализация процесса.				
P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
В	2	Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?				
Э	-	КлКТ ВНЧС 16*16, аксиография, электромиография, миотонометрия				
P2	-	Дополнительные методы исследования указаны верно.				
P1	-	Дополнительные методы исследования указаны не полностью. Часть дополнительных методов не названа или обозначена неверно.				
P0	-	Дополнительные методы исследования указаны неверно.				
В	3	Составьте план ортопедического лечения.				
Э	-	<p>1. Изготовление окклюзионной каппы с целью нормализации положения головок ВНЧС и расслабления мышц.</p> <p>2. Изготовление временных пластмассовых искусственных коронок с целью восстановления межальвеолярной высоты и нормализации окклюзии.</p>				

		3. Изготовление постоянных искусственных коронок.				
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.				
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью, отсутствует несколько этапов.				
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.				
H	-	002				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ				
У	-	<p>Больная Н. 55 лет обратилась в клинику с целью протезирования.</p> <p>Объективно: высота нижней трети лица снижена, носогубные и подбородочные складки выражены, углы рта опущены.</p> <p>Зубная формула:</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00054321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00054321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345000</td> </tr> </table> <p>Прикус прямой. Выявляется стираемость клинических коронок оставшихся зубов до дентина. Определяется патологическая подвижность I степени всех премоляров. Состояние альвеолярных отростков в области отсутствующих зубов соответствует второму типу по классификации Эльбрехта. Межжюклизонное пространство 10 мм.</p>	00054321	12345000	00054321	12345000
00054321	12345000					
00054321	12345000					
В	1	Поставьте диагноз.				
Э	-	<p>Частичная потеря зубов верхней челюсти; частичная потеря зубов нижней челюсти (по Кеннеди 1кл, по Гавилову 2кл, по Жулёву 2кл, 4подкл).</p> <p>Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2).</p>				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.				
P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.				
Э	-	С формами патологической стираемости: с компенсированной, с субкомпенсированной и локализованной.				
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно.				
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью: указаны не все диагнозы.				
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно.				
В	3	Составьте план ортопедического лечения.				

Э	-	1. Протезировать зубы верхней и нижней челюстей искусственными коронками, объединенными в блок с целью шинирования. 2. Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти частичными съемными протезами или искусственными коронками с опорой на имплантаты.				
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.				
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.				
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.				
Н	-	003				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ				
У	-	<p>Больная А.45 лет, обратилась в клинику с целью протезирования. Объективно: высота нижней трети лица уменьшена, носогубные и подбородочная складки выражены, углы рта опущены. При открывании рта отмечается смещение нижней челюсти влево. При пальпации ВНЧС слева определяются щелчки в начале фазы открывания рта. На томограмме ВНЧС: выявлено сужение задне -верхнего отдела суставной щели слева. Зубная формула:</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">07654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345670</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">80054321</td> <td style="padding: 0 10px;">12300000</td> </tr> </table> <p>Глубокое резцовое перекрытие. Клинические коронки оставшихся зубов стертые до 1/2 их высоты. Свободное межокклюзионное пространство составляет 9мм.</p>	07654321	12345670	80054321	12300000
07654321	12345670					
80054321	12300000					
В	1	Поставьте диагноз.				
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (по Кенеди 1кл, по Жулёву 2кл, 5подкл) Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2) Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация процесса.				
P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
В	2	Объясните патогенез заболевания.				
Э	-	Причина – частичная потеря зубов нижней челюсти.				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указаны основные звенья патогенеза.				

P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
B	3	Составьте план ортопедического лечения.				
Э	-	1.Протезировать нижнюю челюсть частичным съёмным протезом с целью нормализации положения нижней челюсти. 2.Протезировать зубы верхней и нижней челюсти временными пластмассовыми коронками. 3.Протезировать зубы верхней и нижней челюсти металлокерамическими коронками. 4.Протезировать зубы нижней челюсти металлокерамическими коронками с опорой на имплантаты или частичным съёмным протезом.				
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.				
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.				
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.				
H	-	004				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ				
У	-	Больной Д. 25 лет, обратился в клинику с жалобами на повышенную чувствительность зубов к температурным и химическим воздействиям. Из анамнеза – работает на цементном производстве. Объективно: высота нижней трети лица не изменена. Зубная формула: <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">87654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345670</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">07654321</td> <td style="padding: 0 10px;">12345678</td> </tr> </table> Прикус ортогнатический. Отмечается стираемость клинических коронок зубов до дентина.	87654321	12345670	07654321	12345678
87654321	12345670					
07654321	12345678					
B	1	Поставьте диагноз.				
Э	-	Генерализованная компенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 1кл).				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.				
P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
B	2	Объясните патогенез заболевания.				

Э	-	Профессиональная вредность – работа на заводе (цемент + ротовая жидкость = абразив)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указано основное звено патогенеза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план ортопедического лечения.
Э	-	Протезировать зубы верхней и нижней челюсти искусственными коронками.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	005
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику ортопедической стоматологии обратился больной с жалобами на нарушение функции жевания и речи. Из анамнеза установлено, что 2 года назад он перенес травму мягких тканей, окружающих ротовое отверстие. При внешнем осмотре выявлено наличие рубцов мягких тканей, деформирующих ротовое отверстие. Открывание рта ограничено до 17 мм. Установлено, что у пациента на нижней челюсти полная потеря зубов (I тип по Оксману), на верхней челюсти частичная потеря зубов (2 класс по Е.И. Гаврилову), отсутствуют 14, 12, 25, 26. Сохранившиеся зубы имеют подвижность первой степени. Воспаление краевого пародонта оставшихся зубов не выявлено.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Полная потеря зубов нижней челюсти (I тип по Оксману). Частичная потеря зубов верхней челюсти (2 класс по Е.И. Гаврилову). Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Укажите особенности ортопедического лечения больного.
Э	-	При снятии оттиска используют частичные оттискные ложки/ детские ложки; сначала вносят в полость рта оттискную массу, затем ложку; при регистрации центрального соотношения челюстей используют силиконовый материал или восковые шаблоны с уменьшенными валиками, при выборе ортопедической конструкции – разборный/шарнирный протез, сужение искусственных зубных дуг, уменьшение размеров базиса.
P2	-	Особенности ортопедического лечения указаны верно.
P1	-	Особенности ортопедического лечения указаны не полностью.
P0	-	Особенности ортопедического лечения указаны неверно.
Н	-	006
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 30 лет, с жалобами на деформацию правой ушной раковины. Из анамнеза установлено, что 6 месяцев назад она попала в автомобильную аварию. Последствием травмы была потеря наружной части ушной раковины. При внешнем осмотре выявлены рубцы оставшихся мягких тканей.
В	1	Составьте план лечения больного.
Э	-	Консультация челюстно-лицевого хирурга, лора. Протезировать правую ушную раковину экзопротезом из эластичной пластмассы.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	007
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 38 лет, в связи предстоящей резекцией правой половины верхней челюсти и удалением правого глазного яблока. При внешнем осмотре выявлена деформация верхней челюсти справа. При осмотре полости рта: зубы устойчивы, состояние краевого пародонта зубов в норме. На нижней челюсти справа – штампованно-паяный мостовидный протез с опорой на 44, 47; слева одиночная штампованная коронка на 37. Прикус ортогнатический.

В	1	Какое ортопедическое лечение показано у данной пациентки?
Э	-	Протезировать верхнюю челюсть и правое глазное яблоко комбинированным челюстно-лицевым протезом.
P2	-	Ответ указан верный.
P1	-	Ответ указан неполный, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверный.
В	2	Особенность фиксации протеза верхней челюсти.
Э	-	Фиксация за счет анатомической ретенции, кламмерной системы, телескопической системы, очковой оправы.
P2	-	Ответ указан верный.
P1	-	Ответ указан неполный, названы не все особенности.
P0	-	Ответ указан неверный.
Н	-	008
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику ортопедической стоматологии обратился больной 65 лет, в связи с предстоящей резекцией всей нижней челюсти. При внешнем осмотре выявлена деформация тела нижней челюсти. При осмотре полости рта: на верхней челюсти полная потеря зубов, пациент пользуется полным съемным пластиночным протезом.
В	1	Какое ортопедическое лечение показано в данном случае в связи с предстоящей резекцией нижней челюсти по поводу онкозаболевания?
Э	-	Протезирование резекционным протезом после удаления всей нижней челюсти.
P2	-	Ответ указан верный.
P1	-	Ответ указан неполный, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверный.
В	2	Технология непосредственного резекционного протеза?
Э	-	До операции снимают оттиски верхней и нижней челюстей, отливают модели, загипсовывают в окклюдатор, производят фантомную резекцию и изготавливают протез. Его фиксируют спиральными пружинами или отталкивающимися магнитами. Магниты устанавливаются на протезах верхней и нижней челюстей в области жевательных зубов с обеих сторон. Группу передних зубов делают в виде съемного блока.
P2	-	Технология указана верно.

P1	-	Технология указана не полностью.
P0	-	Технология указана неверно.
Н	-	009
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент А., 47 лет, с жалобами на попадание жидкости из полости рта в полость носа при приеме пищи. Из анамнеза установлено, что больной находится на учете в кожно-венерологическом диспансере по поводу третичного сифилиса. При осмотре полости рта: на твердом небе в средней трети имеется дефект округлой формы 1,5 на 1 см; отсутствие 15, 16, 25, 26. Сохранившиеся зубы устойчивы, воспаление краевого пародонта не выявлено.
В	1	Составьте план ортопедического лечения?
Э	-	Протезировать дефект твердого неба дуговым протезом с кламмерной системой фиксацией и obturating part.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие оптимальные варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
В	2	Дайте обоснование наиболее оптимальной конструкции obturating part протеза?
Э	-	Дефект твердого неба располагается в средней трети, имеются отсутствующие зубы 15,16,25,26.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью.
P0	-	Ответ указан верно.
Н	-	010
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 50 лет обратился в стоматологическую клинику по поводу

		затруднений в пережевывании пищи и подвижности зубов. Зубная формула: <u>00004320/12340000</u> <u>00004300/02340000</u> При осмотре выявлена подвижность всех зубов 3 степени. При обследовании слизистой оболочки полости рта обнаружен повышенный рвотный рефлекс в области задних отделов твердого нёба и слизистых бугорков. На ортопантограмме отмечается вертикальный тип резорбции альвеолярного отростка. Клыки имеют атрофию альвеол на 2/3, остальные зубы – более 2/3. Пациент не имеет опыта протезирования.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти. Частичная потеря зубов нижней челюсти. Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план подготовки к протезированию.
Э	-	Консультация врача стоматолога-хирурга с целью удаления зубов на верхней и нижней челюсти и последующей имплантацией.
P2	-	План подготовки к протезированию указан верно.
P1	-	План подготовки к протезированию указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План подготовки к протезированию указан неверно.
В	3	Составьте план протезирования.
Э	-	Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти полными съёмными протезами или только на период остеоинтеграции имплантатов. Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	011
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Пациент 70 лет обратился в клинику по поводу протезирования с жалобами на отсутствие 31 и 32 зубов. Зубы были удалены 1 месяц назад вследствие травмы. Ранее не протезирован.</p> <p>Объективно: лицо симметричное, открывание рта свободное. Симптомов нарушения функции ВНЧС нет.</p> <p>Зубная формула: <u>07654321/12345670</u> 07654321/00345000</p> <p>Боковые зубы удалены более 15 лет назад по поводу осложненного кариеса. Деформации зубных рядов не наблюдается.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Кеннеди, 6 класс по Гаврилову, 3 класс 3 подкласс по Жулёву).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите возможные варианты протезирования.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.1; 3.2; 3.6; 3.7 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 2. Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.1; 3.2 мостовидным протезом с опорой на 3.3; 4.1; 4.2; в области зубов 3.6; 3.7 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 3. Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.1; 3.2 мостовидным протезом с опорой на 3.3; 4.1; 4.2; в области зубов 3.6; 3.7 малым седловидным протезом. 4. Протезировать нижнюю челюсть частичным съёмным протезом.
P2	-	Возможные варианты протезирования указаны верно.
P1	-	Возможные варианты протезирования указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Возможные варианты протезирования указаны неверно.
Н	-	012
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 62 лет обратился в клинику с жалобами на боли и подвижность 14 и 44. Из анамнеза выяснено, что 2 года назад ему было произведено удаление большинства зубов на верхней и нижней челюсти, и спустя 2 недели после удаления были изготовлены 2 съёмных пластиночных протеза. Никаких указаний по повторному обращению ему не давали.</p> <p>Объективно: лицо симметрично, подбородочные и носогубные складки</p>

		<p>умеренно выражены. Зубная формула: 0 0 0 0 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 7 0 0 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 7 0</p> <p>Соотношение челюстей ортогнатическое. Все зубы имеют подвижность 1 степени. В положении центральной окклюзии плотно смыкаются только 14 и 44.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти. Частичная потеря зубов нижней челюсти. Генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Каким должно было быть правильное ведение пациента после первичного протезирования.
Э	-	На этапе припасовки и наложения протеза необходимо проверить правильность положения всех элементов протеза, качество фиксации, точность границ базиса, необходимо проверить характер смыкания зубных рядов во всех видах окклюзии. Дать рекомендации о правилах пользования протезом. Назначить пациента на осмотр на следующий день для контроля и проведения коррекции протеза. При возникновении болезненности целесообразно явиться ко врачу для коррекции протеза.
P2	-	Ведение пациента после первичного протезирования указано верно.
P1	-	Ведение пациента после первичного протезирования указано не полностью, нет ключевых пояснений.
P0	-	Ведение пациента после первичного протезирования указано неверно.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	<p>1. Провести избирательное пришлифовывание зубов 1.4; 4.4., перебазировку протезов по необходимости, коррекцию окклюзионных взаимоотношений с имеющимися протезами. Дать рекомендации.</p> <p>2. Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти новыми частичными съемными протезами с кламмерной системой фиксации.</p>
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	013

Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза																																		
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности																																		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ																																		
У	-	<p>Пациент 67 лет обратился в клинику по поводу повторного протезирования. Из анамнеза выяснено: на нижней челюсти справа 47 и 48 были удалены более 10 лет назад, 45 и 46 около двух лет назад. Около года назад протезировался дуговым протезом на нижнюю челюсть с кламмерной фиксацией на 44, 35 и 36, однако, пользоваться им не смог, из-за болезненности под базисом протеза. Многократные коррекции базиса улучшения не принесли.</p> <p>Объективно: зубная формула</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> <p>Имеется выраженная атрофия беззубого альвеолярного отростка. Зубной ряд верхней челюсти интактный. В положении центральной окклюзии 18 касается слизистого бугорка на нижней челюсти справа. Имеется оголение корней 18 с небной поверхности на 8 мм.</p>	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	0	0	0	0	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																				
0	0	0	0	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																				
В	1	Поставьте диагноз.																																		
Э	-	<p>Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Кеннеди, 1 класс по Гаврилову, 2 класс 3 подкласс по Жулёву).</p> <p>Деформация зубного ряда верхней челюсти (зубоальвеолярное удлинение - 2 класс по Пахомовой, декомпенсированная форма).</p>																																		
P2	-	Диагноз поставлен верно.																																		
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.																																		
P0	-	Диагноз поставлен неверно.																																		
В	2	В чём заключалась ошибка при первичном протезировании.																																		
Э	-	Неправильный выбор ортопедической конструкции.																																		
P2	-	Ответ указан верно.																																		
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие причины.																																		
P0	-	Ответ указан неверно.																																		
В	3	Составьте план подготовки к протезированию																																		
Э	-	Консультация врача стоматолога-хирурга с целью удаления зуба 1.8 и имплантации зубов 4.5; 4.6; 4.7																																		
P2	-	План подготовки к протезированию составлен верно.																																		
P1	-	План подготовки к протезированию составлен не полностью: не указана локализация процесса.																																		
P0	-	План подготовки к протезированию составлен неверно.																																		

Н	-	014
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная, 55 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов. Из анамнеза выявлено, что больная страдает гипертонической болезнью, вегето-сосудистой дистонией, язвенной болезнью желудка. Испытывает страх перед стоматологическими манипуляциями.</p> <p>Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица не изменена. Зубная формула: отсутствуют 35, 44, 45. 36 под пломбой, располагающейся на окклюзионной и дистальной контактных поверхностях, лечен 20 лет назад. На рентгенограмме – медиальные каналы запломбированы не до верхушки, в области медиального корня 36 разрежение костной ткани с четкими контурами, диаметром 3 мм. Изменений в области дистального корня нет, канал запломбирован до верхушки, равномерно на всем протяжении.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (3 класс по Кеннеди, 4 класс по Гаврилову, 2 класс 2 подкласс по Жулёву). Дефект твердых тканей 3.6. (2 класс по Блеку, 3 класс по Жулёву)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	<p>Если зуб 3.6 удалось перелечить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Протезировать нижнюю челюсть в области 3.6 искусственной коронкой с опорой на искусственную культю со штифтами; в области 35, 44, 45 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 2. Протезировать нижнюю челюсть в области 4.4; 4.5 мостовидным протезом с опорой на 4.6; 4.3; в области 3.5 мостовидным протезом с опорой на 3.4 и искусственную культю со штифтами 3.6. <p>Если зуб 3.6 был удален:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Протезировать нижнюю челюсть в области 3.5, 3.6, 4.4, 4.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 2. Протезировать нижнюю челюсть в области 4.4; 4.5 мостовидным протезом с опорой на 4.6; 4.3; в области 3.5; 3.6 мостовидным протезом с опорой на 3.3; 3.4; 3.7. 3. Протезировать нижнюю челюсть частичным съемным протезом.

P2	-	План лечения составлен верно.
P1	-	План лечения составлен не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План лечения составлен неверно.
H	-	015
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент С., 19 лет, обратился в клинику с целью протезирования, отсутствующего 11. Зуб удален полгода назад по поводу продольного перелома корня в результате травмы. Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица не изменена. 12 и 21 наклонены в сторону дефекта, зубы интактные. Расстояние между 12 и 21 составляет 7мм, ширина 21 – 9мм.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти (4 класс по Кеннеди, 1 класс 1 подкласс по Жулёву). Деформация зубного ряда верхней челюсти.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите возможные варианты ортопедического лечения.
Э	-	1. После предварительного ортодонтического и хирургического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 искусственной коронкой с опорой на имплантат. 2. После предварительного ортодонтического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 мостовидным протезом с опорой на 12 и 21. 3. После предварительного ортодонтического лечения протезировать верхнюю челюсть в области 1.1 малым седловидным протезом.
P2	-	Варианты ортопедического лечения указаны верно.
P1	-	Варианты ортопедического лечения указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Варианты ортопедического лечения указаны неверно.
H	-	016
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
И	-	
У	-	<p>Пациенту 40 лет. Зубная формула: $\frac{7654321}{7600321}$/$\frac{1234567}{1234567}$</p> <p>Врач планирует протезирование металлокерамическим протезом с опорой на 43, 46. Под торусальной анестезией Ultracaini –1,8ml зубы подготовлены под металлокерамические коронки с уступом. При снятии двойного оттиска корригирующим материалом «Экзафлекс» из-за резкого позыва на рвоту пациент самостоятельно вывел оттиск из полости рта. Четкость оттиска протезного ложа была хорошая, по оттиску изготовлена рабочая модель. Через 5 дней пациент предъявил жалобы на боли от температурных раздражителей, усиливающиеся к вечеру. При проверке каркаса возникли трудности с наложением, кровоточивость десневого края.</p>
В	1	Какие ошибки допустил врач?
Э	-	<p>Получение некачественного оттиска, произошла его деформация при выведении из полости рта.</p> <p>Препарирование зубов без водяного охлаждения.</p> <p>Не были изготовлены временные искусственные коронки на 43, 46.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: указаны не все ошибки.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Какие оттискные материалы используются при протезировании металлокерамическими протезами?
Э	-	Силиконовые, полиэфирные оттискные материалы.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие материалы.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Почему не накладывается каркас?
Э	-	<p>Был получен некачественный оттиск, соответственно неточные модели.</p> <p>Не были изготовлены временные коронки, маргинальная десна закрыла область уступов.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	017
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При проверке паяного мостовидного протеза у врача возникли трудности с наложением конструкции. На предыдущем приеме коронки накладывались на опорные зубы в соответствии с требованиями.
В	1	Укажите возможные причины?
Э	-	На этапе получения оттиска вместе с коронками было смещено их положение в слепке, что повлекло за собой спайку тоже в неправильных частях. Также ошибки могут быть лабораторные на любом из этапов.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Как исправить данную ошибку?
Э	-	Распилить протез, наложить в полость рта, заново снять слепок. Распилить протез, наложить в полость рта, соединить быстротвердеющей пластмассой и отдать в лабораторию на модели. При необходимости коронки изготавливаются новые.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие варианты исправления данной ошибки.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	018
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие 24. Объективно: отсутствует 24, на мезиальной поверхности 25 и дистальной поверхности 23 кариозные полости. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе. Перкуссия безболезненна.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти (3 класс по Кеннеди, 3 класс по

		Гаврилову, 2 класс 1 подкласс по Жулёву). Дефект твердых тканей 2.3; 2.5 (3 класс по Жулёву).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Рентгеновское исследование (КлКТ), ЭОД
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью, не указаны другие методы.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны неверно.
B	3	Составьте план ортопедического лечения.
Э	-	1.Протезировать верхнюю челюсть в области 2.4 мостовидным протезом с опорой на 2.3; 2.5. 2.Протезировать верхнюю челюсть в области 2.3; 2.5 керамическими вкладками; в области 2.4 искусственной коронкой с опорой на имплантат.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
B	4	Какие опорные элементы мостовидного протеза можно использовать.
Э	-	Вкладки, коронки
P2	-	Опорные элементы указаны верно.
P1	-	Опорные элементы указаны не полностью: не указаны другие элементы.
P0	-	Опорные элементы указаны неверно.
B	5	Укажите возможные осложнения при применении различных опорных элементов мостовидных протезов.
Э	-	При применении вкладок: рецидив кариеса, травма пародонта, чувствительность зубов. При применении коронок: травма пародонта, травматический пульпит, ятрогенный пульпит.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие осложнения.
P0	-	Ответ указан неверно.
H	-	019

Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 25 лет обратился в клинику с жалобами на повышенную чувствительность зубов при приеме пищи.</p> <p>Из анамнеза выявлено: 2 года назад пациент перенес сильное эмоциональное потрясение.</p> <p>При осмотре: пропорции лица не изменены, подбородочные и носогубные складки выражены умеренно.</p> <p>Зубная формула: все зубы сохранены.</p> <p>Прикус прямой. На окклюзионной поверхности всех зубов имеются фасетки стирания, в виде кратерообразных выемок с острыми краями эмали. Десна в области зубов в пределах нормы.</p> <p>Межокклюзионное расстояние – 5 мм. Пальпация собственно жевательных мышц болезненна.</p>
В	1	Нуждается ли больной в дополнительном обследовании?
Э	-	Да, нуждается. КЛКТ ВНЧС, аксиография, миоэлектромиография.
Р2	-	Ответ указан верно.
Р1	-	Ответ указан не полностью, часть дополнительных методов не названа.
Р0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2)
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация процесса.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	<p>1. Изготовление окклюзионной каппы с целью нормализации положения головок ВНЧС и расслабления мышц.</p> <p>2. Изготовление временных пластмассовых искусственных коронок с целью восстановления межальвеолярной высоты и нормализации окклюзии.</p> <p>3. Изготовление постоянных искусственных коронок.</p>
Р2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
Р1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью, отсутствует несколько этапов.
Р0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.

Н	-	020
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 55лет жалуется на изменение внешнего вида и нарушение жевания. Объективно: лицо симметрично, подбородочные и носогубные складки выражены, углы рта опущены. Зубная формула: отсутствуют 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47. Прикус глубокое резцовое перекрытие. Коронки 31,32,33,41,42,43 зубов стертые на половину высоты коронок, межокклюзионное расстояние 8 мм. 17, 16, 26, 27 зубы расположены ниже окклюзионной плоскости на 2 мм. Нижняя треть лица снижена.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (1 класс по Кеннеди; 2 класс по Гаврилову; 2 класс 4 подкласс по Жулёву). Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2) Деформация зубного ряда верхней челюсти (зубоальвеолярное удлинение).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	1.Протезировать нижнюю челюсть в области 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47 временным частичным съёмным пластиночным протезом с целью нормализации положения нижней челюсти. 2.Протезировать нижнюю челюсть в области 31,32,33,41,42,43 временными пластмассовыми коронками с целью нормализации высоты прикуса. 3.Протезировать 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 4.Протезировать нижнюю челюсть в области 31,32,33,41,42,43 металлокерамическими коронками.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
В	3	Наличие каких этиологических факторов способствовало развитию данной патологии?
Э	-	Потеря жевательных зубов на нижней челюсти привела к функциональной перегрузке оставшихся зубов на нижней челюсти, в результате этого 31,32,33,41,42,43 подверглись патологической стираемости. Зубы 17, 16, 26, 27 стали ниже окклюзионной плоскости в связи с отсутствием зубов-

		антагонистов.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, часть этиологических факторов не названа.
P0	-	Ответ указан неверно.
H	-	021
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 65 лет впервые обратился в клинику с целью протезирования. Объективно: лицо симметричное, подбородочная и носогубные складки выражены, углы рта опущены. Зубная формула: сохранены 11, 13, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 41, 42, 43, 44. Прикус прямой. Коронки сохранившихся зубов стерты до контактных пунктов. Высота нижней трети лица снижена на 3 мм. Зубы устойчивы.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти (1 класс по Кеннеди, 6 класс по Гаврилову, 3 класс 4 подкласс по Жулёву). Частичная потеря зубов нижней челюсти (1 класс по Кеннеди, 2 класс по Гаврилову, 2 класс 4 подкласс по Жулёву). Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что явилось причиной данного заболевания у больного?
Э	-	При потере зубов происходит изменение положения нижней челюсти, что приводит к изменению смыкания зубов, в данном случае отсутствуют все зубы в боковых отделах, соответственно передние зубы подвержены функциональной перегрузке, поэтому образовалась патологическая стираемость.
P2	-	Причина данного заболевания указана верно.
P1	-	Причина данного заболевания указана не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Причина данного заболевания указана неверно.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	1.Протезировать верхнюю челюсть в области 1.7;1.6;1.5; 1.4; 2.5; 2.6; 2.7 съёмным пластиночным протезом.

		<p>2. Протезировать нижнюю челюсть в области 3.7; 3.6;3.5;3.4; 3.3;4.7;4.6;4.5 съёмным пластиночным протезом с целью нормализации положения нижней челюсти.</p> <p>3. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 1.1;1.3; протезировать верхнюю и нижнюю челюсти в области 21, 22, 23, 24, 31, 32, 41, 42, 43, 44 временными пластмассовыми коронками с целью нормализации высоты прикуса.</p> <p>4. Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти в области 1.7;1.6;1.5; 1.4; 2.5; 2.6; 2.7; 3.7; 3.6;3.5;3.4; 3.3;4.7;4.6;4.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты.</p> <p>5. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2 металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на 1.1;1.3; протезировать верхнюю и нижнюю челюсти в области 21, 22, 23, 24, 31, 32, 41, 42, 43, 44 металлокерамическими коронками.</p>
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
H	-	022
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента (22 года) на мезиально-контактной поверхности 6 ¹ имеется кариозная полость значительной глубины, выполненная размягченным пигментированным дентином, стенки достаточной толщины, дно плотное, зондирование слабо болезненно по всему дну.
В	1	Возможно ли применение микропротеза?
Э	-	Да, возможно, но после диагностики зуба 4.6 на наличие пульпита. Если диагностируется кариес, то можно протезировать зуб 4.6 вкладкой.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Как решить проблему эстетики при применении вкладки?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Протезировать цельнокерамической вкладкой. 2. Соблюдать правила определения цвета зубов. 3. Фиксировать только после утверждения цвета и формы пациентом.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные способы решения

		проблемы эстетики.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	3	Как предотвратить мезиальное смещение вкладки под воздействием жесткой пищи?
Э	-	1. Правильно создать форму препарированной полости под вкладку, создать дополнительные фиксирующие площадки, соблюдать правила адгезии при фиксации.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные способы предотвращения смещения вкладки.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	4	Каковы особенности формирования полости в данном случае?
Э	-	Форма подготовленной полости должна быть такой, чтобы путь введения и вывода вкладки совпадал с длинной осью зуба, а придесневая стенка была перпендикулярна длинной оси зуба. Помимо основной полости, в режущем крае создают дополнительную площадку в виде паза, соразмерного основной полости и ширине режущего края.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные особенности формирования полости.
P0	-	Ответ указан неверно.
H	-	023
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При укреплении цементом вкладки в полости значительной глубины, ранее тщательно припасованной, она возвышается над твердыми тканями зуба и создает преждевременный контакт.
B	1	Какая и на каком этапе лечения ошибка была допущена врачом?
Э	-	Ошибка допущена на этапе фиксации вкладки в полости рта, связанная с преждевременным загустеванием цемента или преждевременным засвечиванием цемента. Также в момент фиксации вкладки могла быть повернута.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана основная ошибка.
P0	-	Ответ указан неверно.

В	2	Как можно было ее избежать?
Э	-	Использовать цемент, учитывая его рабочее время; засвечивать цемент только убедившись, что вкладка позиционирована правильно. Для более простого позиционирования нужно, чтобы вкладка была ассиметричной.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные способы.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Что делать в этой ситуации?
Э	-	Если цемент еще не затвердел до конца, то попробовать извлечь вкладку, очистить от цемента и заново зафиксировать. Если цемент затвердел, то попробовать провести коррекцию окклюзии, убрать суперконтакт и заполировать границы между вкладкой и тканями зуба, в случае безуспешности, переделать работу.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие способы.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	024
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента (26 лет) разрушены коронки <u>21</u> <u>12.</u> , <u>12</u> разрушены полностью, культи выстоят на 2 мм с вестибулярной стороны над десной. Зубная формула: $\begin{array}{c c} 07654321 & 12345670 \\ \hline 07654321 & 12345678 \end{array}$ Прикус ортогнатический. На мезиальной поверхности <u>3</u> имеется пломба. Корни <u>21</u> <u>12</u> зубов подвижны первой степени. На R-грамме <u>21</u> <u>12</u> верхушечный пародонт не имеет видимых патологических изменений. Каналы корней запломбированы до верхушки.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Дефект твердых тканей зубов 1.2;1.1;2.1;2.2;2.3
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Предложите возможные варианты протезирования больного и обоснуйте наиболее оптимальный.
Э	-	1. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2;1.1;2.1;2.2 цельнокерамическими коронками, с опорой на искусственные культы со штифтом и зубы 1.3;2.3; конструкция объединена в блок для шинирования зубов – наиболее оптимальный вариант, так как зубы разрушены выше уровня десны (при необходимости можно провести предварительное ортодонтическое лечение), корни имеют подвижность 1 степени (этот показатель допустим при протезировании), их корневые каналы запломбированы до верхушки и отсутствуют патологические изменения в периапикальных тканях. 2. Консультация стоматолога- хирурга по поводу удаления 1.2;1.1;2.1;2.2 и имплантации в области этих зубов. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2;1.1;2.1;2.2 искусственными коронками с опорой на имплантаты. 3. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2;1.1;2.1;2.2 металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на 1.3; 2.3.
P2	-	Варианты протезирования указаны верно.
P1	-	Варианты протезирования указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Варианты протезирования указаны неверно.
Н	-	025
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К. (62 года) обратился в клинику с целью протезирования. В прошлом пользовался съемными протезами. На верхней челюсти сохранились лишь <u>23</u> . коронка <u>3</u> отсутствует, корень зуба выстоит над десной до 3-4 мм, устойчив. Канал корня пломбирован. Рентгенологически в пародонте патологических изменений не обнаружено. <u>2</u> имеется глубокая кариозная полость на мезиальной поверхности. Зондирование и перкуссия безболезненны. На нижней челюсти больной пользуется частичным съемным пластиночным протезом.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти. Частичная потеря зубов нижней челюсти. Дефект твердых тканей зубов 2.2; 2.3
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Протезировать верхнюю челюсть в области 2.2, 2.3 искусственными

		коронками с опорой на искусственные культы со штифтом Протезировать верхнюю челюсть частичным съёмным пластиночным протезом.				
P2	-	План лечения указан верно.				
P1	-	План лечения указан не полностью, не указана локализация процесса.				
P0	-	План лечения указан неверно.				
H	-	026				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ				
У	-	Пациентка (19 лет) обратилась в клинику с жалобами на нарушение внешнего вида, речи и откусывания пищи. Зубная формула: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>07654301</td> <td>10345670</td> </tr> <tr> <td>07654321</td> <td>12345670</td> </tr> </table> Прикус ортогнатический. Коронки <u>1 13</u> разрушены в результате травмы. Корни устойчивы, но каналы их не пломбированы.	07654301	10345670	07654321	12345670
07654301	10345670					
07654321	12345670					
В	1	Поставьте диагноз.				
Э	-	Частичная потеря зубов верхней челюсти (4 класс по Кеннеди, 1 класс по Жулёву); Дефект твердых тканей зубов 1.1; 2.1; 2.3.				
P2	-	Диагноз поставлен верно.				
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.				
P0	-	Диагноз поставлен неверно.				
В	2	Составьте план ортопедического лечения.				
Э	-	Протезировать верхнюю челюсть в области 1.1; 2.1; 2.3 керамическими коронками с опорой на искусственные культы со штифтом. Протезировать верхнюю челюсть в области 1.2; 2.2 искусственными коронками с опорой на имплантаты.				
P2	-	План ортопедического лечения указан верно.				
P1	-	План ортопедического лечения указан не полностью, не указана локализация процесса.				
P0	-	План ортопедического лечения указан неверно.				
H	-	027				
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза				
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности				

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 20 лет обратился с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи.</p> <p>Об-но: лицо симметричное, кожные покровы в норме, открывание рта свободное, безболезненное. Высота нижней трети лица не изменена. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, умеренно увлажнена. Зубы устойчивы. Прикус ортогнатический.</p> <p>Зубная формула: $\frac{87654321}{80054321} \frac{12345678}{12345678}$</p> <p>Жевательные бугры 17, 16 в положении центральной окклюзии находятся ниже окклюзионной плоскости на 3 мм, имеется гипертрофия альвеолярного отростка без обнажения шеек зубов.</p> <p>На жевательной поверхности 16 имеется большая пломба, краевое прилегание пломбы нарушено. На рентгенограмме: 16 зуб депульпирован, корневые каналы 16 запломбированы не до верхушечного отверстия, имеется разрежение костной ткани в области апекса.</p>
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	<p>Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Жулеву, 3 класс по Кеннеди); Дефект твердых тканей зуба 1.6 (1 класс по Жулеву, 1 класс по Блеку); Деформации зубного ряда верхней челюсти (зубоальвеолярное удлинение 1.7, 1.6 - 1 класс по Пахомовой); Хронический гранулирующий или гранулематозный периодонтит зуба 1.6 (необходимо уточнение картины рентгенологического снимка для верификации диагноза)</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	В чем заключается план подготовки полости рта к протезированию?
Э	-	<p>Консультация врача стоматолога-терапевта с целью эндодонтического лечения зуба 1.6;</p> <p>Консультация врача стоматолога-ортодонта с целью лечения зубоальвеолярного удлинения 1.7, 1.6;</p> <p>Консультация врача стоматолога-хирурга с целью имплантации 4.6; 4.7.</p>
P2	-	План подготовки к протезированию указан верно.
P1	-	План подготовки к протезированию указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План подготовки к протезированию указан неверно.
Н	-	028
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
И	-	
У	-	<p>Пациент Т. 30 лет обратился с жалобами на отсутствие зубов. Из анамнеза выявлено, что 35 и 37 зубы удалены 1 год назад, 36 зуб 3 года назад.</p> <p>Об-но: лицо симметричное, кожные покровы в норме, открывание рта свободное, безболезненное. Высота нижней трети лица не изменена. Зубы устойчивы. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, умеренно увлажнена.</p> <p>Зубная формула: $\frac{87654321}{12345678}$ $\frac{87654321}{12340008}$</p> <p>При осмотре выявлено вертикальное смещение вниз 26, бугорки которого в центральной окклюзии находятся ниже окклюзионной плоскости на 3мм.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Жулеву, 3 класс по Кеннеди); Деформация зубного ряда верхней челюсти (зубоальвеолярное удлинение 2.6).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план специальной подготовки и план ортопедического лечения этого пациента.
Э	-	<p>План подготовки к ортопедическому лечению:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Консультация врача стоматолога-терапевта с целью санации полости рта. 2. Консультация врача стоматолога-ортодонта с целью лечения зубоальвеолярного удлинения 2.6. 3. Консультация врача стоматолога-хирурга по поводу имплантации в области отсутствующих зубов 3.5 и 3.7. <p>План ортопедического лечения:</p> <p>Протезировать нижнюю челюсть в области 3.5; 3.6; 3.7 металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на имплантаты в области отсутствующих зубов 3.5; 3.7.</p>
P2	-	План подготовки к протезированию указан верно.
P1	-	План подготовки к протезированию указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План подготовки к протезированию указан неверно.
Н	-	029
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент С. 16 лет. Обратился с профилактической целью. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза: 36 удален в 12 лет. Об-но: лицо симметричное, кожные покровы в норме, открывание рта свободное, безболезненное. Высота нижней трети лица не изменена. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, умеренно увлажнена. Зубы устойчивы. Прикус ортогнатический. Зубная формула: $\frac{87654321}{87654321} 1234567$ $87654321 1234507$</p> <p>Имеется мезиальный наклон 37, который в положении центральной окклюзии касается антагониста только дистальными буграми. 26 зуб находится ниже окклюзионной плоскости приблизительно на 2-3 мм.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Жулеву, 3 класс по Кеннеди); Деформация зубного ряда нижней челюсти (мезиальный наклон 3.7); Деформация зубного ряда верхней челюсти (<u>зубоальвеолярное удлинение 26</u>).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Объясните механизм мезиального наклона 37.
Э	-	После удаления 3.6 нарушилась целостность зубной дуги и жевательной давление стало распределяться неравномерно; на зуб 3.7 стали действовать чрезмерные силы со стороны окклюзионной плоскости и со стороны периодонта, тем самым зуб 3.7 начал смещаться мезиально; смещение зубов в медиальную сторону со временем – генетически обусловлено.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана суть механизма.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Предложите варианты подготовки полости рта к протезированию.
Э	-	<p>1. Консультация врача стоматолога-терапевта с целью санации полости рта. 2. Консультация врача стоматолога-ортодонта с целью лечения зубоальвеолярного удлинения 2.6 и мезиального наклона 3.7. 3. Консультация врача стоматолога-хирурга по поводу имплантации в области отсутствующего зуба 3.6.</p>
P2	-	План подготовки полости рта к протезированию составлен верно.
P1	-	План подготовки полости рта к протезированию составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.

P0	-	План подготовки полости рта к протезированию составлен неверно.
H	-	030
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент М. 40 лет обратился с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи.</p> <p>Об-но: лицо симметричное, кожные покровы в норме. Носогубные складки выражены. Высота нижней трети лица снижена на 3 мм. В начальной стадии открывании рта определяется двухсторонний суставной щелчок. Зубы устойчивы. Прикус ортогнатический.</p> <p>Зубная формула $\frac{7654321}{0054321} / \frac{1234567}{1234500}$</p> <p>В области 17,16 и 26,27 имеется гипертрофия альвеолярного отростка с обнажением шеек зубов с небной стороны. Жевательные бугры 17 16 26 27 находятся ниже уровня окклюзионной плоскости на 5 мм. На антагонизирующих зубах имеются выраженные фасетки стирания.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти (2 класс по Жулеву, 1 класс по Кеннеди); Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов (по Гаркуше 2); Деформация зубного ряда верхней челюсти (зубоальвеолярное удлинение 17,16 и 26,27 2 класс по Пахомовой)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Объясните причину образования фасеток стирания на антагонизирующих зубах, снижения межальвеолярного расстояния и наличие суставного щелчка.
Э	-	<p>Боковые зубы принимают основное жевательное давление и выполняют боковую защиту ВНЧС, при их потери передние зубы и ВНЧС испытывают функциональную перегрузку, что приводит к возникновению патологической стираемости и снижению межальвеолярной высоты.</p> <p>Также при отсутствии боковых зубов нижняя челюсть изменяет свое положение, смещается назад и вверх, так как из-за отсутствия контактов зубов верхней челюсти с нижними, мышцы находятся в постоянной напряжении и тянут нижнюю челюсть вверх и назад, поэтому отмечается наличие суставного щелчка.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные механизмы.
P0	-	Ответ указан неверно.

В	3	Предложите план ортопедического лечения.
Э	-	<p>1.Протезировать нижнюю челюсть частичным съемным протезом с целью нормализации положения нижней челюсти и использования на период остеоинтеграции имплантатов.</p> <p>2.Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.5;3.4;3.3;3.2;3.1;4.1;4.2;4.3;4.4;4.5 пластмассовыми коронками с целью нормализации высоты прикуса.</p> <p>3.Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.6; 3.7; 4.6; 4.7 искусственными коронками с опорой на имплантаты.</p> <p>4.Протезировать нижнюю челюсть в области зубов 3.5;3.4;3.3;3.2;3.1;4.1;4.2;4.3;4.4;4.5 металлокерамическими коронками.</p>
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны основные варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	031
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 40 лет, обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области резцов верхней челюсти, а также на чувство тяжести и боль в области ВНЧС с обеих сторон, усиливающиеся к концу рабочего дня.</p> <p>Из анамнеза установлено, что ранее – около 10 лет назад – были изготовлены пластмассовые коронки на центральные и боковые резцы верхней челюсти, которые 2 года назад были заменены на металлокерамические коронки. Появление жалоб пациентка связывает с окончанием протезирования металлокерамическими коронками.</p> <p>Объективно: прикус ортогнатический, зубные ряды интактны, центральные и боковые резцы верхней челюсти покрыты металлокерамическими коронками. При закрывании рта достигается плотный окклюзионный контакт во всех группах зубов, который определяется не только визуально, но и с помощью окклюзионной (копировальной) бумаги. На резцах нижней челюсти видны выраженные фасетки стирания, расположенные с вестибулярной стороны в области режущих краев. Пальпаторно определяется повышенный тонус жевательных и височных мышц с обеих сторон.</p>
В	1	Укажите причину появления жалоб.
Э	-	При протезировании металлокерамическими коронками центральных и боковых резцов не была проведена коррекция окклюзии, были оставлены

		суперконтакты. Также была допущена конструкционная ошибка в изготовлении коронок, это привело к смещению нижней челюсти. Это могло быть увеличение длины коронок, вследствие чего произошел блок сагитального суставного пути, что привело к гипертонусу мышц и симметричным болям, усиливающимся к вечеру.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	2	Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
Э	-	Да, нуждается. КЛКТ ВНЧС, аксиография, электромиография, анализ окклюзионных взаимоотношений с помощью T-Scan.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные дополнительные методы исследования.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	3	Поставьте диагноз.
Э	-	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Генерализованная декомпенсированная повышенная стираемость зубов.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	4	Ваша тактика лечения этой пациентки.
Э	-	1. Снятие металлокерамических коронок. 2. Протезировать верхнюю челюсть в области резцов пластмассовыми коронками правильно смоделированными. 3. Протезировать нижнюю челюсть в области резцов пластмассовыми коронками. 4. Изготовление релаксационной каппы на нижнюю челюсть. 5. После стабилизации положительной динамики постоянное протезирование.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
H	-	032
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 24 года, обратилась с жалобами на боли в области ВНЧС с обеих сторон, появляющиеся после полудня и усиливающиеся к вечеру, что приводит к ограничению открывания рта и даже болезненности при длительном разговоре.</p> <p>Объективно: прикус ортогнатический, отсутствуют «зубы мудрости» на верхней челюсти с обеих сторон, которые были удалены еще в 10 классе из-за неправильного прорезывания (щечное положение). Вторые моляры на верхней челюсти с обеих сторон ранее депульпированы, коронковые части этих зубов восстановлены пломбирочным материалом, однако дистальные щечный и небный бугорки уплощены. Форма зубных рядов соответствует норме, за исключением вертикального зубоальвеолярного смещения нижних третьих моляров на 2 мм.</p>
В	1	Укажите возможную причину дисфункции ВНЧС.
Э	-	Наличие суперконтактов в области зубов 3.8; 4.8 в эксцентрических окклюзиях. Опорные бугры моляров на верхней челюсти уплощены, отсутствуют правильные окклюзионные контакты зубов, из-за этого нижней челюсти приходится занимать вынужденное положение.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	<p>Консультация врача стоматолога-хирурга с целью удаления зубов 3.8; 4.8.</p> <p>Протезировать зубы 1.7;2.7 искусственными коронками с опорой на искусственные культы со штифтами (при условии качественного эндодонтического лечения).</p>
P2	-	План подготовки лечения указан верно.
P1	-	План подготовки лечения указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	План лечения указан неверно.
Н	-	033
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 36 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица из-за бокового смещения нижней челюсти при закрывании рта и смыкании зубов, а также на боль в области ВНЧС слева, усиливающуюся при жевании.</p> <p>Анамнез заболевания: около 12 лет назад включенные дефекты зубных рядов</p>

		<p>верхней и нижней челюстей в жевательной области с обеих сторон были замещены золотыми мостовидными протезами. Затем все эти протезы «по очереди» были заменены из-за истирания и перфорации опорных коронок. Асимметрия лица была замечена около 4 лет назад и с течением времени становилась все более заметной.</p> <p>Объективно: отсутствуют 16, 18; 26, 28; 36; 46, и 48 зубы. Имеются золотые мостовидные протезы с опорой на 15, 17; 25, 27; 35, 37; 45 и 47 зубы.</p> <p>Левосторонний привычный тип жевания. В правой боковой окклюзии имеется гипербалансирующий суперконтакт на 27 и 38 зубах. Высота нижней трети лица в положении центральной окклюзии снижена на 2 мм, имеется стираемость режущих краев резцов и клыков нижней челюсти. Средняя линия между центральными резцами челюстей не совпадает и смещена влево на 3 мм.</p>
В	1	Укажите возможные причины появления жалоб. Можно-ли было избежать появления жалоб.
Э	-	<p>Да, можно. Причина жалоб возможно из-за «по очередного» протезирования, каждый раз допускались ошибки при регистрации прикуса.</p> <p>Также зуб 3.8 является причиной суперконтактов в эксцентрических окклюзиях.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны основные причины.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>Генерализованная повышенная стираемость зубов (1 класс по Гаркуши).</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Консультация врача стоматолога-хирурга с целью удаления зуба 3.8 2. Изготовление окклюзионной каппы на нижнюю челюсть с целью нормализации положения нижней челюсти. 3. Снятие старых ортопедических конструкций. 4. Протезировать верхнюю челюсть в области зуба 1.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 1.5;1.7; в области зуба 2.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 2.7;2.5 5. Протезировать нижнюю челюсть в области зуба 3.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 3.5;3.7; в области 4.6 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 4.5;4.7. 6. После получения стабильной положительной динамики постоянное протезирование.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие

		варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
H	-	034
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент, 46 лет, обратился с жалобами на боль и щелчок в ВНЧС с обеих сторон при открывании рта, а также при приеме пищи. Из анамнеза установлено, что жалобы появились около года назад, 3 месяца назад было проведено ортопедическое лечение: протезирование нижней челюсти мостовидными протезами, однако улучшение не наступило.</p> <p>Объективно: на верхней челюсти все зубы сохранены, имеются фасетки стирания на жевательной поверхности боковых зубов. На нижней челюсти отсутствуют 35, 36, 38 и 45, 46, 48 зубы, дефекты замещены мостовидными протезами с опорой на 34, 37 и 44, 47 зубы. При открывании рта – в начале шарнирной фазы – хорошо слышен и пальпируется щелчок в ВНЧС с обеих сторон, пациент ощущает болезненность, однако после щелчка боль исчезает и ограничения амплитуды открывания рта нет. Больной отмечает, что у него есть постоянное желание устанавливать нижнюю челюсть в такое положение, при котором резцы верхней и нижней челюстей контактируют режущими краями (встык).</p>
В	1	Укажите причину щелчка и болезненности в ВНЧС.
Э	-	<p>Дистальный сдвиг головки ВНЧС, причиной которого стала потеря боковых зубов.</p> <p>При отсутствии боковых зубов нижняя челюсть изменяет свое положение, смещается назад и вверх, так как мышцы прикрепляются к ветвям и углам нижней челюсти; в норме смыкание должно происходить до боковых зубов, но если зубов нет, мышцы тянут нижнюю челюсть вверх до смыкания, тем самым головка ВНЧС смещается вверх и дистально, образуется центрический вывих, поэтому отмечается наличие суставного щелчка и болей в ВНЧС.</p>
P2	-	Причина указана верно.
P1	-	Причина указана не полностью: не указаны основные механизмы.
P0	-	Причина указана неверно.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Частичная потеря зубов нижней челюсти. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Повышенная стираемость зубов (1 класс по Гаркуши)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	3	Составьте план ортопедического лечения.
Э	-	1.Изготовление окклюзионной каппы на нижнюю челюсть с целью нормализации ее положения. 2.Протезировать нижнюю челюсть в области 35, 36 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 3.4; 3.7; в области 45, 46 пластмассовым мостовидным протезом с опорой на 44, 47. 3.Протезировать верхнюю челюсть в области боковых зубов пластмассовыми коронками. 4. Постоянное протезирование после стабилизации положительной динамики в лечении.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны основные варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
H	-	035
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ш., 49 лет, обратилась для повторного протезирования с жалобами на ослабление фиксации полных съемных протезов, трещины в области углов рта. Протезировалась 5 лет назад. Последние два года беспокоит раздражение кожи углов рта. Медикаментозное лечение у терапевта-стоматолога и дерматолога оказалась неэффективным. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Объективно: Лицо симметричное, подбородочные и носогубные складки выражены. Атрофия альвеолярных отростков резко выражена, равномерная. Слизистая оболочка и кожа углов рта гиперемированы, имеются трещины в углах рта. Межальвелярная высота на старых протезах снижена в пределах 4 мм. Искусственные пластмассовые зубы поставлены с учетом вершины альвеолярных отростков, стертые.
B	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти K08.1 (3 тип по Оксману), Полная потеря зубов нижней челюсти(3 тип по Оксману), Ангулярный хейлит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Рассмотрите возможные варианты развития данной патологии.
Э	-	Хейлит развился в результате снижение межальвеолярной высоты, в результате этого образуются глубокие складки в области углов рта, которые способствуют мацерации слизистой оболочки и кожи. При наличии этих условий поражение слизистой оболочки приобретает характер хронического, стойкого процесса. Возможен вариант также неудовлетворительной гигиены полости рта, который в совокупности со снижением межальвеолярной высоты привел к хейлиту.
P2	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны верно.
P1	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Возможные варианты развития данной патологии указаны неверно.
В	3	Выберите и обоснуйте наиболее рациональный метод повторного протезирования.
Э	-	Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти полными съемными протезами с восстановлением межальвеолярной высоты. Снятие оттиска во время протезирования проводить с учетом буферных зон, чтобы предотвратить дальнейшую атрофию.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	036
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Д., 49 лет, обратилась в клинику с жалобами на ноющие тупые боли в височно-нижнечелюстных суставах, хруст, щелкание во время открывания и закрывания рта, которые появились постепенно, несколько месяцев назад, после протезирования полными съемными протезами. Лечилась у хирурга-стоматолога, но заметного улучшения не отмечалось. Жалоб со стороны других суставов не предъявляет. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Объективно: Лицо симметричное, носогубные и подбородочные складки выражены. Межальвеолярная высота с протезами снижена в пределах 6 мм. Открывание рта свободное, пальпация суставов безболезненная, отмечается хруст и щелкание во время открывания и в конце закрывания рта. Кожные покровы над суставами не изменены. При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстных суставов определяется дистальное положение суставных головок. Структура костной ткани элементов ВНЧС не изменена.
В	1	Поставьте диагноз.

Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти. Полная потеря зубов нижней челюсти. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Укажите возможные причины данной патологии и жалоб больной после протезирования.
Э	-	Была допущена ошибка на этапе определения центрального соотношения челюстей и определения межальвеолярной высоты. Нижняя челюсть во время определения центрального соотношения могла быть расположена дистально, соответственно этому положению были загипсованы модели и изготовлены протезы. Снижение межальвеолярной высоты ведет к дистальному сдвигу нижней челюсти.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Определите тактику ведения больного.
Э	-	Протезировать верхнюю и нижнюю челюсти новыми полными съемными протезами с целью нормализации положения головок ВНЧС и восстановлении межальвеолярной высоты.
P2	-	План ортопедического лечения составлен верно.
P1	-	План ортопедического лечения составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	План ортопедического лечения составлен неверно.
Н	-	037
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 60 лет обратилась с жалобами на боли при движении языка, откусывании и пережевывании пищи. Сутки назад ей были наложены новые полные съемные протезы. Объективно: Лицо пропорциональное, носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Высота нижней трети лица не изменена. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти атрофированы незначительно. Места прикрепления уздечек губ, языка, щечных тяжей находятся на уровне основания альвеолярных отростков. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована и отечна, в

		области уздечки языка и с язычной стороны по скату альвеолярного отростка челюсти нижней челюсти в проекции 31,32, 41,42 с нарушением целостности эпителиального слоя. При поднятии кончика языка вверх протез на нижней челюсти смещается.
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (по Оксману 1 тип), Полная потеря зубов нижней челюсти (по Оксману 1 тип), Травматический стоматит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие погрешности были допущены при изготовлении протеза на нижнюю челюсть?
Э	-	Расширение границ базиса протеза нижней челюсти в подъязычной области.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Выберите и обоснуйте метод коррекции протеза.
Э	-	Необходимо провести коррекцию границ протеза в области травматизации слизистой оболочки, для этого используют пробы Гербста, копировальную бумагу, химический карандаш, окклюзионный спрей и тд. Проводить коррекцию до тех пор, пока при поднятии кончика языка вверх протез на нижней челюсти не будет смещаться.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные методы.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	038
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной И., 56 лет, обратился в клинику с целью повторного протезирования в связи с плохой фиксацией ранее изготовленных протезов. Объективно: Лицо симметричное, носогубные и подбородочные складки выражены, межальвеолярная высота с протезами уменьшена на 4 мм. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярный отросток верхней челюсти умеренно атрофирован, нижней челюсти - неравномерно. Места прикрепления уздечек и боковых тяжей располагаются на 3 мм ниже по

		отношению к гребню альвеолярного отростка. Слизистая оболочка рыхлая, неравномерно податлива. На старых протезах: дистальная граница протеза для верхней челюсти не доходит до слепых ямок на 3 мм, нижнечелюстные бугорки не перекрыты базисом протеза нижней челюсти, протез балансирует. В предыдущее клиническое посещение были получены функциональные оттиски с беззубых челюстей.
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (2 тип по Оксману, 2 класс по Суппле), Полная потеря зубов нижней челюсти (4 тип по Оксману, 2 класс по Суппле).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте клинические и лабораторные погрешности в конструировании протезов.
Э	-	Некачественное снятие слепка без учета функциональных проб; некачественная отливка моделей; неправильное определении границ базиса протеза; ошибка при определении межальвеолярной высоты; ошибки при варке протеза.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны другие погрешности.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Укажите последовательность проведения манипуляций в следующее клиническое посещение.
Э	-	1.Проверка качества отлитых моделей, проверка качества прикусных шаблонов с окклюзионными валиками; определение центрального соотношения челюстей и межальвеолярной высоты. Выбор цвета зубов. Обозначение границ будущих протезов на модели. 2. Проверка и наложение восковых репродукций полных съемных протезов. 3.Наложение полных съемных протезов, коррекция окклюзии, рекомендации. Пациент назначается на контрольный осмотр на следующий день.
P2	-	Ответ составлен верно.
P1	-	Ответ составлен не полностью: не указаны другие варианты лечения.
P0	-	Ответ составлен неверно.
Н	-	039
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 61 год, обратилась в клинику с жалобами на боли под протезом верхней челюсти в области 24,25,26 зубов и боли под протезом нижней челюсти в области нижней губы. Полные съемные протезы наложены сутки тому назад.</p> <p>Объективно: Лицо пропорциональное. Высота нижней трети лица с протезами не изменена. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Соотношение челюстей прогеническое. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти резко атрофированы. Места прикрепления уздечек приближены к гребню альвеолярного отростка. Торус овальной формы 1,5x2,0 см. Слизистая умеренно влажная, истонченная. На верхней челюсти в области 24,25,26 имеется участок гиперемии с нарушением целостности эпителия. На нижней челюсти гиперемия по переходной складке нижней губы в проекции 33,34,35. Протез верхней челюсти фиксируется хорошо. На нижней челюсти протез смещается при движениях нижней губы.</p>
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с атрофией костного ложа и состояния слизистой оболочки.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (3 тип по Оксману, 2 класс по Суппле), Полная потеря зубов нижней челюсти (3 тип по Оксману, 2 класс по Суппле), Травматический стоматит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Укажите возможные причины травмы слизистой оболочки?
Э	-	Расширение вестибулярной (в области переходной складки нижней губы в проекции зубов 3.3,3.4,3.5) границы базиса протеза нижней челюсти , объемные линейные изменения базиса протеза (в области зубов 2.4,2.5,2.6), которые произошли в результате полимеризации пластмассы, что является причиной возникновения участков неравномерного давления на подлежащую слизистую оболочку.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Выберите метод коррекции протезов и расскажите методику.
Э	-	Выявление зон повышенного давления на базисе протеза верхней челюсти: на внутреннюю поверхность базиса протеза верхней челюсти равномерно наносяти распределяют корригирующий слой от силиконовой оттисковой массы и накладывают протез (можно использовать копировальную бумагу, альгинатную оттисковую массу и тд). Затем протез выводят из полости рта и фрезой снимают часть пластмассы, где имеется тонкий слой массы или отпечатки копировальной бумаги. Область переходной складки требует внимания при работе фрезой, т.к. излишнее снятие пластмассы в этих участках может нарушить фиксацию протеза.

		<p>Коррекция длинных краев базиса протеза нижней челюсти:</p> <p>Чрезмерно удлиненные вестибулярного края протезов нижней челюсти определяют последовательно с помощью проб Гербста.</p> <p>Проба вытягивают губы вперед – если протез смещается, то откорректировать протез с вестибулярной стороны от клыка до клыка.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
H	-	040
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная О., 73 лет, обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию протеза на нижней челюсти при разговоре и пережевывании пищи. Полные съемные протезы наложены 2 года назад.</p> <p>Объективно: Лицо пропорционально, высота нижней трети лица с протезами не изменена. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярный отросток верхней челюсти умеренно атрофирован, нижней челюсти неравномерно атрофирован. Места прикрепления уздечек расположены на 2-3 мм ниже гребня альвеолярного отростка. Небо средней глубины, торус не выражен. Полные съемные протезы имеют полностью стертые жевательные поверхности бугорков искусственных зубов. Протез нижней челюсти неплотно прилегает к слизистой оболочке альвеолярного отростка, балансирует.</p>
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с атрофией костного ложа и состояния слизистой оболочки.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (2 тип по Оксману, 2 класс по Суппле, по Шредеру 2), Полная потеря зубов нижней челюсти (4 тип по Оксману, 2 класс по Суппле, по Келлеру 3 или 4 тип (если 3 тип, то атрофия в дистальном крае альвеолярной части нижней челюсти, если 4 тип, то атрофия преобладает в переднем отделе альвеолярной части).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	В чем заключается причина ухудшения фиксации протеза на нижней челюсти?
Э	-	Атрофия костной ткани нижней челюсти привела к изменению границ замыкающего клапана.

P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	3	Выберите метод коррекции протеза на нижней челюсти.
Э	-	Клиническая или лабораторная перебазировка протеза нижней челюсти с последующим наложением его в полость рта и коррекцией.
P2	-	Ответ составлен верно.
P1	-	Ответ составлен не полностью: не указаны другие методы коррекции.
P0	-	Ответ составлен неверно.
H	-	041
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Н., 48 лет, обратился в клинику с целью протезирования в результате полного отсутствия зубов. В предыдущие посещения были получены предварительные оттиски с беззубых челюстей.</p> <p>Объективно: Альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти умеренно и равномерно атрофированы. Уздечки и щечные тяжи прикрепляются на уровне 5-6 мм отступя от вершины альвеолярных отростков. Соотношение челюстей ортогнатическое. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.</p>
B	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (по Оксману 2 тип , ,2 тип по Шредеру, 1 класс по Суппле), Полная потеря зубов нижней челюсти (по Оксману 2 тип, 1 тип по Келлеру, 1 класс по Суппле).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Определите порядок клинических манипуляций в следующее клиническое посещение.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Припасовка индивидуальных ложек, окантовка индивидуальных ложек и снятие функциональных оттисков. 2. Определение центрального соотношения челюстей и межальвеолярного расстояния с помощью прикусных шаблонов с окклюзионными валиками.

		3. Выбор цвета зубов.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные этапы протезирования.
P0	-	Ответ указан неверно.
B	3	Выберите наиболее рациональную методику припасовки индивидуальной ложки на нижнюю челюсть и обоснуйте ее.
Э	-	Использование проб Гербста для коррекции границ ложки и проверка протезного ложа с помощью альгинатного материала (жидкой консистенции), при выявлении участков продавливания слепочной массы проводится коррекция индивидуальной ложки фрезами. Затем приступают к окантовке ложки.
P2	-	Ответ составлен верно.
P1	-	Ответ составлен не полностью: не указаны другие варианты.
P0	-	Ответ составлен неверно.
H	-	042
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Д., 65 лет, обратился с жалобами на боли под протезом верхней челюсти. Протезы наложены 3 дня тому назад.</p> <p>Объективно: Лицо пропорциональное, высота нижней трети лица с протезами не изменена. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Соотношение челюстей ортогнатическое. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей умеренно атрофированы. Места прикрепления уздечек расположены на 3-4 мм ниже по отношению к вершинам альвеолярной части челюстей. Свод неба глубокий. Торус не выражен. Слизистая оболочка полости рта умеренно влажная, бледно-розового цвета, равномерно податлива. На альвеолярном отростке в области резцового сосочка и правого бугра верхней челюсти наблюдаются участки гиперемии без нарушения целостности эпителиального слоя размером 0,5x1,0 см. протезы хорошо фиксируются. Окклюзионные взаимоотношения в центральной, передней и боковых окклюзиях симметричные, равномерные.</p>
B	1	Поставьте диагноз в соответствии с атрофией костного ложа и состояния слизистой оболочки.
Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (по Оксаману 2 тип „2 тип по Шредеру, 1 класс по Суппле), Полная потеря зубов нижней челюсти (по Оксаману 2 тип, 1 тип по Келлеру, 1 класс по Суппле).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	В чем вероятная причина травмы слизистой оболочки? Обоснуйте и расскажите подробно методику коррекции протеза верхней челюсти.
Э	-	<p>Данные реакции протезного ложа приходятся на этап адаптации протеза ; объемные и линейные изменения базиса протеза(в области 24,25,26), которые произошли в результате полимеризации пластмассы послужили причиной возникновения участков неравномерного давления на подлежащую слизистую оболочку.</p> <p>Методика коррекции протеза верхней челюсти: выявление зон повышенного давления на базисе протеза верхней челюсти: на внутреннюю поверхность базиса протеза верхней челюсти равномерно наносят и распределяют коррегирующий слой от силиконовой оттисковой массы и накладывают протез в полость рта (можно использовать копировальную бумагу, альгинатную оттисковую массу). Затем протез выводят из полости рта и фрезой снимают часть пластмассы, где имеется тонкий слой массы или отпечатки копировальной бумаги (в данном клиническом случае продавливания корригирующего материала будут в проекции области резцового сосочка и правого бугра верхней челюсти), после обрабатывают место коррекции полировальными головками и накладывают в полость рта.</p>
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указана локализация процесса.
P0	-	Ответ указан неверно.
Н	-	043
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная А., 52 лет, преподаватель, обратилась в клинику с жалобами на шепелявость при разговоре и утомляемость языка. Неделю назад были изготовлены и наложены полные съемные протезы на обе челюсти.</p> <p>Объективно: Лицо пропорциональное, носогубные и подбородочные складки умеренно выражены, высота нижней трети лица не изменена. Соотношение челюстей прогеническое. Альвеолярные отростки на верхней и нижней челюсти овальной формы, умеренно атрофированы. Места прикрепления уздечек губ, языка, щечных тяжей находятся на 3-4 мм на верхней челюсти выше, а на нижней челюсти ниже гребней альвеолярных отростков. Слизистая оболочка, покрывающая небо и альвеолярные отростки без видимых патологических изменений. При наложении протезов фиксация их на обеих челюстях хорошая. Оклюзионные контакты зубных рядов хорошие. При обследовании взаимоотношений зубных дуг установлено, что верхний зубной ряд установлен по гребню альвеолярного отростка, базис верхнего протеза утолщен.</p>
В	1	Поставьте диагноз в соответствии с клинической картиной и функциональными нарушениями.

Э	-	Полная потеря зубов верхней челюсти (второй тип по Оксману,) Полная потеря зубов нижней челюсти (второй тип по Оксману,) Состояние слизистой оболочки протезного ложа – 1 класс по Сушле.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: указаны не все диагнозы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Что могло привести к нарушению дикции, какими специальными методами обследования можно установить эту причину?
Э	-	Увеличение толщины и границ базиса протеза, причина может быть в неверной постановке зубов. Метод обследования - разговорная проба. Если с произношением звука «с» возникают трудности, необходимо произвести коррекцию дистального края базиса протеза со стороны неба путем снятия излишков пластмассы для уменьшения толщины базиса. При неправильном произношении звуков «д», «т» надо сдвинуть передние зубы лабиально, уменьшив толщину базиса, или поставить зубы меньшей толщины.
P2	-	Ответ указан верно.
P1	-	Ответ указан не полностью, не указаны основные методы.
P0	-	Ответ указан неверно.
В	3	Каким образом можно провести коррекцию протеза? Укажите возможные варианты.
Э	-	Сделать тоньше и короче дистальный край базиса протеза со стороны неба.
P2	-	Ответ составлен верно.
P1	-	Ответ не полностью: не указаны другие варианты коррекции.
P0	-	Ответ указан неверно.

ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность Стоматология ортопедическая 31.08.75
Дисциплина ортопедическая стоматология
Раздел Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ПРИ ГЛУБОКОЙ ЯЩИКООБРАЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ СТЕНКИ ЕЕ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дивергировать под углом 3–5° 2) быть параллельными 3) дивергировать под углом 5–7° 4) конвергировать под углом 3–5° 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>2. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров 2) на проксимальных поверхностях передних зубов 3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>3. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на проксимальных поверхностях передних зубов 2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 4) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЭКУ К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 2) на жевательных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях передних зубов 4) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

премоляров, а также оральной стороне передних зубов	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>5 ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОЛОСТЕЙ КРОНОК ЗУБОВ ПО БЛЕКУ К ПЯТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов 2) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров 3) на проксимальных поверхностях передних зубов 4) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>6. ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЕТСЯ С ЦЕЛЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лучшего прилегания вкладки и исключения скола эмали 2) исключения опрокидывающего момента 3) лучшей фиксации вкладки 4) предупреждения смещения вкладки 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>7. 7 ФАЛЬЦ ПО КРАЮ ПОЛОСТИ ПОД ВКЛАДКУ ПРЕПАРИРУЮТ ПОД УГЛОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 45° 2) 30° 3) 90° 4) 60° 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>8 ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ОПАСНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ПОЛОСТИ ЗУБА, ДНО ПОЛОСТИ I КЛАССА ПОД ВКЛАДКУ НА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБАХ ДОЛЖНО ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в форме круговой ступеньки с углублением в центре 2) плоским 3) выпуклым 4) вогнутым 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>9. 9 ПОДГОТОВКУ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПО БЛЕКУ ПОД ВКЛАДКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАТИВНОГО ПРИЕМА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сепарация 2) формирование дополнительной полости 3) формирование основной полости 4) создание уступа на контактной поверхности у десны 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
<p>10. 10. ОПОРНАЯ ПЛОЩАДКА УСТУПА НА ЗУБАХ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ДОЛЖНА ПРЕПАРИРОВАТЬСЯ ШИРИНОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,2–0,3 мм 2) до 1 мм 3) 0,5–0,8 мм 4) до 1,5 мм 	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
11. 11 У МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ЛИТЫМИ	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ниже стираемость, но выше цветостойкость 2) выше стираемость, но ниже цветостойкость 3) ниже стираемость и ниже цветостойкость 4) выше стираемость и выше цветостойкость 	
<p>12 ПО КОНСТРУКЦИИ ИСКУССТВЕННЫЕ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трёхчетвертными 2) ортодонтическими 3) комбинированными 4) восстановительными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13 ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) восстановительными 2) комбинированными 3) металлическими 4) полимеризованными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литыми 2) полными 3) окончатыми 4) экваторными 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15 ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штампованными 2) фарфоровыми 3) пластмассовыми 4) культевыми 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ НЕОБХОДИМО1) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани соответственно клинической шейке зуба и укоротить зуб на толщину коронки</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) укоротить зуб на 0,5 мм 3) придать коронке зуба конусовидную форму 4) с вертикальных стенок сошлифовать твердые ткани на толщину стенки коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>17 ВИДЫ УСТУПОВ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРЕПАРИРОВАТЬ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КОНТАКТНЫХ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ, ПРОТЕЗИРУЕМЫХ ЛИТЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ КОРОНКАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямой уступ, уступ в виде ската 2) закругленный уступ в форме выемки (желобоватый) 3) уступ с вершиной 4) прямой уступ со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>18 ПРИДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КОРОНКЕ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЛИТЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ КОРОНКИ ПРИВОДИТ К</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слабой фиксации коронки 2) повреждению маргинального пародонта 3) затруднению наложения коронки 4) появлению внутренних напряжений в металлическом каркасе коронки и отслоению фасетки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20 ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямого уступа под углом 90° 2) уступа в форме ската под углом около 135° 3) «символа уступа» 4) уступа со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. 21 В КАЧЕСТВЕ МАТРИЦЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ФАРФОРОВОГО КОЛПАЧКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАТИНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) так как имеет высокую температуру плавления 2) так как имеет минимально возможную толщину 3) так как достаточно жесткая и не образует окислов 4) так как по химическим свойствам совместима с фарфором 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22 КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пластичность 2) эластичность 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23 ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конвергировать под углом 6-8° 2) слегка дивергировать 3) конвергировать под углом 15-20° 4) конвергировать под углом 9° 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24.ПРИ ОБЖИГЕ ФАРФОРОВОЙ МАССЫ, КРОМЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ТЕМПЕРАТУРЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вакуум 2) давление 3) центрифугирование 4) верно все перечисленное 	
<p>25 ПРИПАСОВКУ КЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВЫЯВЛЕНИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ КОРОНКОЙ И СТЕНКАМИ КУЛЬТИ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) корректирующих силиконовых масс 2) альгинатных слепочных масс 3) жидкого гипса 4) копировальной бумаги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26 ТОЛЩИНА ПЛАТИНОВОЙ ФОЛЬГИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ, РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,025 мм 2) 0,01 мм 3) 0,05 мм 4) 0,075 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27.МИНИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ИЗ КОБАЛЬТО-ХРОМОВОГО СПЛАВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,3 мм 2) 0,2 мм 3) 0,1 мм 4) 0,4 мм 5) 0,5 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28 ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литой 2) паяный 3) штампованный 4) из платиновой фольги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29 ПЕРВЫЙ СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫЙ НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) грунтовым (опаковым) слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) дентинным слоем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30.СЛОЙ КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ, КОТОРЫЙ ПРИДАЕТ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКЕ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ОСНОВНОЙ ЦВЕТОВОЙ ТОН, НАЗЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дентинным слоем 2) эмалевым слоем 3) глазурью 4) грунтовым (опаковым) слоем 	
<p>31 ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ КОРОНКАМИ ОТТИСК СНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) силиконовыми материалами 2) альгинатными материалами 3) гипсом 4) цинкоксидэвгеноловыми материалами 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32 ПЕРЕД ПОЛУЧЕНИЕМ ДВОЙНОГО ОТТИСКА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБОДЕСНЕВЫХ БОРОЗДОК ИСПОЛЬЗУЮТ ХЛОПЧАТОБУМАЖНЫЕ РАСТВОРАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) алюмокалиевых квасцов 2) ортофосфорной кислоты 3) гидрохлорида эфедрина 4) трихлоруксусной кислоты 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33 ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеклоиномерные цементы 2) поликарбоксилатный цемент 3) «Темп Бонд» 4) «Акрилоксид» 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34 ДЛЯ ПРИПАСОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разборной гипсовой модели 2) гипсовой модели 3) гипсовом столбике 4) металлическом штампе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35 ПРОВЕРКА ОККЛЮЗИОННЫХ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРОВОДИТСЯ В ОККЛЮЗИЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передней, боковых и центральной 2) передней и центральной 3) центральной и боковых 4) боковых и передней 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>36 ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) толстого их края и отсутствия экватора 2) отсутствия контакта с соседними зубами 3) глубокого погружения края коронок в десневые бороздки 4) неплотного прилегания края коронок к шейкам зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37.ПОКАЗАНИЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ИСКУССТВЕННОЙ КУЛЬТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) если коронка зуба разрушена на 1/2 и более 2) если зуб депульпирован более года назад 3) если канал корня запломбирован до верхушки 4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38.ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифтовой конструкцией 2) искусственной коронкой 3) вкладкой 4) мостовидным протезом 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39.ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коронки на искусственной культе со штифтом 2) металлические штампованные коронки 3) литые коронки 4) комбинированные коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40.ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ДЛИНА ШТИФТА ДОЛЖНА БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равна 2/3 длины корня зуба 2) равна 1/2 длины корня зуба 3) равна всей длине корня 4) меньше высоты будущей искусственной коронки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41.КУЛЬТЕВЫМИ ВКЛАДКАМИ МОЖНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) резцы, клыки, премоляры и моляры 2) резцы 3) резцы и клыки 4) резцы, клыки и премоляры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42.ШТИФТОВОЙ ЗУБ С ВКЛАДКОЙ (ПО АВТОРУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ильиной-Маркосян 2) Логана 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) Ричмонда 4) Ахметова</p>	
<p>43..ШТИФТ ШТИФТОВОГО ЗУБА ПО РИЧМОНДУ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ 1) 750 пробы золота с платиновой лигатурой 2) 950 пробы золота с платиновой лигатурой 3) 365 пробой серебра с золотой лигатурой 4) никель-хромового сплава</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>44.ШТИФТОВАЯ КУЛЬТЕВАЯ ВКЛАДКА МОЖЕТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНА ТОЛЬКО 1) на зубы любой группы 2) на однокорневые зубы верхней и нижней челюстей 3) на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти 4) на резцы, клыки и премоляры нижней челюсти</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>45.ДЛЯ ДВОЙНОГО СЛЕПКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕПОЧНЫЕ МАССЫ 1) силиконовые 2) твердокристаллические 3) альгинатные 4) термопластические</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>46.НА КУЛЬТЕВУЮ ВКЛАДКУ МОЖНО ИЗГОТОВИТЬ КОРОНКУ 1) любую 2) только штампованную 3) только литую 4) только пластмассовую</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>47.СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВКЛАДКАМИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ 1) двойной 2) анатомический 3) функциональный 4) компрессионный</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>48.КАРДИНАЛЬНОЕ СВОЙСТВО ВСЕХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ, БЕЗ КОТОРОГО ОТТИСК ПОЛУЧИТЬ НЕВОЗМОЖНО 1) пластичность 2) простота в обращении 3) приятный цвет, вкус и запах 4) отсутствие усадки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>49.СТАНДАРТНЫЕ ЗАГОТОВКИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК СО ШТИФТОМ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ И РАСЦВЕТОВ КОРОНКИ С НАБОРОМ ШТИФТОВ К НИМ ПОЛУЧИЛИ НАЗВАНИЕ 1) коронок Логана 2) коронок Дювеля 3) коронок Копейкина</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) коронок Гаврилова	
<p>50. ПРИ ЗДОРОВОМ ПАРОДОНТЕ, КОГДА ДЕСНЕВОЙ КАРМАН ВЫРАЖЕН СЛАБО, УСТУП СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ НИЖЕ ДЕСНЕВОГО КРАЯ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,2-0,3 мм 2) 0,1-0,2 мм 3) 0,3-0,4 мм 4) 0,4-0,5 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>51. В ХОДЕ ПОДГОТОВКИ МОДЕЛИ К ДУБЛИРОВАНИЮ ОПОРНЫЕ ЗУБЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО МОДЕЛИРУЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воском 2) гипсом 3) пластмассой 4) цементом 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>52. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (-ЯХ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вестибулярной 2) вестибулярной и контактных 3) вестибулярной, оральной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>53. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конвергировать под углом 6-8° 2) быть строго параллельны 3) слегка дивергировать 4) конвергировать под углом 15-20 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>54. АЛЬГИНАТНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ЗАМЕШИВАЮТСЯ НА ВОДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) холодной 2) теплой 3) содержащей 3-4% поваренной соли 4) содержащей буру 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>55. ОСНОВУ СИЛИКОНОВЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кремнийорганические полимеры 2) натриевая соль альгиновой кислоты 3) эвгенол 4) парафин 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>56. ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКОВ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2% раствор глутарового альдегида 2) раствор марганцевокислого калия 3) плазму 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) ультразвук	
<p>57. ОБРАТИМЫЕ ГИДРОКОЛЛОИДНЫЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для дублирования моделей 2) функциональных 3) двойных 4) для оформления краев индивидуальных ложек 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>58. ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вспомогательных 2) конструкционных 3) зуботехнических 4) основных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>59. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нельзя 2) на любой срок наблюдения за больным 3) если у больного нет бруксизма 4) не более чем на 5–7 дней 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>60. ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ И ОБЖИГЕ ТУГОПЛАВКОГО ФАРФОРА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОЛПАЧКА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОЛЬГУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) платиновую 2) золотую 3) палладиевую 4) кадмиевую 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>61. ОБЖИГ ФАРФОРА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВЫХ КОРОНОК ПРОИЗВОДЯТ НА КОЛПАЧКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) платиновом 2) палладиевом 3) кадмиевом 4) серебряном 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>62. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ УСТУП СЛЕДУЕТ ПРЕПАРИРОВАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ (ЯХ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вестибулярной, оральной и контактных 2) вестибулярной 3) вестибулярной и контактных 4) вестибулярной, оральной, окклюзионной и контактных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>63. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ РЕЗЦОВ С ЖИВОЙ ПУЛЬПОЙ ОСОБУЮ ОСТОРОЖНОСТЬ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оральной поверхности в области вогнутости 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>2) вестибулярной поверхности 3) контактных поверхностях в области экватора 4) контактных поверхностях в пришеечной области</p>	
<p>64. КОРОНКИ, ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАЗБОРНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ</p> <p>1) фарфоровая и металлокерамическая 2) пластмассовая 3) штампованная металлическая 4) штампованная комбинированная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ МОГУТ БЫТЬ ФИКСИРОВАНЫ В</p> <p>1) артикулятор или окклюдатор 2) гнатодинамометр 3) кимограф 4) параллеломер</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДК СО ШТИФТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) патологическая стираемость зубов декомпенсированной формы 3 степени 2) если зуб депульпирован более года назад 3) если канал корня запломбирован до верхушки 4) если зуб имеет здоровые периапикальные ткани</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА НА УРОВНЕ С КРАЕМ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ</p> <p>1) штифтовой конструкцией 2) искусственной коронкой 3) вкладкой 4) мостовидным протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>68. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ РАЗРУШЕНИИ ЗУБОВ ПОКАЗАНЫ</p> <p>1) коронки на искусственной культе со штифтом 2) металлические штампованные коронки 3) литые коронки 4) комбинированные коронки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>70. ФИКСИРОВАТЬ ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <p>1) на любой срок наблюдения за больным 2) если у больного нет бруксизма 3) не более чем на 5–7 дней 4) нельзя</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>71. ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ, ИЗГОТОВЛЕННУЮ МЕТОДОМ НАНЕСЕНИЯ НА ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ (НА РЕФРАКТОРЕ) КОНЕЧНАЯ ЛИНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБА У КРАЯ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямого уступа под углом 90 градусов 2) «символа уступа» 3) уступа в форме ската под углом около 135 градусов 4) уступа со скошенным краем 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>72. АНОМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЗУБЫ (ГЕТЧИНСОНА, ФУРНЬЕ, ПФЛЮГЕРА) – ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) системной гипоплазии твердых тканей зубов 2) эндемического флюороза 3) эрозии эмали зубов 4) аномалии развития и прорезывания зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>73. ОСНОВОЙ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛПАЧОК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литой 2) штампованный 3) паяный 4) из платиновой фольги 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**
Дисциплина **ортопедическая стоматология**
Раздел **Обезболивание в ортопедической стоматологии**

<p>1. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неэффективность местных анестетиков и непреодолимый страх перед стоматологическими вмешательствами 2) невозможность осуществления препарирования зубов под местной анестезией 3) непереносимость местных анестетиков 4) заболевания центральной нервной системы и пороки ее развития у больных 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
--	---------------------------------------

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**
Дисциплина **ортопедическая стоматология**
Раздел **Методы обследования в ортопедической стоматологии**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на
---------------------------------------	-------------------

	формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1.. ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АППАРАТЕ T-SCAN ПАЦИЕНТ ПРИКУСЫВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) индивидуальную пластинку - сенсор 2) прикусные шаблоны с окклюзионными валиками 3) восковую пластинку 4) артикуляционную бумагу 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. МАСТИКАЦИОГРАФИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) запись жевательных движений нижней челюсти 2) запись сокращений жевательных мышц 3) запись движений головок нижней челюсти 4) регистрация характера смыкания зубных рядов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>5. ГНАТОДИНАМОМЕТР – ЭТО ПРИБОР ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выносливости пародонта 2) абсолютной силы жевательных мышц 3) жевательной эффективности 4) податливости слизистой оболочки рта 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. ПО МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ Н.И. АГАПОВЫМ, ЗА ЕДИНИЦУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИНЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боковой резец верхней челюсти 2) первый моляр нижней челюсти 3) первый премоляр верхней челюсти 4) клык нижней челюсти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7. ХРИСТИАНСЕН, ГЕЛЬМАН И РУБИНОВ ПРЕДЛОЖИЛИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жевательной эффективности зубных рядов 2) функциональной выносливости опорного аппарата зубов 3) движений нижней челюсти в процессе жевания 4) величины подвижности зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) графически регистрировать биопотенциалы мышц 2) измерять тонус жевательных и мимических мышц 3) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения сосудов в мышцах 4) исследовать напряжение кислорода в мышцах 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>9. МИОТОНОМЕТРИЯ – МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измерять тонус жевательных и мимических мышц 2) исследовать пульсовые колебания кровенаполнения 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>сосудов в мышцах</p> <p>3) графически регистрировать биопотенциалы мышц</p> <p>4) исследовать напряжение кислорода в мышцах</p>	
<p>10. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО</p> <p>1) сбор анамнеза</p> <p>2) внешний осмотр</p> <p>3) обследование полости рта</p> <p>4) осмотр зубных рядов</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОСЛОЙНОГО ИЗУЧЕНИЯ ФОРМЫ, СТРУКТУРЫ И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) компьютерной томографией</p> <p>2) телерентгенографией</p> <p>3) ортопантомографией</p> <p>4) панорамной рентгенографией</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <p>1) рентгенологическое обследование</p> <p>2) перкуссия суставов</p> <p>3) электромиографическое обследование</p> <p>4) электроодонтодиагностика</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ФОНОАРТРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ</p> <p>1) определить суставной шум при выслушивании височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>2) выявить изменения гемодинамики околоушно-жевательной области</p> <p>3) определить центральное соотношение челюстей</p> <p>4) произвести регистрацию движений нижней челюсти</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ПРИ АРТРОЗЕ ВНЧС ВЫСЛУШИВАЮТСЯ</p> <p>1) щелкающие звуки различной выраженности</p> <p>2) равномерные и мягкие звуки</p> <p>3) скользящие звуки</p> <p>4) звуки отсутствуют</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. АКСИОГРАФИЯ – ЭТО МЕТОД</p> <p>1) внеротовой регистрации движений нижней челюсти</p> <p>2) графической регистрации биопотенциалов мышц</p> <p>3) исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов в мышцах</p> <p>4) измерения тонуса жевательных и мимических мышц</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>1) гемодинамики</p> <p>2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</p> <p>3) движения головок нижней челюсти</p> <p>4) размеров элементов ВНЧС</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>17. ЭХОСТЕОМЕТРИЯ – МЕТОД</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследования плотности костной ткани 2) измерения гемодинамики сосудов пародонта 3) измерения тонуса жевательных и мимических мышц 4) внеротовой регистрации движений нижней челюсти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. В НОРМЕ ТЕМПЕРАТУРА ДЕСНЕВЫХ СОСОЧКОВ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 35,5-36,6°C 2) 27-28°C 3) 30,6-32,6°C 4) 37,2-37,5°C 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изготовить диагностические модели 2) препарировать опорные зубы 3) сделать анестезию 4) провести функциональные пробы 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эстезиометра 2) гнатодинамометра 3) реографа 4) вакуумного аппарата Кулаженко 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. В РАЗВИТИИ АНГУЛИТА ИГРАЮТ РОЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение высоты нижнего отдела лица (3,0-3,5 мм) 2) эндокринные нарушения 3) токсические поражения слизистой 4) термические поражения слизистой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) рентгенологический 3) биометрический 4) краниометрический 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анатомо-функциональный 2) антропометрический метод 3) с помощью циркуля золотого сечения 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) на основании изучения фотографий больного	
<p>24. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) углубление носогубной и подбородочной складок</p> <p>2) сглаженность носогубных и подбородочной складок</p> <p>3) удлинение нижнего отдела лица</p> <p>4) потеря жевательных зубов</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ</p> <p>1) регистрации гемодинамики в области ВНЧС</p> <p>2) определения сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</p> <p>3) движения головок нижней челюсти</p> <p>4) размеров элементов ВНЧС</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) магниторезонансную томографию</p> <p>2) артрографию</p> <p>3) артроскопию</p> <p>4) ультразвуковую диагностику</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) клинический</p> <p>2) рентгенологический</p> <p>3) биометрический</p> <p>4) изучение диагностических моделей</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ДЕЛЕНИЕ СПОСОБОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ</p> <p>1) неправильное</p> <p>2) правильное</p> <p>3) правильное только в некоторых случаях</p> <p>4) правильное во всех случаях</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. НОРМОЙ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы</p> <p>2) несущественные морфологические отклонения от оптимума</p> <p>3) несущественные функциональные отклонения от оптимума</p> <p>4) полноценное пережевывание пищи</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСТОЧНИКОМ ИЗЛУЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1.5 м</p> <p>2) 2 м</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) 1 м 4) 2.5 м</p>	
<p>31. ВМЕСТО РЕНТГЕНОВСКОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАФИИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <p>1) селеновые пластины 2) графитные пластины 3) белая бумага 4) сажа</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. МЕТОД ПОЛЯРОГРАФИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>1) напряжение кислорода и углекислоты в тканях 2) избыток углекислоты в тканях 3) избыток кислорода в тканях 4) нарушение окислительно-восстановительных процессов в тканях</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. РЕНТГЕНОКИНЕМАТОГРАФИЯ – ЭТО</p> <p>1) метод рентгенологического исследования с применением киносъемки рентгеновского изображения 2) рентгенография на расстоянии 3) рентгенография в положении лежа 4) рентгенография сидя</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ</p> <p>1) боль и ограничение открывания рта 2) тризм жевательных мышц 3) околоушный гипергидроз 4) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) рентгенография и компьютерная томография 2) аудиометрия 3) биохимия крови 4) электроодонтодиагностика</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ АРТРОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ</p> <p>1) крепитацию 2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей 3) щелкающие звуки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) неравномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей	
37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ 1) травматический передний двусторонний вывих 2) травматический передний односторонний вывих 3) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти 4) травматический задний односторонний вывих нижней челюсти	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
38. У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС ВСТРЕЧАЕТСЯ 1) 57-75% из них 2) 70-90% из них 3) 27-67% из них 4) 15% из них	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
39. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВНЧС ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 1) гемодинамики 2) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области 3) движения головок нижней челюсти 4) размеров элементов ВНЧС	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**
Дисциплина **ортопедическая стоматология**
Раздел **Гнатология**

1. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОГУТ БЫТЬ 1) щечных бугров жевательных зубов и (или) контакт клыков 2) контакт клыков и боковых резцов 3) резцов и щечных бугров премоляров 4) резцов	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
2.. ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВИДА ПРИКУСА В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СМЫКАНИЕ 1) первых постоянных моляров 2) вторых постоянных моляров 3) клыков 4) боковых резцов	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
3.. ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПРОИЗВОДИТ 1) артикулятор 2) окклюдатор 3) параллелометр	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

4) лицевая дуга	
4. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ 1) зубным, суставным, мышечным 2) лицевым, глотательным, зубным 3) язычным, мышечным, зубным 4) зубным, глотательным, лицевым	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
5. ОККЛЮЗИЯ – ЭТО 1) всевозможные смыкания зубных рядов или отдельных групп зубов-антагонистов 2) смыкание зубных рядов при ортогнатическом прикусе 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней 4) ортогнатический прикус	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
6. РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОКОЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ 1) 2,0-4,0 мм 2) 0,5-1,0 мм 3) 5,0-7,0 мм 4) 6,0-8,0 мм	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
7. ЧТО ТАКОЕ «БРУКСИЗМ» 1) зубной скрежет 2) воспаление десен 3) кровоточивость десен 4) кариозные полости	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
8. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЧС ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ 1) нормализации функциональной окклюзии 2) снижения окклюзионной высоты 3) уменьшения нагрузки на пародонт 4) достижения плавности движений нижней челюсти	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
9. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1) изменение конфигурации суставной щели 2) расширением суставной щели 3) нечеткими контурами головок нижней челюсти 4) деформацией костных элементов сустава	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
10. АУСКУЛЬТАЦИЯ ВНЧС ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВЫЯВЛЯЕТ 1) щелкающие звуки 2) крепитацию	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>3) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей</p> <p>4) отсутствие суставного шума</p>	
<p>11. ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>1) съемные пластмассовые каппы</p> <p>2) устранение деформаций зубных рядов</p> <p>3) протезирование дефектов зубных рядов с восстановлением при необходимости межальвеолярного расстояния</p> <p>4) накусочные пластиночные аппараты</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ПРИЗНАК ДИСФУНКЦИИ ВНЧС</p> <p>1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти</p> <p>2) боли в височной области</p> <p>3) открывание рта до 4,5—5,0 см</p> <p>4) головная боль</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ И ПОДВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) вправление вывиха и создание препятствия для широкого открывания рта</p> <p>2) нормализация межальвеолярного расстояния при его нарушениях</p> <p>3) протезирование полости рта</p> <p>4) физиотерапевтическое лечение</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ЭИОЛОГИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС</p> <p>1) отсутствие зубов в боковом отделе</p> <p>2) чрезмерное резцовое перекрытие</p> <p>3) истончение головок нижней челюсти, деформация суставного бугорка</p> <p>4) склерозирование сочлененных поверхностей</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПОТЕРИ БОКОВЫХ ЗУБОВ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <p>1) дисфункция ВНЧС</p> <p>2) кариес</p> <p>3) уменьшение межальвеолярной высоты</p> <p>4) функциональная перегрузка оставшихся зубов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ</p> <p>1) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки</p> <p>2) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок</p> <p>4) головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула, связки, мышцы</p>	
<p>17. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРОИСХОДИТ К</p> <p>1) 6-7 годам</p> <p>2) 7-8 месяцам</p> <p>3) 3-4 годам</p> <p>4) 9-10 годам</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. ШИРИНА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) в переднем отделе – 2 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 3 мм</p> <p>2) в переднем отделе – 1 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 1 мм</p> <p>3) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 1 мм, в заднем – 2 мм</p> <p>4) в переднем отделе – 3 мм, в среднем – 2 мм, в заднем – 3 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. ЗА СЧЕТ ЧЕГО ВЫРАВНИВАЕТСЯ ИНКОНГРУЭНТНОСТЬ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА</p> <p>1) капсулы и диска</p> <p>2) связок и мышц</p> <p>3) суставного бугорка</p> <p>4) суставной головки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО (ФУНКЦИОНАЛЬНОГО) ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ</p> <p>1) разобщены на 2,0-4,0 мм</p> <p>2) сомкнуты</p> <p>3) разобщены на 0,5-1,0 мм</p> <p>4) разобщены на 4,0-6,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. САГИТТАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <p>1) Шпее (1890)</p> <p>2) Бонвилль (1895)</p> <p>3) Гизи (1912)</p> <p>4) Астахов (1938)</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	
<p>23. САГИТТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЫПУКЛОСТЬЮ ОБРАЩЕНА</p> <p>1) вниз 2) вверх 3) вовнутрь 4) кнаружи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТСУТСТВУЕТ У</p> <p>1) вторых премоляров 2) первых премоляров 3) первых моляров 4) вторых моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. ЧЕМУ РАВНА ВЕЛИЧИНА ГОТИЧЕСКОГО УГЛА</p> <p>1) 100-110° 2) 50-70° 3) 17° 4) 30-40°</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ТРАНСВЕРЗАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ КРИВУЮ ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛ</p> <p>1) Уилсон 2) Шпее 3) Бенетт 4) Хантер</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>30. ОСНОВНОЙ ЗУБНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ</p> <p>1) максимальное количество фиссурно-бугорковых контактов зубов-антагонистов 2) реццовые линии совпадают между собой 3) зубные ряды смыкаются по I классу Энгля 4) реццовые линии совпадают с центральной линией лица</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. СРЕДНИЕ ПАРАМЕТРЫ УГЛА САГИТТАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ</p> <p>1) 30-50° 2) 17-25° 3) 20-40° 4) 40-60°</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. УГОЛ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ ОБРАЗОВАН ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ЛИНИИ САГИТТАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ С</p> <p>1) окклюзионной плоскостью 2) камперовской горизонталью 3) франкфуртской горизонталью 4) сагиттальной плоскостью</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ В НОРМЕ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>1) контакт клыков и щечных бугров премоляров и моляров 2) контакт резцов 3) контакты клыков и боковых резцов 4) контакт дистальных бугров вторых моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ДВИЖЕНИЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ ЛАТЕРАЛЬНО И ВВЕРХ ВО ВРЕМЯ БОКОВОГО ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) движение Беннета 2) движение Уилсона 3) движение Шпее 4) движение Крауля</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>1) от 2 до 4 мм 2) от 0 до 2 мм 3) от 4 до 6 мм 4) от 6 до 8 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. КАКОЙ МЕЖЗУБНОЙ КОНТАКТ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ</p> <p>1) линейный</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>2) точечный 3) прерывистый 4) избирательный</p>	
<p>37. НИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ У ОСНОВАНИЯ ЗАДНЕГО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) центральном соотношении челюстей 2) открытом рте 3) ортогнатическом прикусе 4) глубоком прикусе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38. РЕЗЦОВЫЙ ПУТЬ ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при выдвигании ее вперед 2) движение суставной головки при открывании рта 3) путь, совершаемый резцами нижней челюсти при открывании рта 4) разность расстояний между резцами нижней и верхней челюстей в центральной и передней окклюзиях 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. УГОЛ БОКОВОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТА) РАВЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 17° 2) 11° 3) 45° 4) 100-110° 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40. АРТРОЗ — ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНЧС, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой ткани, костной и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 2) сочетанием атрофических, дегенеративных и пролиферативных изменений хрящевой и соединительной тканей сустава с элементами воспаления 3) воспалением тканей сустава, обостряющемся при переохлаждении, ноющими и иррадирующими болями 4) блокированием движений нижней челюсти, болью, хрустом и шелканием в суставе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АРТРИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боли в суставе, усиливающиеся при движениях нижней челюсти 2) постоянные боли в суставе в покое 3) приступообразные боли в суставе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) открывание рта до 4,5—5,0 см	
<p>42. ПРИ ПОТЕРЕ ЛЕВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ МОЖЕТ СМЕЩАТЬСЯ ВО ВТОРИЧНУЮ ВЫНУЖДЕННУЮ ОККЛЮЗИЮ</p> <p>1) назад и влево 2) влево 3) вправо 4) вперед и вправо</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС</p> <p>1) 3—6 месяцев 2) одна неделя 3) две недели 4) один месяц</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ О СТРУКТУРАХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВНЧС ВОЗМОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОЗ</p> <p>1) мышечно-суставной дисфункции 2) остеомы суставного отростка нижней челюсти 3) артрита 4) артроза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. ПРИ ПОТЕРЕ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ЛЕВАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (РАБОЧАЯ СТОРОНА) СМЕЩАЕТСЯ</p> <p>1) вперед, вниз, внутрь 2) назад, вверх и наружу 3) назад, вниз и внутрь 4) вперед, вверх и наружу</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>44. ПРИ ИЗБИРАТЕЛЬНОМ СОШЛИФОВАНИИ ЗУБОВ</p> <p>1) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) не сошлифовывают 2) сошлифовывают вершины всех бугорков 3) сошлифовывают скаты всех бугорков 4) вершины опорных бугорков (небных верхних и щечных нижних) сошлифовывают</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>45. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ МОГУТ БЫТЬ КОНТАКТЫ</p> <p>1) щечных бугорков жевательных зубов или клыков 2) групповые щечных бугорков жевательных зубов 3) клыков и боковых резцов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) резцов и щечных бугорков премоляров	
46. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ В ЗАДНЕЙ КОНТАКТНОЙ ПОЗИЦИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ 1) дистально 2) в правую боковую окклюзию 3) в левую боковую окклюзию 4) в переднюю окклюзию	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
47. К ГИПЕРБАЛАНСИРУЮЩИМ ОТНОСЯТ ОККЛЮЗИОННЫЕ КОНТАКТЫ 1) на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны 2) на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне 3) на балансирующей стороне на рабочей стороне	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
48. ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ СОШЛИФОВАНИЕ ПРОВОДЯТ В 1) 3-4 посещения 2) 5-6 посещений 3) одно посещение 4) два посещения	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
49. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ КОНТАКТЫ УСТРАНЯЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ 1) в центральной окклюзии, центральном соотношении 2) в правой боковой окклюзии 3) в левой боковой окклюзии 4) передней окклюзии	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**
Дисциплина **ортопедическая стоматология**
Раздел **Ортопедическое лечение частичной потери зубов**

1. К ЧЕТВЕРТОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ 1) включенный, в переднем отделе 2) односторонний концевой 3) двусторонний концевой 4) двусторонний, включенный, в боковом отделе	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10
2. ПРОЦЕНТ НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА, СТРАДАЮЩЕГО ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

<p>ЗУБОВ 1) 75% 2) 50% 3) 60% 4) 85%</p>	
<p>3.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ 1) двусторонний концевой 2) односторонний концевой 3) двусторонний, включенный, в боковом отделе 4) односторонний, включенный, в боковом отделе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО КЕННЕДИ, ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ 1) односторонний концевой 2) двусторонний концевой 3) включенный, в переднем отделе 4) односторонний, включенный, в боковом отделе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>5.К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА, ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) односторонний концевой дефект 2) включенные дефекты в боковом отделе 3) двухсторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой дефект 3) включенный дефект в переднем отделе 4) двухсторонний концевой дефект</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7.КО ВТОРОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И.ГАВРИЛОВУ ОТНОСЯТСЯ 1) двухсторонний концевой дефект 2) включенный дефект в боковом отделе 3) односторонний концевой дефект 4) включенный дефект в переднем отделе</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8. К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТ(Ы) 1) односторонний включенный дефект в боковом отделе 2) односторонний концевой 3) двухсторонний концевой 4) двухсторонний, включенный, в боковых отделах</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>9. ПРИБИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ УДАЛЕНИЯ ЗАНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первые моляры 2) резцы 3) вторые премоляры 4) клыки 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>10. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двусторонний концевой 2) односторонний концевой 3) двусторонний, включенный в боковом отделе 4) односторонний, включенный в боковом отделе 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокий 2) открытый 3) перекрестный 4) прямой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. РАЗБОРНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженном наклоне опорных зубов 2) при концевых дефектах зубных рядов 3) больших дефектах зубных рядов 4) подвижности опорных зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательно 2) седловидная форма 3) с промывным пространством (висячая форма) 4) произвольно 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ПРОВЕРКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) паяного 2) любого 3) цельнолитого 4) металлокерамического 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. МАЛЫЕ СЕДЛОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ИМЕЮТ В</p>	<p>УК-1</p>

<p>КАЧЕСТВЕ ОПОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кламмеры и телескопические коронки 2) коронки 3) полукоронки 4) штифтовые зубы <p>16..МОДЕЛИРОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ОДНОВРЕМЕННО С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТЬЮ ШТАМПОВАННО-ПАЯНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДЛАГАЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Копейкин 2) Вебер 3) Пономарев 4) Баянов 	<p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>17. УСТАНОВИТЬ СТЕПЕНЬ НАКЛОНА ОПОРНЫХ ЗУБОВ И В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОТЕЗА НАМЕТИТЬ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ НЕОБХОДИМО СОШЛИФОВАТЬ ДЛЯ СВОБОДНОГО НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА, ПОЗВОЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометр 2) гнатодинамометр 3) аппарат Петросова 4) аппарат Пономарева 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. В СРЕДНЕМ ВЕЛИЧИНА ПРОМЫВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1-1,5 мм 2) 0,3-0,5 мм 3) 0,5-0,8 мм 4) 0,8-1 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. СПЕЦИАЛЬНЫЙ ПРИПОЙ ДЛЯ СТАЛИ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ПЛАВЛЕНИЯ 800°С БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) А.Г.Цитриным 2) В.Н. Копейкиным 3) В.А. Пономаревым 4) О.Д. Глазовым 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. ФЛЮСЫ ПРИ ПАЯНИИ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для предотвращения образования оксидной пленки 2) для очищения спаиваемых поверхностей 3) для уменьшения температуры плавления припоя 4) для увеличения площади спаиваемых поверхностей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. ДЛЯ ПАЙКИ КОРОНОК ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ</p>	<p>УК-1</p>

<p>СТАЛИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИПОЙ НА ОСНОВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серебра 2) золота 3) буры 4) олова 	<p>ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. ОСОБЕННОСТЬЮ КОМБИНИРОВАННЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие комбинированной промежуточной части 2) наличие опорных коронок 3) наличие промывного пространства 4) отсутствие жевательных бугров 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>23. ФИКСИРОВАТЬ МОСТОВИДНЫЙ КЕРАМИЧЕСКИЙ ПРОТЕЗ ВРЕМЕННЫМ ЦЕМЕНТОМ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на любой срок наблюдения за больным 2) если у больного нет бруксизма 3) не более чем на 5-7 месяцев 4) нельзя 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не касается 2) касается по всей поверхности 3) касается в двух точках 4) касается в одной точке 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) промывная 2) касательная 3) седловидная 4) может быть любой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ФОРМА ТЕЛА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательная 2) промывная 3) седловидная 4) может быть любой 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА С ОДНОСТОРОННЕЙ ОПОРОЙ ИМЕЮТСЯ НЕДОСТАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов 2) необходимость депульпирования опорных зубов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) препарирование большого количества опорных зубов 4) неудовлетворительное эстетическое качество</p>	
<p>27. «МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ» ВКУС В ПОЛОСТИ РТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ШТАМПОВАННО-ПАЯННЫМ МОСТОВИДНЫМ ПРОТЕЗОМ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ИЗ-ЗА</p> <p>1) наличия в припое цинка, меди, кадмия 2) нитрид-титанового покрытия протеза 3) наличия гингивита у пациента 4) заболевания печени</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. СКОЛЫ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ</p> <p>1) у пациентов с парафункциями жевательных мышц 2) зубов с низкими клиническими коронками 3) при большой протяженности мостовидного протеза 4) пациентов молодого возраста</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРАМИ НА ДЕПУЛЬПИРОВАННЫЕ ЗУБЫ</p> <p>1) периодонтит 2) отлом культи зуба 3) расцементировка коронки 4) пульпит</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>30. ТОЛЩИНА ДУГИ В ДУГОВОМ ПРОТЕЗЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАВНА</p> <p>1) 2,0—2,5 мм 2) 0,5—1,0 мм 3) 1,0—1,5 мм 4) 1,5—2,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КАРКАСА ДЛЯ КРЕПЛЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) не менее 2/3 от общей длины седловидной части протеза 2) 4,0 мм 3) 5,0 мм 4) не менее 1/3 от общей длины седловидной части протеза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. ОТНОШЕНИЕ НЕБНОЙ ДУГИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТВЕРДОГО НЕБА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) не касается на 0,5–1,0 мм 2) касается 3) не касается на 1,0–1,5 мм 4) не касается на 1,5–2,0 мм</p>	
<p>33. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <p>1) 1,5 мм 2) 1,0 мм 3) 0,2 мм 4) 0,5 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ТИП АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ПО ЭЛЬБРЕХТУ), ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖЕН ДИСТАЛЬНЫЙ СДВИГ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>1) втором 2) первом 3) третьем 4) четвертом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ ЗУБЫ, НА КОТОРЫХ РАСПОЛАГАЮТСЯ КЛАММЕРЫ</p> <p>1) кламмерная 2) диагональная 3) разделительная (межевая) 4) экваторная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>36. ЧАСТЬ ПЛЕЧА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ПРЕПЯТСТВУЮЩАЯ ВЕРТИКАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЯМ ПРОТЕЗА, РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в ретенционной зоне 2) в зоне поднутрения 3) в окклюзионной зоне 4) в кламмерной зоне</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37. НА ОДИНОЧНО СТОЯЩИЙ МОЛЯР ПРИМЕНЯЮТ КЛАММЕР</p> <p>1) кольцевидный 2) Аккера 3) Роуча 4) Бонвиля</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>38. В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ НАКЛОНЕ ПРЕМОЛЯРОВ В ОРАЛЬНУЮ ИЛИ ВЕСТИБУЛЯРНУЮ СТОРОНУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ней 3 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. КОЛИЧЕСТВО ВИДОВ КЛАММЕРОВ СИСТЕМЫ НЕЯ РАВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пяти 2) семи 3) девяти 4) десяти 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40. ОПОРНАЯ ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоне 2) в зоне поднутрения 3) ретенционной зоне 4) кламмерной зоне 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) между экватором коронки зуба и краем десны 2) между экватором и жевательной поверхностью коронки зуба 3) на экваторе зуба 4) на жевательной поверхности зуба 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>42. ПРИ НАНЕСЕНИИ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) штифт-грифель 2) штифт-нож 3) штифт-анализатор 4) измеритель глубины поднутрения (ретентоскоп) 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. ПРИБОР ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометр 2) гнатодинамометр 3) осциллограф 4) эстезиометр <p>44. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕМЕНТОВ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛИНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разделительная (межевая) линия 2) продольная ось зуба 3) линия анатомического экватора 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) линия вертикали	
<p>45. ЧАСТЬ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННАЯ МЕЖДУ РАЗДЕЛИТЕЛЬНОЙ (МЕЖЕВОЙ) ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окклюзионной зоной 2) зоной поднутрения 3) ретенционной зоной 4) кламмерной зоной 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>46. ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ИЗГОТАВЛИВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) из базисного воска 2) из липкого воска 3) моделировочного воска 4) из бюгельного воска 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>47. ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ МЕЖДУ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ОТРОСТКОМ И АНАЛИЗИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зоной поднутрения 2) окклюзионной зоной 3) ретенционной зоной 4) кламмерной зоной 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>48. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДУБЛИРОВАНИЯ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидроколлоидные 2) альгинатные 3) силиконовые 4) цинкоксидэвгеноловые 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>49. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кобальто-хромовый сплав 2) нержавеющей сталь 3) сплав золота 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) серебряно-палладиевый сплав	
<p>50. ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ СЪЕМНОГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) параллелометра 2) гнатодинамометра 3) реографа 4) осциллографа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>51. ВЫСОКУЮ ТОЧНОСТЬ КАРКАСАМ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цельная отливка всего каркаса протеза 2) спаивание элементов протеза 3) смешанный метод их изготовления: 4) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмеров 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>52. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ ПЕРЕД ЕЕ ДУБЛИРОВАНИЕМ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изолировать зоны поднутрений на зубах и альвеолярных отростках 2) обрезать цоколь модели 3) пропитать водой 4) удалить линии, нанесенные на цоколе модели 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>53. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бюгелит 2) этилсиликат 3) аурит 4) силамин 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>54. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТАХ БОЛЬШОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА И ВЫРАЖЕННОМ ТОРУСЕ ТВЕРДОГО НЕБА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) окончатая 2) решетчатая 3) подковообразная 4) полная небная пластинка 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>55. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ГЛУБОКОМ ТРАВМИРУЮЩЕМ ПРИКУСЕ И ВКЛЮЧЕННОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подковообразная 2) решетчатая 3) полная небная пластинка 4) поперечная небная пластинка 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>56. ФОРМА ЛИТОГО БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПОТЕРИ ВТОРЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поперечная небная пластинка 2) полная небная пластинка 3) подковообразная 4) решетчатая 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>57. ФУНКЦИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распределение жевательной нагрузки 2) удержание протеза 3) шинирование зубов 4) непрягая фиксация протеза 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>58. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ КОНЧИКА ФИКСИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШТАТНОГО СТЕРЖНЯ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измерителя глубины поднутрения (степени ретенции) 2) аналитического 3) графитового 4) указательного 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>59. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) явка на следующий день после наложения протеза, даже если он не будет вызывать неудобств 2) явка на контрольный осмотр через 2 дня 3) явка на контрольный осмотр через 3 дня 4) если пациенту при пользовании протезом не будет больно, то являться необязательно. 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>60. ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхней челюсти и нижней челюсти вместе с протезом 2) обеих челюстей без протеза 3) нижней челюсти без протеза 4) нижней челюсти вместе с протезом 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>61. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выяснение жалоб больного 2) проверка фиксации протеза 3) проверка центральной окклюзии 4) проверка боковых и передней окклюдий 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>62. ПРОВЕРКУ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе) 2) определения высоты нижнего отдела лица 3) введения восковой конструкции в рот 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного 	
<p>63. ПРИ МАЦЕРАЦИИ КОЖИ УГЛОВ РТА БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ ПРОТЕЗОМ С ЗУБАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фарфоровыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица 2) пластмассовыми 3) фарфоровыми 4) пластмассовыми, изготовленным с учетом восстановления высоты нижней трети лица 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>64. КОНЦЕВЫХ СЕДЛАХ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на 2/3 длины седла 2) на 1/3 длины седла 3) на 1/2 длины седла 4) на всю длину седла 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. «МРАМОРНОСТЬ» ПЛАСТМАССОВОГО БАЗИСА ПРОТЕЗА ПОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при несоблюдении технологии замешивания пластмассы 2) при истечении срока годности мономера 3) при истечении срока годности полимера 4) при нарушении температурного режима полимеризации 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПРИ НЕИЗБЕЖНОСТИ КОНТАКТА БАЗИСА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОРАЖЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИЩАЕМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) съемный протез с пластмассовым базисом, покрытым серебром 2) съемный протез с металлическим базисом 3) съемный протез с двухслойным базисом 4) дуговой протез 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ПЛОТНОСТЬ СМЫКАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА КОНТРОЛИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) шпателя 2) разговорной пробы 3) базисного воска 4) силиконового ключа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>68. ФИКСАЦИЮ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ОДНОСТОРОННЕГО КОНЦЕВОГО ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НИЗКИХ КЛИНИЧЕСКИХ КОРОНКАХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ</p> <p>1) <i>кляммером Бонвиля</i></p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>2) телескопические коронки 3) кламмером Аккера 4) кламмером четвертого типа Нея</p>	
<p>69. ИЗМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ДУГИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>1) выраженным торусом твердого неба 2) желанием больного 3) формой твердого неба 4) топографией дефектов зубного ряда</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>70. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ШИНИРУЮЩЕГО ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>1) кламмер Бонвиля 2) кламмер Аккера 3) кламмер Роуча 4) телескопическую коронку</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>71. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ БАЛОЧНУЮ СИСТЕМУ КРЕПЛЕНИЯ ДУГОВЫХ ШИНИРУЮЩИХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) включенные дефекты зубной дуги 2) молодой возраст пациентов 3) заболевания пародонта 4) высокие клинические коронки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>72. АТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ</p> <p>1) в виде петли, обращенной к десневому краю или жевательной поверхности 2) срединное 3) диагональное 4) в виде прямой линии</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>73. ТИПИЧНАЯ МЕЖЕВАЯ ЛИНИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <p>1) в виде прямой линии 2) в виде петли, обращенной к контактной поверхности 3) низкое 4) волнообразная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>74. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) альгинатные материалы 2) гипс 3) термопластические материалы 4) силиконовые или тиokolовые материалы</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>75. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ПРИ ПОДГОТОВКЕ ГИПСОВОЙ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ГИПС СНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по краям лунок, слегка их закругляя 2) с вестибулярной стороны альвеолярных частей 3) оральной стороны альвеолярных частей 4) вестибулярной и оральной сторон альвеолярных частей 	
<p>76. КОНСТРУКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ РАБОЧИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ЛИТЬЯ СЛОЖНЫХ КОНСТРУКЦИЙ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) материал для огнеупорных моделей 2) медицинского гипса 3) супергипса 4) фосфатцемента 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>77. ПРИ НИЗКИХ КОНВЕРГИРОВАННЫХ МОЛЯРАХ В ДУГОВЫХ ПРОТЕЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАММЕРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ней 5 2) Ней 1 3) Ней 4 4) Ней 2 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>78. ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ОТТИСКОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ВАЖНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба 2) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов 3) точность отображения переходной складки 4) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>79. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ДОПУСТИМО ПРИ ПОТЕРЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от одного до четырех резцов 2) клыка 3) премоляров 4) двух премоляров и одного моляра 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>80. ПРИ ОТСУТСТВИИ ВТОРОГО ПРЕМОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОТЕЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мостовидным протезом с опорой на премоляр и моляр, искусственной коронкой с опорой на имплантат 2) съемным пластиночным протезом 3) несъемным протезом с односторонней опорой на моляре 4) несъемным протезом с односторонней опорой на 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>премоляре</p>	
<p>81. ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ НЕСЪЕМНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) безвзвешенные цементы для временной фиксации 2) цинкокси-двухфосфорную пасту (типа «Репин») 3) водный дентин 4) цемент «Унифас» 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>82. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) каркас дугового протеза 2) седло с искусственными зубами 3) опорно-удерживающий кламмер 4) многозвеньевой кламмер 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>83. ВЕЛИЧИНА ЗАЗОРА МЕЖДУ КАРКАСОМ СЕДЛОВИДНОЙ ЧАСТИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) около 1,5 мм 2) 0 мм 3) 0,2 мм 4) 0,5 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>84. УКАЖИТЕ ВИДЫ ПРИКУСА, ПРИ КОТОРОМ СУЖАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокий 2) открытый 3) глубокое резцовое перекрытие 4) перекрестный 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>85. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ (ТЕЛО) МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) касательно 2) в виде седла 3) с промывным пространством (висячая форма) 4) произвольно 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>86. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) паяного 2) любого 3) цельнолитого 4) металлокерамического</p>	
<p>87. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>1) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров и на зубном бугорке клыка 2) в области шейки зуба 3) на режущем крае зуба 4) в межбугорковой бороздке премоляров и моляров</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>88. ПРИ ОДНОСТОРОННИХ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА НА БОКОВЫХ ЗУБАХ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>1) кламмер Бонвиля или телескопическую коронку 2) кламмер Нея №1 3) кламмер Нея №2 4) кламмер кольцевидный</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>89. ВИДЫ НЕПРЯМОЙ ФИКСАЦИИ ДУГОВЫХ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) отросток с накладкой на оральную поверхность передних зубов 2) кольцевой кламмер и плечо Бонихарда 3) многозвеньевые кламмеры (накладки) 4) когтевидные (амбразурные) отростки</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>90. ОБЩАЯ ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ПО КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ НА РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ, НАЗЫВАЕТСЯ ЛИНИЕЙ</p> <p>1) разделительной (межевой) 2) поднутрения 3) обзора 4) анатомического экватора зуба</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>91. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК ПРЕДЛОЖЕН</p> <p>1) Шротом 2) Бонвилем 3) Фошаром 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>92.</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>93.</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

94.	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

Специальность **Стоматология ортопедическая 31.08.75**
Дисциплина **ортопедическая стоматология**
Раздел **Ортопедическое лечение полной потери зубов**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. УГОЛ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <p>1) увеличивается 2) уменьшается 3) не изменяется 4) деформируется</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>2. ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА</p> <p>1) язычной поверхности альвеолярной части 2) на вестибулярной поверхности 3) гребня альвеолярной части 4) язычной поверхности альвеолярного отростка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>3. ПЕРВЫЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие 2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 3) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 4) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>4. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус 2) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня 3) альвеолярная часть нижней челюсти хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковых отделах 4) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>бугра, плоское твердое небо, широкий торус</p>	
<p>5. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ШРЕДЕРУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюстного бугра, плоское твердое небо, широкий торус</p> <p>2) высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные верхнечелюстные бугры, глубокое твердое небо, слабо выраженный торус или его отсутствие</p> <p>3) средняя степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины твердое небо, выраженный торус</p> <p>4) резкая равномерная атрофия всей альвеолярной части нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне гребня</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>6. ВТОРОЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) слизистая оболочка атрофирована, слизистая оболочка покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>2) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>7. ТРЕТИЙ КЛАСС КЛАССИФИКАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО СУППЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) рыхлая слизистая оболочка, которая часто гиперемирована, отечна</p> <p>2) слизистая оболочка атрофирована, покрывает альвеолярный отросток и небо тонким натянутым слоем</p> <p>3) умеренно податливая слизистая оболочка</p> <p>4) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, болтающийся мягкий гребень в области резцового отверстия, в области межрезцового сосочка</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>8. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОТТИСК, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ НАГРУЗКУ НА ОТДЕЛЬНЫЕ УЧАСТКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) дифференцированным функциональным</p> <p>2) анатомическим</p> <p>3) разгружающим</p> <p>4) функциональным</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>9. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ</p> <p>1) 1,5—2,0 мм</p> <p>2) примерно 1,0 мм</p> <p>3) 1,0-1,5 мм</p> <p>4) 2,0-3,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>10. РАЗГРУЖАЮЩИЙ ОТТИСК С БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) «болтающемся» мягком гребне альвеолярного отростка 2) при снижении высоты нижнего отдела лица 3) при резкой атрофии альвеолярных частей 4) при повышенной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>11. ОПРЕДЕЛИТЕ ГРАНИЦУ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ САВВИДИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проходит за буграми верхней челюсти 2) проходит до бугров верхней челюсти 3) перекрывает слепые отверстия на 3-5 мм 4) не доходит до небных ямок 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>12. ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ГЕРБСТ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четыре 2) пять 3) три 4) две 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>13. ПАССИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врача-стоматолога ортопеда 2) самого пациента 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>14. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКА В СТОРОНУ ЩЕКИ ПРИ ПОЛУЗАКРЫТОМ РТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подъязычный край ложки на 1 см от средней линии 2) зона челюстно-подъязычной линии 3) зона между клыками 4) область нижнечелюстных бугорков 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>15. АКТИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ КРАЕВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самого пациента 2) врача-стоматолога ортопеда 3) помощника врача-стоматолога 4) медицинской сестры 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>16. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ ДВИЖЕНИИ ЯЗЫКОМ ПО КРАСНОЙ КАЙМЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зона челюстно-подъязычной линии 2) по средней линии с язычной стороны 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) область клыков по вестибулярному краю 4) подъязычный край ложки в зоне 1 см от средней линии</p>	
<p>17. ОПРЕДЕЛИТЕ ЗОНУ КОРРЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДИКЕ ГЕРБСТА ПРИ СМЕЩЕНИИ ЛОЖКИ ВО ВРЕМЯ ГЛОТАНИЯ И ШИРОКОГО ОТКРЫВАНИЯ РТА</p> <p>1) область клыков; от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии с язычного края и до второго моляра с вестибулярной стороны 2) подъязычная область по средней линии 3) от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии 4) от нижнечелюстного бугорка до второго моляра с вестибулярной поверхности и до челюстно-подъязычной линии с язычной стороны</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>18. ПРИ КАКИХ ТИПАХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОМПРЕССИОННЫЙ ВИД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТТИСКА</p> <p>1) при первом типе атрофии челюсти по Оксману слизистая оболочка протезного ложа соответствует I классу по Суппле 2) слизистая оболочка протезного ложа верхней челюсти соответствует I классу по Суппле, по средней линии неба расположен сильно выраженный торус 3) слизистая оболочка протезного ложа соответствует II классу Суппле 4) при хорошо выраженной костной основе альвеолярной части в боковых отделах в передней</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>19. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением 2) прикусывание слизистой щек 3) углубление естественных складок лица 4) заедание щек</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>20. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи, быстрая утомляемость жевательных мышц 2) укорочение верхней губы 3) опущение углов рта 4) углубление носогубных складок</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>21. ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДИКИ ВНУТРИРОТОВОГО ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВАЛИКОВ ПО МЕТОДУ КАТЦА-ГЕЛЬФАНДА</p> <p>1) индивидуальное оформление окклюзионных валиков 2) точная запись сагиттального суставного пути 3) точная запись резцового сагиттального пути 4) возможность точного определения центрального положения нижней челюсти</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>22. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) Васильев 2) Рубинов 3) Гельман 4) Гизи 	
<p>23. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>24. ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СФЕРИЧЕСКОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженное прогеническое соотношение челюстей 2) глубокий прикус 3) перекрестный прикус 4) значительное обнажение альвеолярного отростка при улыбке 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>25. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) резцовый сосочек 2) большая небная складка 3) срединная линия 4) линия, проходящая через крыло носа 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>26. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В АРТИКУЛЯТОРЕ ГНАТОМАТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наружный край большой небной складки 2) внутренний край большой небной складки 3) резцовый сосочек 4) линия, проходящая через углы рта 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>27. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОВЕРКИ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проверка постановки зубов в артикуляторе или окклюдаторе 2) проверка гипсовых моделей челюстей 3) проверка воскового шаблона с зубами в полости рта 4) визуальный осмотр восковой конструкции протеза 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>28. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ СОСТОИТ ИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пяти этапов 2) двух этапов 3) трех этапов 4) четырех этапов 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>29. ПЕРЕКРЕСТНАЯ ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мезиальном прикусе 2) прямом соотношении беззубых челюстей 3) перекрестном соотношении беззубых челюстей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

4) глубококом прикусе	
<p>30. РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ, СТАЧИВАНИЕ ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ МИНИМАЛЬНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ВЕРХНИМИ И РАСШИРЕНИЕ БОРОЗДОК МЕЖДУ ЩЕЧНЫМИ БУГРАМИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прямом соотношении беззубых челюстей 2) перекрестном соотношении беззубых челюстей 3) мезиальном соотношении беззубых челюстей 4) дистальном соотношении беззубых челюстей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>31. ПРИ МЕЗИАЛЬНОМ ПРИКУСЕ ПОСТАНОВКУ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхнюю зубную дугу укорачивают на один второй премоляр 2) ставят только по одному премоляру на нижней челюсти вместо двух 3) ставят зубы в разной окклюзии 4) создают минимальное перекрытие верхними зубами нижних 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>32. ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРАВИЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ КОНТРОЛИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разговорной пробы 2) шпателя 3) микрометра 4) субъективных ощущений пациента 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>33. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВЫХ МОДЕЛЕЙ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОБНАРУЖЕНЫ ЩЕЛЬ МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ И БЕСПОРЯДОЧНЫЙ КОНТАКТ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ, ТО СЛЕДУЕТ КОНСТАТИРОВАТЬ, ЧТО БЫЛА ЗАФИКСИРОВАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передняя окклюзия 2) боковая окклюзия 3) прикусной шаблон опрокинулся при смыкании 4) произошла деформация воскового шаблона при определении центрального соотношения челюстей 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>34. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРОТЕЗА ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ПРОИЗОШЛА ОШИБКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ТО ПОСТУПАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) удаляют зубы с нижнего воскового базиса и заново определяет центральное соотношение 3) удаляют зубы с верхнего воскового базиса 4) удаляют зубы как с верхнего, так и с нижнего восковых базисов, 5) никаких изменений в этом случае не проводят 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>35. ПРИПАСОВКУ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химического карандаша, копировальной бумаги 2) химического карандаша 	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) гипса 4) копировальной бумаги</p>	
<p>36. ЭТАП ПРИПАСОВКИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ</p> <p>1) с оценки качества изготовления пластмассового базиса с искусственными зубами 2) с определения высоты нижнего отдела лица 3) с оценки качества изготовленной гипсовой модели в окклюдаторе 4) с оценки границ протеза в полости рта</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>37. ПРОВЕРКУ КОНСТРУКЦИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С</p> <p>1) оценки изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе (артикуляторе) 2) определения высоты нижнего отдела лица 3) введения восковой конструкции в рот 4) контроля плотности смыкания естественных и искусственных зубов во рту больного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>38. НА КАЧЕСТВО ФИКСАЦИИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ</p> <p>1) челюстно-подъязычная 2) подбородочная 3) опускающие угол рта 4) наружная крыловидная</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>39. БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА, ПРОТЕЗИРУЕТСЯ ВПЕРВЫЕ. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОБЕ ЧЕЛЮСТИ ИСПЫТЫВАЕТ БОЛИ. БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ ПРИ ОСМОТРЕ И ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖИТЬ НЕ УДАЕТСЯ. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА</p> <p>1) использовать методику выявления зон повышенного давления базиса на слизистую оболочку и провести коррекцию протеза 2) объяснить больному наличие болевых ощущений явлениями адаптации к протезам и пригласить на повторный прием через несколько дней 3) убедить больного в неизбежности таких явлений, которые со временем исчезают и не требуют коррекции протеза из-за отсутствия видимых изменений слизистой оболочки под протезами 4) провести коррекцию артикуляции зубных рядов копировальной бумагой,</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>40. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1) врачом в полости рта 2) зубным техником на модели 3) врачом на модели 4) врачом сначала на модели и затем в полости рта</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>41. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТМЕЧАЕТСЯ СГЛАЖЕННОСТЬ НОСО-ГУБНЫХ И ПОДБОРОДОЧНОЙ СКАДОК, СТУК ЗУБОВ. ЭТО ОБЪЯСНЯЕТСЯ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) повышением высоты прикуса 2) снижением высоты прикуса 3) центральной окклюзией 4) боковой окклюзией</p>	
<p>42. ПРИ НАЛОЖЕНИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖЕНИЕ ОШИБОК, ПРОПУЩЕННЫХ ВРАЧОМ ПРИ ПРОВЕРКЕ ВОСКОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ</p> <p>1) уменьшение или увеличение межальвеолярного расстояния, балансирование протеза 2) зафиксированные боковая или передняя окклюзии 3) несоответствие протеза границам протезного ложа 5) восстановление дикции</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>43. КОГДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ</p> <p>1) на следующие сутки 2) не следует назначать 3) через 3 дня 4) через неделю</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>44. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭЛАСТИЧНОЙ ПОДКЛАДКИ</p> <p>1) повышенной чувствительности тканей протезного ложа к давлению 2) временные лечебные и непосредственные полные съемные протезы 3) при резкой атрофии альвеолярных частей 4) ксеростомии</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>45. НАЗОВИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПО УХОДУ ЗА ПРОТЕЗОМ</p> <p>1) чистить после каждого приема пищи 2) чистить один раз в день 3) хранить в баночке с физиологическим раствором 4) обрабатывать спиртом раз в день</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>46. СРЕДНИЙ СРОК СЛУЖБЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <p>1) 3 – 5 лет 2) 1,5 – 3 года 3) 1 – 1,5 года 4) 5 - 10 лет</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>47. НЕГАТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ</p> <p>1) декубитальная язва 2) парниковый эффект 3) эффект медицинской кровососной банки 4) аллергические стоматиты</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>48. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ТОКСИЧЕСКОГО СТОМАТИТА</p> <p>1) химические и бактериальные 2) аллергические</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) травматические 4) парниковый эффект</p>	
<p>49. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА. ЖАЛОБЫ ОТСУТСТВУЮТ. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЕНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ И НЕСООТВЕТСТВИЕ БАЗИСА ПРОТЕЗА ТКАНЯМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА. КАКАЯ ВАША ТАКТИКА</p> <p>1) переделать протез 2) отпустить пациента 3) перебазировать протез 4) использовать старый протез в качестве индивидуальной ложки при изготовлении нового</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>50. ПАЦИЕНТ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ. ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ СТОМАТОЛОГУ-ОРТОПЕДУ С ЦЕЛЬЮ ОСМОТРА. ЖАЛОБЫ НА БАЛАНСИРОВАНИЕ ПРОТЕЗА, ДИСКОМФОРТ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ. ВАША ТАКТИКА</p> <p>1) переделать протез или перебазировать его 2) отпустить пациента 3) использовать старый протез в качестве индивидуально ложки при изготовлении нового 4) предложить использовать средства для улучшения фиксации протеза</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>51. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРНИКОВОГО ЭФФЕКТА</p> <p>1) нарушение терморегуляции слизистой оболочки под базисом и малая теплопроводность материала, из которого сделан протез 2) аллергические свойства пластмассы 3) наличие избыточного давления протеза на слизистую оболочку 4) неправильный уход за протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>52. ПРИЧИНЫ ЗАМЕНЫ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ</p> <p>1) ускоренные процессы атрофия костной ткани, снижение жевательной эффективности 2) замедленные процессы атрофия костной ткани 3) особенности материала из которого сделан протез 4) часто неправильный уход (или его отсутствие) пациента за протезом</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>53. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) выяснение жалоб больного 2) проверка фиксации протеза 3) проверка центральной окклюзии 4) проверка боковых и передней окклюдий</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>54. ТОЛЩИНА КРАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБУЮ ЧЕЛЮСТЬ</p> <p>1) 1,5—2,0 мм 2) примерно 1,0 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>3) 1,0-1,5 мм 4) 2,0-3,0 мм</p>	
<p>55. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК</p> <p>1) пластмассы холодной полимеризации, светоотверждаемые пластмассы 2) эластичные пластмассы 3) компомеры нейлон</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>56. К БИОМЕХАНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) крепление протезов при помощи внутрикостных имплантатов 2) утяжеление протезов 3) использование магнитов присасывающие камеры</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>57. К БИОФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) создание краевого замыкающего клапана 2) утяжеление протеза 3) анатомическая ретенция 4) применение поднадкостничных магнитов</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>58. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ЗАВЫШЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p> <p>1) сглаживание носогубных складок, смыкание губ с напряжением 2) прикусывание слизистой щек 3) углубление естественных складок лица 4) заедание щек</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>59. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, КОТОРЫЙ ДАЕТ НАИЛУЧШИЙ ЭСТЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ</p> <p>1) анатомо-функциональный 2) антропометрический метод 3) с помощью циркуля золотого сечения 4) на основании изучения фотографий больного</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>60. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ (ОККЛЮЗИОННОЙ) ПЛОСКОСТИ ВЕРХНЕГО ПРИКУСНОГО ШАБЛОНА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ СЛУЖИТ</p> <p>1) зрачковая линия 2) носоушная линия и линия улыбки 3) носоушные линия 4) поверхность нижнего валика</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>61. ПРИЗНАКИ СНИЖЕНИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЫСОТЫ</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

<p>1) сглаженность носогубных и подбородочной складок 2) углубление носогубной складки 3) удлинение нижнего отдела лица 4) потеря жевательных зубов</p>	
<p>62. УВЕЛИЧЕНИЕ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОГО РАССТОЯНИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ У БЕЗЗУБЫХ БОЛЬНЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ</p> <p>1) стук зубов во время еды и речи и быстрая утомляемость жевательных мышц 2) укорочение верхней губы 3) опущение углов рта 4) углубление носогубных складок</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>63. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ФОРМОЙ ЛИЦА БЫЛА УСТАНОВЛЕНА</p> <p>1) Вильямсом 2) Шпее 3) Нельсоном 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>64. ПО СПОСОБУ КРЕПЛЕНИЯ К БАЗИСУ ПРОТЕЗА ИСКУССТВЕННЫЕ ФАРФОРОВЫЕ ЗУБЫ МОГУТ БЫТЬ</p> <p>1) диаторические 2) на приточке 3) на искусственной десне 4) трубчатые</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>65. АВТОР МЕТОДИКИ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО СТЕКЛУ В ШАРНИРНОМ ОККЛЮДАТОРЕ</p> <p>1) Васильев 2) Рубинов 3) Гельман 4) Гизи</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>66. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ВАСИЛЬЕВУ ЗУБЫ 1.2 И 2.2. СТАВЯТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ</p> <p>1) отстоят от поверхности стекла на 0,5мм, наклонены режущими краями к центру 2) касаются поверхности стекла 3) отстоят от поверхности стекла на 1 мм 4) отстоят от поверхности стекла на 2 мм</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>
<p>67. ЗАГЛАЖИВАНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ В ОБЛАСТИ УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ СО СНЯТИЕМ ГИПСА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1) в переднем участке верхней челюсти 2) в переднем участке нижней челюсти</p>	<p>УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10</p>

3) боковых отделах верхней челюсти 4) боковых отделах нижней челюсти	
68. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ, КАКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ 1) на первые сутки 2) на первые-вторые сутки 3) в первую неделю 4) в первый месяц	УК-1 ПК-1,2,4,5,6,7,8,9,10

NB! Во всех представленных тестах правильный ответ «а».