

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения государственной
(итоговой государственной аттестации).**

Наименование дисциплины: **Стоматология ортопедическая**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.75 Стоматология ортопедическая.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-стоматолог-ортопед**

Кафедра: Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

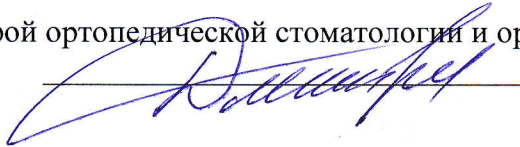
Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 года поступления
(актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Дмитриенко С.В.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО
2.	Вейсгейм Л.Д.	профессор	д.м.н./профессор	Ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО

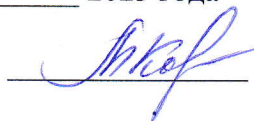
Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.75 «Стоматология ортопедическая» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 12 от « 30 » июня 2023 г.

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Института НМФО, д.м.н., профессор  С.В. Дмитриенко

Рецензент: А.В. Порошин главный врач ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9»

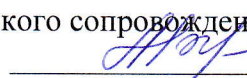
Актуализация ФОС согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от « 29 » августа 2023 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.И. Науменко

Актуализация ФОС утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от « 29 » августа 2023 г.

Секретарь
Ученого совета



В.Д. Заклякова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ».

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Организация работы ортопедического отделения и зубо-технической лаборатории . Основная учетно-отчетная документация. Качественные и количественные показатели в работе врача- стоматолога- ортопеда.2. Основные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.3. Дополнительные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.4. Современные методы обследования при патологии твердых тканей зубов.5. Современные методы обследования при частичном отсутствие зубов.6. Современные методы обследования при полном отсутствие зубов.7. Современные методы обследования при заболевании слизистой оболочки.8. Современные методы обследования при заболевании пародонта.9. Методы специального исследования морфологического и функционального состояния окклюзии.10. Методы специального исследования ВНЧС.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Этиология, клиника и лечение патологии твёрдых тканей зубов вкладками»</p>	<ol style="list-style-type: none">11. Определение понятия «вкладка».12. Показания и противопоказания к лечению патологии твёрдых тканей вкладками.13. Классификация вкладок.14. Материалы для изготовления вкладок.15. Основные принципы формирования полостей для вкладок «inlay», «onlay», «overlay», «pinlay» из литых, композитных и керамических материалов.16. Принципы формирования полостей, «О», «ОМ», «ОД», «МОД» для литых, композитных и керамических вкладок.17. Прямой метод изготовления вкладок.18. Косвенный метод изготовления вкладок.19. Этапы развития CEREC-технологии.20. Аббревиатура CEREC.21. Философия CEREC.22. Интерфейс пользователя системы CEREC 3D.23. Возможности стоматологических CAD/CAM систем.24. Материалы для конструкций, изготавливаемых CAD/CAM системами.25. Этапы работы с CAD/CAM системами.

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Этиология ,клиника, диагностика и методы лечения дефектов коронки с использованием различных видов штифтовых конструкций»</p>	<p>26. Показания и противопоказания к применению штифтовых конструкций. 27. классификации систем корневых штифтов и методики работы с ними. 28. преимущества и недостатки применения анкерных штифтов из различных материалов. 29. особенности препарирования зубов при использовании анкерных штифтов различных видов 30. Этапы восстановления культевой части зуба с использованием анкерных штифтов и композиционных материалов. 31. материалы, используемые для восстановления культевой части зуба с применением анкерных штифтов. 32. Клиническая классификация корней одно- и многокорневых зубов. 33. Показания к применению штифтовых конструкций в зависимости от состояния придесневой части корня и периапикальных тканей. 34. Комплексный подход к восстановлению корней штифтовыми конструкциями 35. Показания к применению индивидуально изготовленных штифтовых конструкций. 36. Методы изготовления штифтово-культевых вкладок. 37. Определение штифтового зуба. 38. Классификация штифтовых зубов. 39. Принципы лечения многокорневых зубов с непараллельными каналами: «вкладка во вкладке», вкладка с «направляющим штифтом». 40. Возможные ошибки и осложнения на этапах лечения штифтово-культевыми конструкциями.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Этиология, клиника, лечение патологии твёрдых тканей зубов искусственными коронками и винирами.»</p>	<p>41. Показания и противопоказания к лечению патологии твердых тканей зубов искусственными коронками. 42. Виды искусственных коронок, их достоинства и недостатки. 43. Препарирования под различные виды коронок 44. Обезболивание. Механизм боли и обезболивания при препарировании твердых тканей зуба под искусственные коронки. 45. Понятие о придесневом уступе, особенности изготовления эстетических коронок. 46. Понятие об оттисковых материалах. Выбор оптимального оттискового материала и метода получения оттиска в зависимости от клинической ситуации. 47. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых конструкций. 48. Принципы препарирования зубов под полимерные коронки. 49. Особенности снятия оттисков под полимерные коронки. 50. Клинико-лабораторные этапы изготовления полимерных конструкций. 51. Показания и противопоказания к лечению композитными конструкциями. 52. Принципы препарирования зубов под композитные коронки 53. Клинико-лабораторные этапы изготовления композитных конструкций. 54. Показания и противопоказания к лечению керомерными конструкциями. 55. Принципы препарирования зубов под керомерные коронки. 56. Клинико-лабораторные этапы изготовления керомерных конструкций. 57. Ошибки и осложнения на клинико-лабораторных этапах изготовления цельнолитых конструкций. Способы их устранения. 58. Ошибки и осложнения на клинико-лабораторных этапах изготовления полимерных конструкций. Способы их устранения. 59. Ошибки и осложнения на клинико-лабораторных этапах изготовления композитных конструкций. Способы их устранения.</p>

	<p>60. Ошибки и осложнения на клинико-лабораторных этапах изготовления керомерных, современных комбинированных конструкций. Способы их устранения.</p> <p>61. Показания и противопоказания к применению виниров.</p> <p>62. Принципы препарирования зубов под виниры.</p> <p>63. Прямой и косвенный метод изготовления виниров. Материалы и технологии.</p> <p>64. Клинико-лабораторные этапы изготовления виниров.</p> <p>65. Изготовление виниров методом компьютерного моделирования.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»</p>	<p>66. Этиология и патогенез частичного отсутствия зубов.</p> <p>67. Основные клинические классификации частичного отсутствия зубов.</p> <p>68. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением несъемных конструкций.</p> <p>69. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением несъемных металлокерамических конструкций.</p> <p>70. Основные принципы препарирования зубов при лечении металлокерамическим, металлокомпозитными и безметалловыми мостовидными протезами.</p> <p>71. Классификация современных оттисковых материалов.</p> <p>72. Свойства современных оттисковых материалов, показания к применению.</p> <p>73. Особенности проведения ретракции маргинального пародонта.</p> <p>74. Особенности получения оттисков при изготовлении металлокерамических, металлокомпозитных и безметалловых мостовидных протезов.</p> <p>75. Клинико-теоретическое обоснование применения провизорных конструкций.</p> <p>76. Основные методики изготовления временных конструкций при протезировании несъемными мостовидными протезами.</p> <p>77. Основные принципы клинико-лабораторных этапов изготовления металлокерамических мостовидных протезов.</p> <p>78. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением несъемных металлокомпозитных.</p> <p>79. Основные принципы клинико-лабораторных этапов изготовления металлокомпозитных мостовидных протезов.</p> <p>80. Основные принципы клинико-лабораторных этапов изготовления безметалловых мостовидных протезов.</p> <p>81. Основные факторы развития осложнений в результате ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов несъемными мостовидными протезами.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение съёмными конструкциями протезов.»</p>	<p>82. Этиология, патогенез и клиника частичного отсутствия зубов.</p> <p>83. Показания к лечению съёмными конструкциями протезов.</p> <p>84. Виды кламмеров.</p> <p>85. «Работу» кламмерной системы фиксации.</p> <p>86. Технологии изготовления кламмерной системы фиксации съёмных конструкций протезов.</p> <p>87. Конструкционные элементы, их назначение и расположение по отношению к тканям протезного ложа.</p> <p>88. Виды безкламмерных систем фиксации: замковая, балочная, телескопическая.</p> <p>89. Технологии изготовления безкламмерных систем фиксации съёмных конструкций протезов.</p> <p>90. Понятие о параллелометрии, цели и задачи.</p> <p>91. Параллелометр, виды параллелометров, их систематизация.</p> <p>92. Методики параллелометрии (по биссектрисе, по Новаку, логический).</p>

	<p>93. Дать понятие о пути введения протеза, экваторной линии, ретенционных зонах.</p> <p>94. Понятие литья, цели и задачи, методики.</p> <p>95. Клинико-лабораторные этапы изготовления съёмных пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов.</p> <p>96. Клинико-лабораторные этапы изготовления паянных бюгельных протезов с кламмерной системой фиксации.</p> <p>97. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых бюгельных протезов с кламмерной системой фиксации.</p> <p>98. Ошибки и осложнения на этапах лечения съёмными конструкциями протезов.</p> <p>99. Фазы адаптации пациентов к съёмным ортопедическим конструкциям.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Заболевания пародонта»</p>	<p>100. Современные представления об этиологии, патогенезе, заболеваний пародонта.</p> <p>101. Функциональная анатомию и биомеханику пародонта.</p> <p>102. Анализ функционального состояния зубочелюстной системы на основе одонтопародонтограммы.</p> <p>103. Основные принципы проведения избирательного пришлифовывания окклюзионной поверхности зубов.</p> <p>104. Основные методы и материалы для проведения избирательного пришлифовывания окклюзионной поверхности зубов.</p> <p>105. Методы выявления супраконтаков.</p> <p>106. Показания к непосредственному протезированию, основные этапы изготовления иммедиаат – протезов.</p> <p>107. Показания для временного шинирования.</p> <p>108. Основные виды временных шин (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые, комбинированные, шины-каппы).</p> <p>109. Показания для постоянного шинирования.</p> <p>110. Основные виды постоянных съёмных и несъёмных шинирующих протезов.</p> <p>111. Основные клинико – лабораторные этапы проведения постоянного шинирования различными методами.</p> <p>112. Основные виды возможных ошибок и осложнений при лечении болезней пародонта и методы их устранения.</p> <p>113. Основные диспансерные группы пациентов с заболеваниями пародонта и особенности их наблюдения.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>114. Этиопатогенез, клиническую картину и комплексные методы лечения деформаций зубов и зубных рядов.</p> <p>115. Локализованная повышенная стираемость. Методы диагностики и лечения.</p> <p>116. Генерализованная повышенная стираемость. Методы диагностики и лечения.</p> <p>117. Алгоритм диагностики и лечения различных форм патологии окклюзии.</p> <p>118. Клиническая картина травматической окклюзии, алгоритм диагностики. Методы коррекции и лечения.</p> <p>119. Принципы работы с артикуляторами и лицевой дугой. Виды артикуляторов.</p>

<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>120. Современные представления по анатомо-физиологическому строению ВНЧС.</p> <p>121. Современным методам обследования и диагностики заболеваний ВНЧС и мышц.</p> <p>122. Анатомо-физиологическое строение ВНЧС, биомеханика движений нижней челюсти.</p> <p>123. Современные представления; клинике и диагностике основных заболеваний ВНЧС, синдрома болевой дисфункции ВНЧС, парафункциях мышц.</p> <p>124. Клиника, диагностика и лечение артритов</p> <p>125. Клиника, диагностика и лечение артрозов.</p> <p>126. Клиника, диагностика и лечение мышечно-суставной дисфункции.</p> <p>127. Клиника, диагностика и лечение анкилозов.</p> <p>128. Окклюзионная коррекция (избирательное пришлифовывание зубов, коррекция ортопедических конструкций).</p> <p>129. Ортопедические методы лечения.</p> <p>130. Разновидности окклюзионных шины, методы изготовления.</p> <p>131. Окклюзионная поверхность (морфологические и функциональные особенности).</p> <p>132. Факторы, определяющие рельеф окклюзионной поверхности («факторы окклюзии»).</p> <p>133. Основы окклюзионной диагностики.</p> <p>134. Функциография по методике Кляйнрок-Хватовой – внутривисочной метод изучения движений нижней челюсти; изучение моделей в артикуляторе.</p> <p>135. Аксиография – внеротовой метод изучения движений нижней челюсти.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 « Полное отсутствие зубов»</p>	<p>136. Изменение внешнего вида больного при полном отсутствии зубов.</p> <p>137. Анатомическое строение верхней челюсти при полном отсутствии зубов.</p> <p>138. Анатомическое строение нижней челюсти при полном отсутствии зубов.</p> <p>139. Функциональные и морфологические изменения, происходящие в зубочелюстной системе при полной потере зубов.</p> <p>140. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки протезного ложа (податливость, подвижность). Классификация по Суппле, Люнду. Буферные зоны по Гаврилову.</p> <p>141. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей.</p> <p>142. Фиксация и стабилизация полных съемных протезов, определение, группы методов. Факторы стабилизации протезов на верхней и нижней челюстях при полной потере зубов.</p> <p>143. Понятие о переходной складке и клапанной зоне.</p> <p>144. Механизм образования клапанной зоны в различных участках беззубых верхней и нижней челюстей.</p> <p>145. Методы получения анатомических оттисков, оттискные (слепочные массы). Анализ рабочей модели.</p> <p>146. Методы изготовления индивидуальных ложек (восковые, пластмассовые).</p> <p>147. Припасовка индивидуальных ложек. Функциональные пробы по Гербсту. Понятие «функциональный слепок».</p> <p>148. Материалы для уточнения границ индивидуальных ложек (восковые композиции, термопластические массы, силиконовые с пролонгированным сроком действия).</p> <p>149. Выбор оттискных материала для получения функциональных</p>

	<p>слепков в зависимости от типа слизистой оболочки протезного ложа, ее податливости, внешности и болевой чувствительности.</p> <p>150. Методы определения центрального соотношения челюстей. Понятие «центральной окклюзии» и «центрального соотношения».</p> <p>151. Антропометрические ориентиры для определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов.</p> <p>152. Этапы определения центрального соотношения челюстей.</p> <p>153. Биомеханика нижней челюсти. Закономерности артикуляции и окклюзии зубных рядов. Выбор формы, размера, цвета искусственных зубов</p> <p>154. Методы постановки искусственных зубов при полном отсутствии зубов. Постановка зубов по столику Васильева.</p> <p>155. Проверка правильности технического исполнения протезов. Выявление ошибок зубного техника и их исполнение.</p> <p>156. Проверка правильности определения центральной окклюзии. Выявление клинических ошибок и их устранение.</p> <p>157. Эстетическая оценка протеза. Фонетическая коррекция протеза.</p> <p>158. Особенности припасовки и наложения протезов при полном отсутствии зубов.</p> <p>159. Адаптация к съёмным пластиночным протезам при полном отсутствии зубов. Рекомендации для пациентов.</p> <p>160. Влияние съёмных пластиночных протезов на ткани протезного ложа.</p> <p>161. Непереносимость к акрилатам. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>162. Протезирование при некоторых заболеваниях слизистой (красный плоский лишай, лейкоплакий, пузырчатка, злокачественные новообразования).</p> <p>163. Изготовление протезов с двухслойными и металлическими базисами.</p> <p>164. Возрастные изменения органов и тканей ротовой полости. Показания к применению эластичных подкладок.</p> <p>165. Показания к изготовлению двухслойных базисов. Методы изготовления.</p> <p>166. Методы изготовления пластиночных протезов с металлизированным базисом. Материалы.</p> <p>167. Причины поломок пластиночных протезов и методы их починки. Методики перебазировки съёмных пластиночных протезов.</p> <p>168. Ошибки и осложнения на этапах изготовления съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Способы их устранения.</p>
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>169. Определение понятия имплантат и имплантация.</p> <p>170. Конструктивные особенности основных видов имплантатов.</p> <p>171. Методы фиксации имплантатов.</p> <p>172. Обследование больных с полной адентией.</p> <p>173. Планирование ортопедического этапа дентальной имплантации.</p> <p>174. Хирургический шаблон. Методы изготовления.</p> <p>175. Виды ортопедических конструкций, опирающихся на имплантаты, при полном отсутствии зубов.</p> <p>176. Критерии выбора несъёмных, условно-съёмных, съёмных и комбинированных конструкций в зависимости от клинической ситуации.</p> <p>177. Инструменты для проведения ортопедического этапа имплантации.</p> <p>178. Методики снятия оттиска при протезировании на имплантатах.</p> <p>179. Клинико-лабораторные этапы протезирования на дентальных</p>

	<p>имплантатах несъемными и условно-съемными конструкциями. 180. Методы фиксации пластиночных съемных протезов при полной адентии на имплантатах. 181. Клинико-лабораторные этапы протезирования на денальных имплантатах съемными конструкциями. 182. Ошибки и осложнения после протезирования на денальных имплантатах. 183. Особенности ухода за протезами, опирающимися на денальные имплантаты.</p>
<p>Б 1.Б.6.12 <i>Раздел 12</i> «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>184. Статистические данные о частоте повреждений челюстно-лицевой области. Причины повреждений. 185. Виды медицинской помощи и обследование больного. Признаки повреждений костного скелета верхней и нижней челюстей 186. Принципы ортопедического лечения больных с огнестрельными переломами верхней и нижней челюсти. 187. Принципы ортопедического лечения больных с огнестрельными переломами верхней и нижней челюсти. Ортопедическое лечение пострадавших с дефектами и деформациями прилежащих и смежных областей. 188. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти. Виды зубочелюстных и челюстных протезов. Показания, преимущества, недостатки. 189. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с ложными суставами нижней челюсти. Виды зубочелюстных и челюстных протезов. Показания, преимущества, недостатки. 190. Фиксирующие аппараты при остеопластике нижней челюсти. 191. Ортопедическое лечение после резекции верхней челюсти. 192. Формирующие и замещающие аппараты при пластике мягких тканей 193. Этиология и патогенез дефектов твердого и мягкого неба. 194. Классификация obtураторов. Классификация дефектов неба. 195. Методика получения оттисков при дефектах неба. 196. Клинико-лабораторные этапы изготовления obtуратора при различных вариантах дефектов неба. 197. Конструктивные особенности, методы фиксации obtурирующих протезов. 198. Конструктивные особенности, методы фиксации эктопротезов челюстно-лицевой области. 199. Методика получения маски лица и литья гипсовой модели лица. 200. Методика снятия оттисков ушной раковины, внутриглазного пространства. 201. Особенности гигиенического ухода за протезом и протезным ложем</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»

Укажите номера правильных ответов.

1. Перечислите методы исследования жевательных мышц:
 - 1) мионометрия
 - 2) мастикациография
 - 3) миография
 - 4) мастикациодинамометрия
 - 5) электромиография
 - 6) электромиомастикациография

Ответ: 1,3,5,6

Укажите номер правильного ответа.

2. Метод мастикациографии позволяет судить:
 - 1) о тонусе определенных мышц жевательной системы при различных состояниях.
 - 2) об усилиях, затрачиваемых при жевании пищевых веществ различной твёрдости.
 - 3) о сочетанной рефлекторной деятельности различных групп мышц, осуществляющих движения нижней челюсти.
 - 4) о степени измельчения пищи во время жевания.

Ответ: 3

Укажите номера правильных ответов.

3. Для выявления состояния мягких тканей височно-нижнечелюстного сустава используют:
 - 1) артрографию
 - 2) магниторезонансную томографию
 - 3) артроскопию
 - 4) ультразвуковую диагностику

Ответ: 2,4

Укажите номера правильных ответов.

4. Укажите способы рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава.
 - 1) томография
 - 2) зонография
 - 3) ортопантомография
 - 4) электрорентгенография
 - 5) тензометрия
 - 6) реография
 - 7) артрография
 - 8) рентгеновизиография
 - 9) аускультация сустава.

Ответ: 1,2,3,4,7,8

Укажите номер правильного ответа.

5. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:
 - 1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
 - 2) изменений гемодинамики
 - 3) движения головок нижней челюсти
 - 4) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

Ответ: 2

Укажите номера правильных ответов.

6. Метод объективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

- 1) осмотр
- 2) пальпацию
- 3) опрос
- 4) инструментальное исследование полости рта
- 5) заполнение паспортной части истории болезни

Ответ: 1,2,4

Укажите номер правильного ответа.

7. Объективное исследование пациента начинают с:

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

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

8. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании:

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с оральной стороны
- 3) с медиальной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший.

Ответ: 5

Укажите номера правильных ответов.

9. Жевательная проба И.С.Рубинова показывает:

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- 5) время разжевывания пищи.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

10. Жевательная проба С.Е.Гельмана показывает:

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- 5) время разжевывания пищи.

Ответ: 3

Укажите номера правильных ответов.

11. Коэффициент выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю.Курляндским, получены на основании данных исследований:

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

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

12. Гнатодинамометром измеряют:
- 1) абсолютную силу жевательных мышц
 - 2) выносливость пародонта
 - 3) жевательную эффективность
 - 4) все ответы правильные.

Ответ: 1

Дополните.

13. По В.Ю.Курляндскому – схема, отображающая состояние опорного аппарата зубов верхней и нижней челюстей называется _____

Ответ: одонтопародонтограммой

Укажите номера правильных ответов.

14. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти, относятся:
- 1) артикулятор
 - 2) окклюдатор
 - 3) гнатодинамометр
 - 4) параллелометр
 - 5) все ответы правильные.

Ответ: 1,2

Укажите номер правильного ответа.

15. Что такое параллелометрия?
- 1) Параллелометрия – методика поиска необходимого наклона модели (по отношению к вертикали прибора) с целью выбора оптимального пути введения и выведения каркаса бюгельного протеза, а также обеспечение его фиксации
 - 2) Параллелометрия – методика определения мест расположения опорных элементов
 - 3) Параллелометрия – методика определения мест расположения общего клинического экватора с точки зрения эстетики

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

16. Гнатодинамометрия исследует:
- 1) Абсолютную силу сокращения жевательной мускулатуры.
 - 2) Движения нижней челюсти.
 - 3) Биопотенциалы жевательных мышц.
 - 4) Выносливость пародонта к нагрузке

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

17. По Энтину выделяют подвижность 1-й степени:

- 1) Подвижность в медио-дистальном направлении
- 2) Подвижность в вестибуло-оральном направлении
- 3) Подвижность во всех направлениях

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

18. По Энтину выделяют подвижность 2-й степени:

- 1) Подвижность во всех направлениях
- 2) Подвижность в медио-дистальном направлении
- 3) Подвижность в вертикальном направлении

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

19. По Энтину выделяют подвижность 3-й степени

- 1) Подвижность в вертикальном, медио-дистальном и вестибуло-оральном направлениях
- 2) Подвижность в вертикальном направлении

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

20. Метод мастикациогграфии позволяет судить:

- 1) о тонусе определенных мышц жевательной системы при различных состояниях.
- 2) об усилиях, затрачиваемых при жевании пищевых веществ различной твёрдости.
- 3) о сочетанной рефлекторной деятельности различных групп мышц, осуществляющих движения нижней челюсти.
- 4) о степени измельчения пищи во время жевания.

Ответ: 3

Укажите номера правильных ответов.

21. Для выявления состояния мягких тканей височно-нижнечелюстного сустава используют:

- 1) артрографию
- 2) магниторезонансную томографию
- 3) артроскопию
- 4) ультразвуковую диагностику

Ответ: 2,4

Укажите номера правильных ответов.

22. Укажите способы рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава.

- 1) томография
- 2) зонография
- 3) ортопантомография
- 4) электрорентгенография
- 5) тензометрия
- 6) реография
- 7) артрография

	<p>8) рентгеновизиография 9) аускультация сустава. Ответ: 1,2,3,4,7,8</p> <p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>23. Метод объективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) осмотр 2) пальпацию 3) опрос 4) инструментальное исследование полости рта 5) заполнение паспортной части истории болезни <p>Ответ: 1,2,4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>24. Объективное исследование пациента начинают с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опроса 2) осмотра слизистой оболочки 3) заполнения зубной формулы 4) изучения диагностических моделей 5) внешнего осмотра <p>Ответ: 1</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Этиология, клиника и лечение патологии твердых тканей зубов вкладками»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>25. К микропротезам относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Вкладки 2) Полуколонки 3) Штифтовые культевые конструкции 4) Все вышеперечисленное верно <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>26. Вкладки могут быть изготовлены из:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Пластмассы 2) Фарфора 3) Металлических благородных сплавов 4) Металлических неблагородных сплавов 5) Всего вышеперечисленного <p>Ответ: 5</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>27. При каком значении ИРОПЗ показано лечение зуба вкладками</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0,1-0,2 2) 0,2-0,6 3) 0,6-0,8 4) >0,8 <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>28. При подготовке зуба под вкладку необходимо сформировать фалыц под углом</p>

- 1) 15⁰
- 2) 30⁰
- 3) 45⁰
- 4) 60⁰
- 5) 90⁰

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

29. Вкладки используются для
- 1) Восстановления дефекта коронки зуба
 - 2) Восполнения дефекта зубного ряда
 - 3) Фиксации консольного протеза
 - 4) Опоры мостовидных протезов
 - 5) Предупреждения дальнейшей патологии стирания зубной ткани
 - 6) 1,4,5.

Ответ: 6

Укажите номер правильного ответа.

30. При препарировании полости зуба под вкладку фальц формируют только для:
- 1) Для вкладок из благородных сплавов
 - 2) Для вкладок из не благородных сплавов
 - 3) Для вкладок из фарфора
 - 4) Для вкладок из пластмассы
 - 5) Для любых металлических вкладок

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

31. После препарирования зуба под вкладку полость должна иметь
- 1) Слегка дивергирующие стенки и плоское дно
 - 2) Слегка конвергирующие стенки и плоское дно
 - 3) Все вышеперечисленное верно

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

32. Штифтовый зуб состоит из:
- 1) Искусственной коронки или культи (покрытой искусственной коронкой) и штифта
 - 2) Искусственной коронки и штифта
 - 3) Все вышеперечисленное верно

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

33. Корни зубов подлежат удалению по следующим показаниям
- 1) Наличие общих хронических заболеваний невыясненной этиологии
 - 2) В случае, если сохранение корней не улучшает условий протезирования
 - 3) Наличие значительных изменений околоверхушечных тканей невозможности купирования патологического процесса
 - 4) Атрофия костной ткани 3 и 4 степени
 - 5) Разрушение корня более, чем на 1/2 длины
 - 6) Правильные пункты 2,3,4,5
 - 7) Все вышеперечисленные пункты правильные

Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Этиология, клиника, диагностика и методы лечения дефектов коронки зуба с использованием различных видов штифтовых конструкций»

Ответ: 7

Укажите номер правильного ответа.

34. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают

- 1) Полуколонкой
- 2) Экваторной коронкой
- 3) Штифтовой конструкцией
- 4) Съёмным протезом
- 5) Вкладкой

Ответ: 3

Укажите номера правильных ответов.

35. Требования к корням зубов, используемых для восстановления ШКК

- 1) Канал запломбирован до верхушки
- 2) Плотные ткани корня
- 3) Канал не запломбирован до верхушки
- 4) Толщина стенок корня не менее 1мм
- 5) Расширение периодонтальной щели

Ответ: 1,2,4

Укажите номер правильного ответа.

36. Штифтовый зуб по Ричмонду – это конструкция

- 1) С вкладкой
- 2) Фабричного изготовления
- 3) С наружным кольцом
- 4) С надкорневой защиткой

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

37. При прямом методе восковая модель будущей ШКК изготавливается

- 1) Непосредственно в полости рта
- 2) На модели из супергипса
- 3) На модели из серебряной амальгамы

Ответ: 1

Укажите номера правильных ответов.

38. ШКК может быть изготовлена из

- 1) Стали
- 2) Кобальто-хромового сплава
- 3) Золота
- 4) Стандартных металлических штифтов
- 5) Стекловолоконных штифтов

Ответ: 1,2,4,5

Укажите номер правильного ответа.

39. При непрямом методе восковая модель будущей ШКК изготавливается

- 1) Непосредственно в полости рта
- 2) На модели из супергипса
- 3) На модели из серебряной амальгамы

Ответ: 2

Укажите номера правильных ответов.

40. Для фиксации штифтовых конструкций используются

- 1) Фосфатные цементы
- 2) Стеклоиономерные цементы
- 3) Масляный дентин
- 4) Композиционные материалы
- 5) Водный дентин
- 6) Компомерные цементы

Ответ: 1,2,4,6

Укажите номер правильного ответа.

41. Какие возможны ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок

- 1) Перфорация стенок корня
- 2) Недостаточная глубина штифта
- 3) Раскол корня
- 4) Расцементировка вкладки
- 5) Все вышеперечисленное

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

42. Показанием к применению штифтовых конструкций является ИРОПЗ

- 1) До 0,6
- 2) 0,6-0,8
- 3) Более 0,8

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

43. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только

- 1) На однокорневые зубы верхней и нижней челюсти
- 2) На резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
- 3) На резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
- 4) На зубы любой группы

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

44. При изготовлении ШКК длина штифта относительно длины корня составляет

- 1) 1/3
 - 2) 1/2
 - 3) 2/3
 - 4) всю длину корня
 - 5) не имеет значения
- Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

45. Штифтовый зуб с вкладкой
- 1) По Логану
 - 2) По Ричмонду
 - 3) По Ахметову
 - 4) По Ильиной-Маркосян
- Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

46. При изготовлении ШКК толщина стенок корня зуба должна быть не менее
- 1) 0,5мм
 - 2) 1,0мм
 - 3) 2,0мм
- Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

47. На культевую вкладку можно изготовить коронку
- 1) Только штампованную
 - 2) Только литую
 - 3) Только пластмассовую
 - 4) Только комбинированную
 - 5) Любую из существующих
- Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

48. Для изготовления ШКК в условиях лаборатории врачу необходимо снять оттиск материалом
- 1) Альгинатным
 - 2) Силиконовым
 - 3) Термопластическим
- Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

49. «Вкладка во вкладке» используется при восстановлении
- 1) Однокорневых зубов
 - 2) Многокорневых зубов
 - 3) Многокорневых зубов с непараллельными каналами

	<p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>50. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Получить точный отпечаток поддесневой части корня зуба 2) Получить точный отпечаток наддесневой части корня зуба 3) Остановить кровотечение <p>Ответ: 1</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Этиология, клиника, лечение патологии твердых тканей зубов искусственными коронками и винирами»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>51. Искусственная коронка должна отвечать следующим требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Плотно обхватывать шейку зуба 2) Восстанавливать анатомическую форму зуба 3) Минимально погружаться в зубо-десневую складку 4) Не нарушать смыкание зубов в положении центральной окклюзии и при движениях нижней челюсти 5) Правильные пункты - 1,2,4. 6) Все вышеперечисленное верно <p>Ответ:6</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>52. По окончанию препарирования зуба под коронку, диаметр коронки зуба не должен превышать его диаметр</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) В области экватора 2) В области шейки 3) В области жевательной поверхности (режущего края) <p>Ответ :1</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>53. Зоны безопасности у нижних клыков:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Режущий край 2) По экватору на вестибулярной, язычной и контактных поверхностях 3) По шейке зуба на вестибулярной и язычной поверхностях 4) Правильные пункты 1 и 2 5) Все вышеперечисленное верно <p>Ответ: 5</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>54. Зоны безопасности у верхних клыков:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Участки наибольшей выпуклости небной (язычной) поверхности, медиальная контактная стенка на уровне шейки 2) Режущий край 3) По шейке зуба на вестибулярной и язычной поверхностях <p>Ответ: 1</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p>

55. Зоны наибольшей опасности у нижних клыков:

- 1) Участки наибольшей вогнутости небной (язычной) поверхности, медиальная контактная стенка на уровне шейки
- 2) Участки наибольшей выпуклости небной (язычной) поверхности, медиальная контактная стенка на уровне шейки
- 3) По шейке зуба на вестибулярной и язычной поверхностях

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

56. При препарировании моляров и премоляров наиболее опасной зоной является:

- 1) Участки наибольшей вогнутости небной (язычной) поверхности
- 2) Медиальная и дистальная контактные стенки на уровне шейки
- 3) Скат щечного бугра

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

57. При препарировании верхних и нижних передних зубов наиболее опасной зоной является:

- 1) Язычная сторона на уровне экватора
- 2) Язычная сторона на уровне шейки
- 3) Язычная вогнутость коронки

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

58. При препарировании верхних и нижних передних зубов наиболее безопасными зонами являются:

- 1) Язычная сторона на уровне экватора и шейки
- 2) Язычная вогнутость коронки
- 3) Режущий край

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

59. Предупреждение вторичного кариеса при лечении вкладками достигается

- 1) Профилактическим расширением входной полости до “иммунных” зон
- 2) Созданием герметичности между краем сформированной в зубе полости и краем вкладки
- 3) Сошлифованием эмалевых призм по краю дефекта зуба
- 4) Все вышеперечисленное верно

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

60. Материалами для изготовления коронок служат:

- 1) Сплавы золота 900-й пробы
- 2) Сплавы золота 750-й пробы
- 3) Нержавеющая сталь
- 4) Пластмассы
- 5) Хромокобальтовые сплавы
- 6) Правильные пункты 1,3,4 и 5
- 7) Все пункты правильные

Ответ: 6

Укажите номер правильного ответа.

61. При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:

- 1) челюсти, на которой будет припасована коронка
- 2) препарированного зуба и с противоположной челюсти
- 3) фрагмента челюсти с препарированным зубом
- 4) препарированного зуба
- 5) обеих челюстей

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

62. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

- 1) точности литья коронки
- 2) удобства моделировки и припасовки коронки
- 3) предотвращения усадки металла
- 4) дублирования модели из огнеупорного материала
- 5) литья коронки на гипсовом штампе

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

63. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):

- 1) 0,1-0,2
- 2) 0,3-0,4
- 3) 0,5-0,6
- 4) 0,7-0,8
- 5) 0,9-1,0

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

64. Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

- 1) гипсовой модели
- 2) гипсовом столбике
- 3) металлическом штампе
- 4) без штампа
- 5) разборной гипсовой модели

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

65. При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью массы:

- 1) силиконовой
- 2) альгинатной
- 3) фторкаучуковой
- 4) термопластичной
- 5) цинкооксидэвгеноловой

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

66. Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является:

- 1) полировка
- 2) глазурование
- 3) припасовка на модели
- 4) заключительный обжиг
- 5) окончательная корректировка формы

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

67. При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом):

- 1) меньше на толщину металла
- 2) больше на толщину металла
- 3) равно
- 4) меньше на толщину компенсационного лака
- 5) больше на толщину компенсационного лака

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

68. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки искусственной коронки проводится в окклюзиях:

- 1) сагиттальных
- 2) сагиттальных и центральной
- 3) центральной и боковых
- 4) боковых и сагиттальных
- 5) сагиттальных, боковых и центральной

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

69. При препарировании зуба под цельнолитую коронку создают:

- 1) циркулярный уступ под углом 135°
- 2) циркулярный уступ под углом 90°
- 3) уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны
- 4) уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны
- 5) символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

70. При препарировании зуба под фарфоровую коронку апроксимальные стенки должны

- 1) быть строго параллельны
- 2) слегка дивергировать
- 3) конвергировать под углом $6-8^\circ$
- 4) конвергировать под углом $15-20^\circ$
- 5) конвергировать под углом 9°

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

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

- 1) От анатомической формы зуба

- 2) От анатомической формы зуба и материала коронки
- 3) От материала коронки

Ответ: 2

Укажите номера правильных ответов.

72. Препарирование зубов под коронки производят

- 1) Металлическими фрезами
- 2) Алмазными головками
- 3) Карборундовыми фрезами
- 4) Алмазными сепарационными дисками
- 5) Вулканитовыми дисками

Ответ: 2,4

Укажите номер правильного ответа.

73. При изготовлении одиночной коронки оттиск снимают

- 1) С челюсти, на которую будет изготовлена коронка
- 2) С обеих челюстей
- 3) С фрагмента челюсти и отпрепарированным зубом

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

74. Уступ формируется при изготовлении коронки

- 1) штампованной
- 2) фарфоровой

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

75. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы

- 1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба
- 2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба
- 3) остановить кровотечение

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

76. Композитная коронка по отношению к десневому краю должна распо

- 1) Не доходить на 0,5 мм
- 2) Не доходить на 0,1 мм
- 3) На уровне десны
- 4) Ниже уровня десны на 0,1 мм
- 5) Ниже уровня десны на 0,5 мм

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

77. Воспаление десны после фиксации коронки может быть вызвано

- 1) широким ее краем

- 2) длинным ее краем
- 3) отсутствием контакта с соседними зубами
- 4) невыраженностью экватора
- 5) отсутствием на жевательной поверхности бугорков
- 6) отсутствием зубов-антагонистов

Ответ: 1,2,3,4

Укажите номер правильного ответа.

78. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки вызывает:

- 1) увеличение размера коронки
- 2) уменьшение размера коронки
- 3) образование внутренних пор

Ответ:3

Укажите номер правильного ответа.

79. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает

- 1) травму пародонта
- 2) ослабление фиксации протеза
- 3) затрудненное наложение протеза
- 4) эстетический дефект в области шейки зуба

Ответ: 2

Укажите номера правильных ответов.

80. Нечеткое отображение пришеечной области препарированного зуба в двухслойном оттиске может быть по причине

- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
- 2) недостаточное высушивание базисного слоя оттиска
- 3) плохо проведенной ретракции десны
- 4) низкой текучести корригирующего слоя
- 5) неравномерного распределения корригирующей массы в базисном слое

Ответ: 1,3,4,5

Дополните

81. Микропротез из керамического материала, покрывающий вестибулярную, апроксимальные и при необходимости режущий край зуба, называется _____.

Ответ: винир

Укажите номер правильного ответа.

82. Для снятия оттисков при изготовлении виниров применяются материалы:

- 1) гипс;
- 2) альгинатные;
- 3) силиконовые;
- 4) цинкэвгеноловые.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа

83. При прямом методе восковая модель будущей вкладки изготавливается:

- 1) непосредственно в полости рта;
- 2) на модели из супергипса;

	<p>3) на модели из серебряной амальгамы; 4) по гипсовому штампу в разборной модели.</p> <p>Ответ: 1</p> <p>Укажите номера правильных ответов</p> <p>84. Керамические виниры в лаборатории могут быть изготовлены посредством методов:</p> <p>1) методом послойного нанесения; 2) методом литьевого прессования; 3) методом фрезерования 4) все ответы верны</p> <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>85. К микропротезам относятся</p> <p>1) Вкладки 2) Полукоронки 3) Виниры 4) Штифтовые культевые конструкции 5) Все вышеперечисленное верно</p> <p>Ответ: 5</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>86. Частичное отсутствие зубов - это</p> <p>1) зубы большего или меньшего размера по сравнению с нормой 2) отсутствие одного, нескольких или группы зубов 3) отклонение от формы и функции, присущей данному органу, возникшее вследствие нарушения развития организма</p> <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>87. Частичное отсутствие зубов (как самостоятельное заболевание) это</p> <p>1) патологическое состояние зубо-челюстной системы, характеризующееся чрезмерной убылью эмали и дентина всех или только отдельных зубов 2) заболевание, характеризующееся нарушением целостности зубных рядов сформированной зубо-челюстной системы при отсутствии патологических изменений в остальных элементах этой системы</p> <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>88. По данным ВОЗ частичное отсутствие зубов относится к</p> <p>1) мало распространенным заболеваниям (до 25 %) 2) распространенным заболеваниям 3) наиболее распространенным заболеваниям (более 75 %)</p> <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>89. При частичном отсутствии зубов единые в морфофункциональном отношении зубные ряды распадаются на</p> <p>1) рабочую и балансирующую стороны 2) функционирующее и нефункционирующее звенья</p> <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>90. Функционирующее звено при частичном отсутствии зубов это</p> <p>1) группа зубов с повышенной деятельностью 2) группа зубов, лишенные антагонистов 3) зубы в боковых отделах зубных рядов 4) зубы в переднем отделе зубных рядов</p>

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

91. «Функциональная перестройка» зубо-челюстной системы при частичном отсутствии зубов это

- 1) изменения, развивающиеся под влиянием функции в тканях и организме в целом
- 2) преобразования в тканях, приводящие к изменению функции

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

92. Процесс адаптации пародонта в функционирующей группе при частичном отсутствии зубов проявляется

- 1) усилением костеобразования
- 2) ослаблением костеобразования

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

93. Показания к протезированию мостовидными протезами больного с частичным отсутствием зубов определяются

- 1) желанием больного
- 2) состоянием опорного аппарата зубов, видом прикуса
- 3) величиной и топографией дефекта зубного ряда, видом прикуса
- 4) видом дефекта, его величиной и топографией, видом прикуса,
- 5) состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом зубного ряда
- 6) видом дефекта и прикуса, состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

94. При наклоне опорных зубов в сторону дефекта показан

- 1) разборный мостовидный протез, одна из опор которого
- 2) сочленяется с наклонившимся зубом вкладкой, вкладкой во вкладке, спорно-удерживающим кламмером, замковым креплением
- 3) паяный мостовидный протез с опорой на штампованных коронках
- 4) мостовидный протез с телескопической системой крепления

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

95. При протезировании мостовидными протезами отски снимают на этапе припасовки

- 1) каркасов цельнолитых цельнометаллических мостовидных протезов
- 2) каркасов цельнолитых комбинированных мостовидных протезов
- 3) опорных элементов паяных мостовидных протезов

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

96. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

- 1) выше нагрузка на пародонт опорных зубов и быстрее адаптация к протезу
- 2) выше нагрузка на пародонт опорных зубов и длительнее адаптация к протезу
- 3) ниже нагрузка на пародонт опорных зубов и быстрее адаптация к протезу
- 4) ниже нагрузка на пародонт опорных зубов и длительнее адаптация к протезу

Ответ: 1

Укажите номера правильных ответов.

97. Основными элементами конструкции мостовидных протезов

являются

- 1) опорные части
- 2) дуги
- 3) кламмеры
- 4) промежуточная часть

Ответ: 1,4

Укажите номер правильного ответа.

98. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в переднем отделе зубного ряда верхней челюсти по отношению к слизистой оболочке располагается

- 1) касательно
- 2) в виде седла
- 3) с промывным пространством (висячая форма)
- 4) произвольно
- 5) зависит от протяженности дефекта зубного ряда

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

99. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в переднем отделе зубного ряда нижней челюсти по отношению к слизистой оболочке располагается

- 1) касательно
- 2) в виде седла
- 3) с промывным пространством (висячая форма)
- 4) произвольно
- 5) зависит от протяженности дефекта зубного ряда

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

100. По способу передачи жевательного давления на пародонт опорных зубов несъемные мостовидные протезы относятся

- 1) к физиологическим
- 2) полуфизиологическим
- 3) нефизиологическим

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

101. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда по отношению к десне располагается

- 1) касательно
- 2) с промывным пространством (висячая форма)
- 3) седловидно
- 4) в зависимости от протяженности дефекта зубного ряда

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

102. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда по отношению к десне располагается следующим образом

- 1) касается ее на всей протяженности
- 2) касается ее в одной точке
- 3) не касается

Ответ: 3

Укажите номера правильных ответов.

103. Альгинатные оттисковые материалы для получения рабочего оттиска используются при изготовлении

- 1) штампованных коронок
- 2) цельнолитых коронок
- 3) вкладок
- 4) паяных мостовидных протезов

5) цельнолитых мостовидных протезов

Ответ: 1,4

Укажите номера правильных ответов.

104.Методику двойного (уточненного) оттиска применяют при протезировании

- 1) одиночными литыми цельнометаллическими коронками
- 2) цельнолитыми цельнометаллическими мостовидными протезами
- 3) вкладками
- 4) штампованными коронками

Ответ: 1,2,3

Укажите номера правильных ответов.

105.Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов используют:

- 1) цинкоксид-фосфорную пасту («Дентол»);
- 2) карбодент;
- 3) висфат-цемент;
- 4) цинкоксид-эвгеноловую пасту («Репин»);
- 5) водный дентин;
- 6) цемент «Унифас».

Ответ: 1,4,5

Укажите номера правильных ответов.

106.Для постоянной фиксации несъемных мостовидных протезов используют:

- 1) цинкоксид-эвгеноловую пасту («Репин»);
- 2) водный дентин;
- 3) цемент «Унифас»;
- 4) висфат-цемент;
- 5) акрилоксид;
- 6) стеклоиономерные цементы.

Ответ: 3,4,6

Укажите номер правильного ответа.

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

- 1) несколько меньшем
- 2) полном
- 3) несколько большем

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

108.Уступ формируется при изготовлении коронки

- 1) штампованной
- 2) фарфоровой

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

109.Металлокерамическая коронка относится

- 1) к комбинированным
- 2) к металлическим
- 3) к неметаллическим

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

110.При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества твердых тканей в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью

- 1) улучшения фиксации коронок
- 2) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 3) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

111. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят

- 1) на штампованный колпачок
- 2) на литой колпачок
- 3) на платиновый колпачок
- 4) на штампик из огнеупорной массы

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

112. При обжиге фарфоровой массы, кроме воздействия высокой температуры, используют

- 1) давление
- 2) вакуум
- 3) центрифугирование
- 4) верно все перечисленное

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

113. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %)

- 1) 20
- 2) 40
- 3) 60
- 4) 80
- 5) 100

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

114. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть

- 1) коронки, полукоронки, вкладки
- 2) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
- 3) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
- 4) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
- 5) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

115. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления

- 1) цельнолитые, полимеризованные, паяные
- 2) паяные, пластмассовые, комбинированные
- 3) комбинированные, металлические, неметаллические
- 4) неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- 5) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

116. Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима, чтобы

- 1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба
- 2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба
- 3) остановить кровотечение
- 4) обезболить десневой край
- 5) высушить поверхность культы зуба

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

117. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть

	<p>представлена</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) виниром 2) фасеткой 3) вкладкой 4) коронкой 5) штифтовым зубом <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>118. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дефект коронковой части зуба 2) патологическая стираемость 3) пародонтит тяжелой степени 4) включенный дефект зубного ряда 5) концевой односторонний дефект зубного ряда <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>119. При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) абсолютную силу жевательных мышц, величину дефекта зубного ряда 2) величину дефекта зубного ряда, состояние пародонта опорных зубов 3) состояние пародонта опорных зубов, жевательную эффективность 4) жевательную эффективность, топографию дефекта зубного ряда 5) топографию дефекта зубного ряда, абсолютную силу жевательных мышц <p>Ответ: 2</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение съемными конструкциями протезов»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>120. Время для разжевывания пищи при частичном отсутствии зубов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не изменяется; 2) удлиняется; 3) укорачивается. <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>121. При частичном отсутствии зубов нарушаются функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) речи; 2) глотания; 3) дыхания; 4) жевания; 5) эстетики. <p>Ответ: 1,4,5</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>122. Если в зубном ряду несколько дефектов, относящихся к различным классам, то класс дефекта определяют по:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наименьшему классу; 2) наибольшему классу; 3) обоим одновременно. <p>Ответ: 1</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>123. К I классу по классификации Кеннеди относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двусторонний дистально неограниченный дефект зубного ряда; 2) односторонний дистально неограниченный дефект зубного ряда; 3) дистально ограниченный (“включенный”) дефект зубного ряда; 4) дефект зубного ряда в области передней группы зубов. <p>Ответ: 1</p> <p>Укажите номер правильного ответа</p> <p>124. Конструктивные элементы бюгельных протезов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дуга, кламмерная система, базис с искусственными зубами

- 2) Дуга, система фиксации, базис (седловидная часть) с искусственными зубами
- 3) Система фиксации, соединяющие элементы (дуг, пластинки), седловидный базис

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа

125. Бюгельные протезы передают жевательное давление на:

- 1) Слизистую оболочку протезного ложа и пародонт опорных зубов
- 2) Слизистую оболочку протезного ложа
- 3) Исключительно на пародонт опорных зубов

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа

126. Удерживающие свойства кламмера определяются

- 1) Материалом из которого сделан
- 2) Термической обработкой
- 3) Профиля поперечного сечения
- 4) Длины плеча
- 5) Выраженности экватора зуба
- 6) Все ответы правильные
- 7) Правильные ответы 3,4

Ответ: 6

Укажите номер правильного ответа

127. Место расположения окклюзионной накладки кламмера должно иметь

- 1) плоскую форму
- 2) форму ласточкина хвоста
- 3) форму сферы
- 4) форму квадрата
- 5) ложечкообразную форму

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа

128. Окклюзионная накладка опорно-удерживающего кламмера выполняют следующие функции:

- 1) Опорную
- 2) Стабилизирующую
- 3) Ретенционную
- 4) Соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

129. Частичную адентию лечат:

- 1) мостовидными протезами;
- 2) бюгельными протезами;
- 3) съёмными пластиночными протезами;
- 4) штампованными коронками;
- 5) правильные ответы 1,2,3;
- 6) правильные ответы 1,4.

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

130. В области передних зубов верхней челюсти с небной стороны стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

- 1) проходит в пришеечной области (до зубных бугорков);
- 2) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков;
- 3) доходит до экватора сохранившихся зубов;
- 4) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа

131. Варианты расположения дистальной границы базиса съёмного пластиночного протеза при дефектах зубного ряда верхней челюсти при I и II классе по Кеннеди:

- 1) проходит по линии «А» и перекрывает бугры верхней челюсти;
- 2) проходит впереди линии «А» на 5 мм и посередине бугров верхней челюсти;
- 3) оканчивается в проекции первых моляров.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа

132. Толщина окклюзионной накладки (лапки) опорно-удерживающего кламмера

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

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа

133. Из предложенных ниже графических схем опорно-удерживающих кламмеров фирмы «NEУ» выберите кламмер Аккера



Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа

134. Из предложенных ниже графических схем опорно-удерживающих кламмеров фирмы «NEУ» выберите кламмер Роуча



Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

135. Базисом съёмного пластиночного протеза называют:

- 1) часть протеза, приспособление, расположенное на зубе с целью удержания протеза и перераспределения жевательного давления;
- 2) пластинка из пластмассы или металла, на которой укрепляются искусственные зубы и удерживающие кламмеры;
- 3) часть протеза, расположенная между опорными элементами.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

136. Граница базиса съёмного пластиночного протеза располагается в пределах:

- 1) активно-подвижной слизистой оболочки;
- 2) пассивно-подвижной слизистой оболочки;
- 3) неподвижной слизистой оболочки.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

137. В области передних зубов нижней челюсти с язычной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

- 1) проходит в пришеечной области (до зубных бугорков);
- 2) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков;
- 3) доходит до экватора сохранившихся зубов;
- 4) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

138. В области боковых зубов нижней челюсти с язычной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

- 1) проходит в пришеечной области (до зубных бугорков);
- 2) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков;
- 3) доходит до экватора сохранившихся зубов;
- 4) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

139. В области боковых зубов верхней челюсти с небной стороны граница базиса съёмного пластиночного протеза:

- 1) проходит в пришеечной области (до зубных бугорков);
- 2) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков;
- 3) доходит до экватора сохранившихся зубов;
- 4) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

140. Толщина пластмассового базиса в среднем равна:

- 1) 0,5мм;
- 2) 2мм;
- 3) 5мм.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

141. Толщина металлического базиса в среднем равна:

- 1) 0,2-0,6мм;
- 2) 2мм;
- 3) 5мм.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

142. Дефект зубного ряда в области передней группы зубов определяют как:

- 1) IV класс по классификации Блека;
- 2) III тип по классификации Шредера;
- 3) III класс по классификации Кеннеди;
- 4) I класс по классификации Келлера;
- 5) IV класс по классификации Кеннеди;
- 6) все ответы неправильные.

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

143. Ко 2 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

144. Съёмные пластиночные протезы передают жевательную нагрузку на подлежащие ткани:

	<p>1) на периодонт опорных зубов; 2) вертикально через слизистую оболочку на костную основу; 3) на слизистую оболочку протезного ложа и периодонт опорных зубов. Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 145. Припасовка съемного пластиночного протеза производится 1) зубным техником на модели; 2) врачом в полости рта; 3) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта. Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 146. Припасовка частичных съемных пластиночных протезов включает: 1) введение протеза в полость рта и достижение хорошей фиксации; 2) введение протеза в полость рта, достижение хорошей фиксации и «скользящей» окклюзии методом окклюдозаграммы; 3) наложение протеза на протезное ложе, достижение хорошей фиксации, «скользящей» артикуляции, исключение балансирования протеза, проверка точности границ базиса и расположения опорных элементов. Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 147. Пациенту рекомендуется являться на первую коррекцию съемного пластиночного протеза 1) по мере возникновения боли; 2) на следующий день после наложения протеза; 3) через неделю после наложения протеза. Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 148. При наличии сильных болей перед коррекцией съемного пластиночного протеза больному рекомендуется 1) не снимать протез до посещения врача; 2) снять протез и надеть его за 3-4 часа перед коррекцией; 3) снять протез и прийти к врачу. Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 149. Этап коррекции базиса частичного съемного пластиночного протеза включает: 1) визуальный контроль, уточнение травмирующих зон, определение зон повышенной компрессии слизистой оболочки под базисом протеза с помощью слепочных масс «Репин», «Дентол», и др.; 2) устранение травмирующих зон на базисе протеза путем перебазировки; 3) избирательное пришлифовывание зубов протеза. Ответ: 1</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Заболевания пародонта»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа 150. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю. Курляндский предложил 1) рентгенограмму 2) реограмму 3) одонтопародонтограмму Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 151. С помощью гнатодинамометрии изучают: 1) скорость кровотока</p>

- 2) проницаемость сосудов в тканях пародонта
- 3) выносливость (мощность) пародонта

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

152. Глубину пародонтального кармана определяют:

- 1) щупом
- 2) визуально
- 3) зондом

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа

153. Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтите

- 1) равномерный
- 2) равномерный и горизонтальный
- 3) неравномерный
- 4) неравномерный, горизонтальный и вертикальный

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа

154. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил

- 1) рентгенограмму
- 2) реограмму
- 3) одонтопародонтограмму

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа

155. Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при

- 1) гингивите
- 2) пародонтите
- 3) пародонтите
- 4) кариесе
- 5) патологической стираемости

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

156. Окклюзограмма – это метод определения и анализа:

- 1) окклюзионной высоты
- 2) окклюзионных контактов

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

157. Выключение зубов из окклюзионных контактов при проведении избирательного сошлифовывания:

- 1) допустимо
- 2) недопустимо

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

158. Метод избирательного сошлифовывания применяют при заболеваниях

пародонта:

- 1) начальной стадии
- 2) развившейся стадии
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

159. В центральной окклюзии при сошлифовывании должны быть достигнуты множественные контакты:

- 1) Фиссурные
- 2) бугорковые
- 3) фиссурно-бугорковые

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

160. Атрофические процессы в слизистой оболочке протезного ложа и костной ткани альвеолярного отростка, а также микроциркуляторные изменения при непосредственном протезировании:

- 1) менее выражены
- 2) выражены сильнее
- 3) отсутствуют

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа

161. Временное шинирование является

- 1) этиологическим лечением пародонтита
- 2) патогенетическим лечением пародонтита
- 3) патогенетическим лечением пародонтоза
- 4) симптоматическим лечением пародонтита

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа

162. Временное шинирование при пародонтите проводят

- 1) до избирательной пришлифовки зубов
- 2) после избирательной пришлифовки зубов
- 3) вместо избирательной пришлифовки зубов
- 4) до и после избирательной пришлифовки зубов

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа

163. При изготовлении капповой временной шины повышение центральной окклюзии на 2 мм

- 1) недопустимо
- 2) возможно
- 3) желательно

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа

164. Для изготовления временной шины препарирование опорных зубов

- 1) возможно
- 2) желательно
- 3) обязательно
- 4) требуется

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа

165. Временная пластмассовая шина с оральной стороны должна

- 1) доходить до десневого края
- 2) погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- 3) погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм
- 4) не доходить до десневого края

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа

166. Изготовление временных шин возможно

- 1) в клинике врачом
- 2) в лаборатории зубным техником
- 3) правильны оба ответа

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

167. Укажите номер правильного ответа. Шинирование жевательной группы зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) парасагиттальной
- 4) по дуге

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

168. Укажите номер правильного ответа. Шинирование двух жевательных групп зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

169. Укажите номер правильного ответа. Шинирование всех групп зубов называется стабилизацией:

- 1) фронтальной
- 2) сагиттальной
- 3) фронтосагиттальной
- 4) парасагиттальной
- 5) по дуге
- 6) по дуге вместе с парасагиттальной

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

170. Укажите номер правильного ответа. Лучший шинирующий эффект при генерализованном пародонтите дает стабилизация:

- 1) фронтальная
- 2) сагиттальная
- 3) фронтосагиттальная

	<p>4) парасагиттальная 5) по дуге 6) по дуге вместе с парасагиттальной</p> <p>Ответ: 6</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>171. Укажите номер правильного ответа. Основные конструктивные элементы шинирующего бюгельного протеза.</p> <p>1) опорно-удерживающий кламмер 2) седловидная часть (базис) 3) окклюзионная накладка 4) правильные ответы 1),2),3)</p> <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>172. Наличие преждевременных контактов определяются:</p> <p>1) артикуляционной копировальной бумагой 2) восковой окклюдозграммой 3) оба ответа правильные</p> <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>173. При пародонтите возможно изменение рН смешанной слюны и десневой жидкости:</p> <p>1) в кислую сторону 2) щелочную сторону 3) не изменяется</p> <p>Ответ: 1</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>174. При частичной потере зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов:</p> <p>1) наклоненные или перемещенные в сторону дефекта; 2) имеющие или не имеющие соседних зубов; 3) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки; 4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа).</p> <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>175. При удалении верхнего зуба мудрости нижний зуб мудрости перемещается вверх и блокирует:</p> <p>1) трансверзальные движения нижней челюсти; 2) вертикальные движения нижней челюсти; 3) передние движения нижней челюсти.</p> <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>176. У зубов, имеющих антагонисты, по сравнению с зубами, их лишенными, размер периодонтальной щели:</p> <p>1) уже; 2) шире.</p> <p>Ответ: 2</p>

Укажите номер правильного ответа.

177. Показания к протезированию мостовидным протезом больного с частичной потерей зубов определяются:

- 1) желанием больного;
- 2) состоянием опорного аппарата зубов, видом прикуса;
- 3) величиной и топографией дефекта зубного ряда, видом прикуса;
- 4) видом дефекта, его величиной и топографией, видом прикуса, состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом зубного ряда;
- 5) видом дефекта и прикуса, состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

178. При наклоне опорных зубов в сторону дефекта показан:

- 1) разборный мостовидный протез, одна из опор которого сочленяется с наклонившимся зубом вкладкой, вкладкой во вкладке, опорно-удерживающим кламмером, замковым креплением;
- 2) паяный мостовидный протез с опорой на штампованных коронках;
- 3) мостовидный протез с телескопической системой крепления.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

179. Какой вид перемещения зубов не может объяснить теория Попова-Годона:

- 1) в язычном направлении;
- 2) в вертикальном направлении;
- 3) в мезиальном направлении.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

180. При третьей степени вертикального зубоальвеолярного удлинения выдвигание происходит:

- 1) от 1/3 до 1/2 высоты коронки;
- 2) более 1/2 высоты коронки;
- 3) в пределах жевательных бугорков.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

181. Хирургический метод исправления деформаций применяется:

- 1) при первой форме деформаций по Пономаревой;
- 2) второй форме деформаций по Пономаревой;
- 3) третьей форме деформаций по Пономаревой.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

182. Ортодонтический метод исправления деформаций применяется:

- 1) при первой форме деформаций по Пономаревой;
- 2) второй форме деформаций по Пономаревой;
- 3) третьей форме деформаций по Пономаревой.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

183.Реконструктивные операции на челюстных костях проводятся:

- 1) не ранее 18 лет;
- 2) в возрасте 10 лет;
- 3) в любом возрасте.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

184.Повышенным (патологическим) стиранием твердых тканей зубов называется стирание, которое:

- 1) не соответствует виду прикуса больного;
- 2) не соответствует возрасту больного;
- 3) приводит к обнажению дентина;
- 4) приводит к появлению гиперестезии зубов;
- 5) приводит к деформации окклюзионных поверхностей зубных рядов.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

185.Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при компенсированной форме повышенного стирания твердых тканей зубов обусловлено:

- 1) смещением нижней челюсти;
- 2) ростом альвеолярной части челюсти;
- 3) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава;
- 4) перемещением зубов.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

186.При всех формах повышенного стирания зубов предпочтительны ортопедические конструкции:

- 1) паяные;
- 2) штампованные;
- 3) съемные;
- 4) несъемные;
- 5) цельнолитые.

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

187.При всех формах повышенного стирания зубов противопоказаны коронки:

- 1) штампованные;
- 2) пластмассовые;
- 3) литые;
- 4) фарфоровые;
- 5) металлокерамические.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

188.Наиболее трудноразрешимой задачей при ортопедическом лечении повышенной стираемости зубов, сопровождающейся снижением высоты нижнего отдела лица, является:

- 1) улучшение функции жевания;

- 2) предупреждение дальнейшего стирания зубов;
- 3) нормализация положения головок нижней челюсти в суставных ямках;
- 4) установление оптимальной высоты нижнего отдела лица.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

189. Высота нижнего отдела лица уменьшается:

- 1) всегда при генерализованной повышенной стираемости зубов;
- 2) если имеет место генерализованная повышенная стираемость III степени;
- 3) если генерализованная повышенная стираемость зубов не компенсируется ростом альвеолярной части челюсти.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

190. Укажите, что является основным источником в возникновении гальванического тока:

- 1) пломбы из композитного пломбировочного материала;
- 2) разнородные металлы в полости рта;
- 3) наличие пломб из амальгамы.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

191. Значимым критерием необходимости удаления зубов является:

- 1) степень патологической подвижности;
- 2) величина резорбции костной ткани альвеолярных частей;
- 3) одонтопародонтограмма;
- 4) 1+2;
- 5) 2+3.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

192. Избирательное сошлифовывание зубов проводят:

- 1) в одно посещение;
- 2) 2-3 посещения с интервалом через день;
- 3) 3-4 посещения с интервалом через неделю.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

193. Аппаратура необходимая для настройки суставного механизма артикулятора:

- 1) мастикациограф
- 2) аксиограф
- 3) гнатодинамометр

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа:

194. Какие типы артикуляторов различают:

- 1) простые шарнирные артикуляторы;

	<p>2) среднеанатомические или линейно-плоскостные; 3) полурегулируемые; 4) полностью регулируемые или универсальные 5) все вышеперечисленные Ответ: 5</p> <p>Укажите номер правильного ответа: 195. Артикуляторы применяются для: 1) выбора метода окклюзионной коррекции; 2) диагностического сошлифовывания зубов; 3) определения наличия супраконтактов на зубах; 4) современной и всесторонней диагностики окклюзии; 5) планирования всех видов стоматологического лечения; 6) лабораторных технических этапов изготовления съемных и несъемных конструкций протезов; 7) определения стабильности центральной окклюзии, деформации окклюзионной поверхности и методов ее устранения. 8) все вышеперечисленное Ответ: 8</p> <p>Укажите номер правильного ответа: 196. Лицевая дуга: 1) это инструмент, используемый для регистрации положения верхней челюсти пациента по отношению к височно-нижнечелюстному суставу и передачи этого положения артикулятору. 2) это инструмент, используемый для регистрации положения нижней челюсти и передачи этого положения артикулятору. Ответ: 1</p> <p>Укажите номер правильного ответа: 197. Основные составляющие лицевой дуги: 1) основная рама, 2) боковые плоскости с ушными пелотами, 3) прикусная вилка, 4) носовой упор, 5) шарнирное переходное устройство между вилкой и дугой, 6) индикатор плоскости. 7) все вышеперечисленное Ответ: 7</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа: 198. Височно-нижнечелюстной сустав образован: 1) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти 2) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставной капсулой, связками 3) Головкой нижней челюсти, суставной капсулой Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 199. Какова функция внутрисуставного диска? 1) Плавное скольжение элементов сустава 2) Разделение полости сустава на две части 3) Амортизирующая функция и сглаживание инконгруэнтности суставных поверхностей 4) Все ответы правильные. Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа. 200. Какова функция связок сустава? 1) Участвуют в движении сустава</p>

- 2) Препятствуют растяжению суставной капсулы
- 3) Растягивают суставную капсулу

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

201. В каком положении находится суставная головка при центральной окклюзии?

- 1) На вершине суставного бугорка
- 2) На скате суставного бугорка
- 3) У основания заднего ската суставного бугорка

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

202. При максимально открытом рте суставная головка находится

- 1) На вершине суставного бугорка
- 2) На скате суставного бугорка
- 3) У основания заднего ската суставного бугорка

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

203. Перечислите возможные движения нижней челюсти

- 1) Вертикальные, сагиттальные
- 2) Сагиттальные, трансверзальные
- 3) Вертикальные, трансверзальные
- 4) Вертикальные, сагиттальные, трансверзальные

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

204. При открывании рта суставная головка...

- 1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед
- 2) Вращается вокруг своей горизонтальной оси
- 3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

205. При боковом смещении нижней челюсти, суставная головка

- 1) Скользит по скату суставного бугорка вниз и вперед
- 2) Вращается вокруг своей вертикальной оси
- 3) На рабочей стороне головка вращается вокруг вертикальной оси, на балансирующей - вперед, вниз, внутрь

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

206. Что такое «рабочая сторона»?

- 1) Сторона, противоположная стороне смещения нижней челюсти
- 2) Сторона, в которую произошло смещение нижней челюсти
- 3) Сторона, где возникают преждевременные контакты зубов

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

207. Что такое «балансирующая сторона»?

- 1) Сторона, противоположная стороне смещения нижней челюсти
- 2) Сторона, в которую произошло смещение нижней челюсти
- 3) Сторона, где возникают преждевременные контакты зубов

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

208. Что такое «сагиттальный резцовый путь»?

- 1) Путь, который проходят нижние резцы при открывании рта
- 2) Путь, который проходят нижние резцы при боковом смещении нижней челюсти
- 3) Путь, который проходят нижние резцы при выдвижении нижней челюсти вперед

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

209. Сагиттальный резцовый путь зависит от:

- 1) Глубины перекрытия передних зубов
- 2) Угла наклона резцов
- 3) Глубины перекрытия и угла наклона

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа:

210. Определите понятие: «движение Беннета»

- 1) Смещение головки сустава на балансирующей стороне при боковом смещении нижней челюсти
- 2) Смещение головки сустава на рабочей стороне при боковом смещении нижней челюсти
- 3) Смещение головки сустава при открывании рта

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

211. Чем направляется боковое смещение нижней челюсти из положения центральной окклюзии?

- 1) Небной поверхностью верхних резцов и вестибулярной - нижних
- 2) Окклюзионными поверхностями зубов рабочей стороны
- 3) Окклюзионными поверхностями зубов балансирующей стороны

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

212. От каких факторов зависит наличие «трехпунктного контакта Бонвиля»?

- 1) Степень резцового перекрытия
- 2) Выраженность бугров жевательных зубов
- 3) Степень выраженности кривой Шпее
- 4) Степень наклона верхних передних зубов
- 5) Суставного пути
- 6) Все верно

Ответ: 6

Укажите номер правильного ответа.

213. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС

- 1) одна неделя
- 2) две недели
- 3) один месяц

4) 3-6 месяцев

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

214.Контакты каких зубов могут быть в боковых окклюзиях на рабочей стороне?

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

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа:

215.При снижении окклюзионной высоты, сужении верхнего и заднего отделов суставной щели ВНЧС какой вид окклюзионной шины Вы примените?

- 1) разобщающие
- 2) репозиционные
- 3) релаксационные

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа:

216.Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении куда смещают нижнюю челюсть?

- 1) дистально
- 2) в правую боковую окклюзию
- 3) в левую боковую окклюзию
- 4) в переднюю окклюзию
- 5) открыванием рта в пределах до 1-2 см

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа:

217.Назовите факторы нарушения окклюзии

- 1) местные факторы полости рта
- 2) поражения ВНЧС
- 3) дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях
- 4) местные факторы полости рта, поражения ВНЧС, дисфункция жевательных мышц при общих заболеваниях

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

218.К 1 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

219.Ко 2 типу по А.И.Бетельману относятся зубные ряды

- 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах;
- 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения);
- 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары;
- 4) беззубые челюсти.

Ответ: 2

	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>220.К 3 типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеющие 3 пары антагонизирующих зубов, расположенные во фронтальном и боковых отделах; 2) имеющие хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов (без изменения их формы и положения); 3) имеются зубы, но нет антагонизирующих пар; 4) беззубые челюсти. <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>221.К 4типу по А.И. Бетельману относятся зубные ряды</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеющие не менее 3 пар антагонизирующих зубов расположенные во фронтальном и боковых отделах; 2) имеющих хотя бы 1 пару антагонизирующих зубов; 3) имеются зубы, но нет ни одной антагонизирующей пары; 4) беззубые челюсти. <p>Ответ: 4</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>222.При 1 типе взаимоотношения зубных рядов по А.И. Бетельману нужен ли этап клинического определения центральной окклюзии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) да; 2) нет. <p>Ответ: 2</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>223.При III типе взаимоотношения зубных рядов по А.И. Бетельману определяя центральную окклюзию проводят этапы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определение высоты нижней трети лица в физиологическом покое; 2) припасовка восковых прикусных валиков; 3) фиксация мезио-дистального положения нижней челюсти; 4) нанесение антропометрических ориентиров; 5) правильные ответы 2,3; 6) правильные ответы 1,2,3,4. <p>Ответ: 6</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Полное отсутствие зубов»</p>	<p>Выберите один правильный ответ.</p> <p>224.Морфологические изменения челюстей после полной потери зубов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение амплитуды движений нижней челюсти 2) изменение характера движений нижней челюсти 3) атрофия альвеолярных гребней 4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх 5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава <p>Ответ: 3</p> <p>Выберите один правильный ответ.</p> <p>225.Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной потери зубов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атрофия суставного бугорка 2) уплощение суставной ямки 3) разволокнение внутрисуставного диска 4) истончение внутрисуставного диска 5) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх <p>Ответ: 5</p> <p>Выберите один правильный ответ.</p> <p>226.Для анатомических оттисков применяют оттискные массы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) термопластические 2) альгинатные 3) гипс 4) силиконовые

5) акриловые пластмассы

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

227. Для получения функционального оттиска при полной потере зубов применяется оттискная ложка

- 1) стандартная из металла, гладкая
- 2) стандартная из пластмассы, перфорированная
- 3) индивидуальная из эластичной пластмассы
- 4) индивидуальная из жесткой пластмассы
- 5) стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

228. Правильно изготовленная индивидуальная ложка должна отвечать следующим требованиям:

- 1) фиксироваться на челюстях
- 2) отображать рельеф протезного ложа и присасываться
- 3) не балансировать на челюстях, не смещаться при функциях окружающих тканей и хорошо фиксироваться, т.е. присасываться.
- 4) не балансировать на челюстях, не смещаться при функциях окружающих тканей и хорошо фиксироваться, т.е. присасываться; иметь толщину 2-3 мм.

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

229. Для образования клапана, необходимо чтобы

- 1) край протеза располагался в нейтральной зоне
- 2) край протеза упирался в свод переходной складки, даже несколько натягивая переходную складку
- 3) край протеза был строго ограничен по высоте прилегающей к нему мускулатурой и имел определенный объем, а также погружался в податливую слизистую оболочку для обеспечения функциональной присасываемости

Ответ: 3

Выберите один правильный ответ.

230. Форма края протеза по переходной складке в боковом отделе

- 1) каплевидный
- 2) полуовальный
- 3) усеченного конуса

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ.

231. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «глотание»

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

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

232. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»

- 1) вестибулярный край между клыками

- 2) вестибулярный край в области моляров и передних зубов
- 3) язычный край в области моляров
- 4) язычный край в области премоляров
- 5) от позадимоларного бугорка до челюстно-подъязычной линии

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

233. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»

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

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

234. Повторная фиксация центрального соотношения челюстей методом наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти возможна при

- 1) завышении высоты нижнего отдела лица
- 2) снижении высоты нижнего отдела лица
- 3) смещении нижней челюсти влево
- 4) смещении нижней челюсти вправо
- 5) смещении нижней челюсти вперед

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

235. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен

- 1) 17°
- 2) 26°
- 3) 33°
- 4) 60°
- 5) 110°

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ.

236. Угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен

- 1) $17-33^{\circ}$
- 2) $40-60^{\circ}$
- 3) $80-90^{\circ}$
- 4) $100-110^{\circ}$
- 5) 135° и более

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

237. Расстояние между резцовой точкой и суставными головками нижней челюсти, по Бонвиллю, в среднем равно

- 1) 7 см
- 2) 10 см
- 3) 14 см
- 4) 17 см
- 5) 33 см

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

238. Ориентиром для постановки центральных резцов на верхней челюсти служит расположение

- 1) крыльев носа

- 2) уздечки верхней губы
- 3) линии эстетического центра лица
- 4) филтрома верхней губы
- 5) носогубных складок

Ответ: 3

Выберите один правильный ответ.

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

- 1) 17°
- 2) 33°
- 3) 45°
- 4) 55°
- 5) 65°

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

240. В съемном пластиночном протезе при полном отсутствии зубов на верхней челюсти количество зубов, как правило, составляет

- 1) 8
- 2) 10
- 3) 14
- 4) 16

Ответ: 3

Выберите один правильный ответ.

241. После проведения клинического этапа «определение центральной окклюзии» следует лабораторный этап

- 1) замена воска на пластмассу
- 2) постановка искусственных зубов
- 3) отделка протеза
- 4) изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
- 5) определение центральной окклюзии

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

242. Гранулярная пористость в пластмассе образуется вследствие

- 1) быстрого нагрева кюветы
- 2) недостаточного сжатия пластмассы
- 3) быстрого охлаждения кюветы
- 4) нарушения температуры нагрева кюветы
- 5) нарушения пропорций полимера и мономера

Ответ: 5

Выберите один правильный ответ.

243. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза

- 1) трещин
- 2) газовой пористости
- 3) гранулярной пористости
- 4) внутренних напряжений
- 5) пористости сжатия

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

244. При недостаточно хорошей фиксации съемного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов, обусловленной удлиненными границами базиса, необходимо

- 1) снять слепок и изготовить новый протез
- 2) провести коррекцию краев протеза
- 3) уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
- 4) снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории

5) провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

245.«Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при

- 1) истечении срока годности мономера
- 2) истечении срока годности полимера
- 3) нарушении температурного режима полимеризации
- 4) несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»
- 5) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

246.При изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов на верхнюю челюсть необходимо

- 1) изготовить новый протез
- 2) укоротить границы протеза
- 3) пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти
- 4) провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов
- 5) создать разобщение между фронтальными зубами

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

247.Фазы адаптации к съемному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому

- 1) предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации
- 2) полной адаптации, раздражения, стабилизации
- 3) стабилизации, частичной адаптации, полного торможения
- 4) раздражения, частичного торможения, полного торможения
- 5) раздражения, стабилизации, предварительной адаптации

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ.

248.Сроки проведения первой коррекции съемного пластиночного протеза

- 1) на следующий день после наложения протеза
- 2) через неделю после наложения протеза
- 3) только при появлении боли под протезом
- 4) любые - по согласованию с пациентом
- 5) после полной адаптации к протезу

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ.

249.При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять

- 1) через 2-4 года
- 2) через 5-6 лет
- 3) через 7-8 лет
- 4) по усмотрению пациента
- 5) в случае появления неудовлетворительной фиксации

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ.

250.После проведения последней коррекции съемного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра

- 1) один раз в месяц
- 2) один раз в полгода
- 3) один раз в год
- 4) только при возникновении жалоб

5) по желанию

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

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

- 1) функциональные особенности языка
- 2) функциональную характеристику жевательных и мимических мышц
- 3) характер взаимодействия активных органов речевой артикуляции с протезом
- 4) конструкционные особенности
- 5) толщину базиса протеза

Ответ: 5

Выберите один правильный ответ.

252. При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пластиночный протез

- 1) не снимать до посещения врача
- 2) снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача
- 3) снять и сразу придти к врачу
- 4) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
- 5) снять и после исчезновения воспалительных явлений придти к врачу

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ.

253. Съемный пластиночный протез с жестким базисом ночью необходимо хранить в

- 1) растворе хлоргексидина
- 2) спиртовом растворе
- 3) на влажной салфетке
- 4) растворе марганцовки

Ответ: 3

Выберите несколько правильных ответов.

254. Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется

- 1) снимать протез несколько раз в течение дня
- 2) первые 3 дня надевать протез только на ночь
- 3) пользоваться протезом только во время еды
- 4) пользоваться протезом днем и снимать на ночь первую неделю
- 5) пользоваться протезом днем и не снимать на ночь первую неделю

Ответ: 5

Выберите один правильный ответ.

255. Починку базиса съемного пластиночного протеза невозможно провести при

- 1) множественном мелкооскольчатом переломе
- 2) отломе сразу нескольких искусственных зубов
- 3) отломе края протеза
- 4) сложном рельефе по линии перелома
- 5) одновременном отломе плеча кламмера и отломе края протеза

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ.

256. Среднее значение между высотой нижнего отдела лица в центральной окклюзии и в положении относительно физиологического покоя при ортогнатическом прикусе

- 1) 2-4 мм
- 2) 5-6 мм
- 3) 1 мм
- 4) 10 мм

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.11 Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>Ответ: 3</p>
	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>257. Остеоинтеграция – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии. 2) Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него. 3) Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата. 4) Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца. 5) Снижение общего объема костной ткани. <p>Ответ: 1</p>
	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>258. К биоинертным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нержавеющая сталь. 2) Хромокобальтовые сплавы. 3) Титан, цирконий. 4) Гидроксиапатит. 5) Серебряно-палладиевые сплавы. <p>Ответ: 3</p>
	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>259. К биотолерантным материалам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нержавеющая сталь. 2) Титан и его сплавы. 3) Цирконий. 4) Тантал. 5) Трикальцийфосфат. <p>Ответ: 1</p>
	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>260. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Локализованный пародонтит. 2) Множественный кариес. 3) Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса. 4) Отсутствие одного зуба. 5) Полная адентия. <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>261. Контактный остеогенез – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата. 2) Процесс регенерации костной ткани непосредственно на

поверхности имплантата.

- 3) Восстановление участков кости после травмы.
- 4) Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.
- 5) Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

262. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?

- 1) Тактильными ощущениями врача.
- 2) Степенью подвижности супраструктуры.
- 3) Инструкциями по применению элементов системы имплантатов.
- 4) Показаниями динамометрического ключа.
- 5) Приблизительно 30-40 дин/см.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

263. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?

- 1) О перфорации верхнечелюстной пазухи.
- 2) О перфорации полости носа.
- 3) О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.
- 4) О выходе инструмента за пределы костной ткани.
- 5) О переломе бора.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

264. Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?

- 1) Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.
- 2) Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.
- 3) Инъекционной травмой нервного ствола.
- 4) Травмой подбородочного нерва крючком при работе ассистента.
- 5) Все перечисленные факторы

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

265. Фиброзная интеграция имплантата-это

- 1) укрепление имплантата в соединительной ткани
- 2) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
- 3) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
- 4) помещение имплантата под надкостницу
- 5) нет определения

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

266. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

- 1) в целях достижения остеоинтеграции
- 2) для снижения послеоперационной травмы
- 3) для предупреждения фиброзной интеграции
- 4) при плохих способностях к регенерации костной ткани
- 5) в целях улучшения функционального эффекта

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

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

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

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

268. Стоматологической имплантацией могут заниматься

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

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

269. Роль нормализации окклюзии при имплантации

- 1) один из основных параметров влияющих на успех лечения
- 2) не оказывает влияния на результат имплантации
- 3) может оказывать влияние на результат у некоторых больных
- 4) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений
- 5) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

270. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является

- 1) вертикальная нагрузка
- 2) вдоль оси имплантата
- 3) боковая нагрузка в области шейки
- 4) боковая нагрузка в области вершины головки
- 5) нагрузка под острым углом к имплантату

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

271. Наиболее широко используются в клинике

- 1) внутрикостные винтовые имплантаты
- 2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
- 3) внутрислизистые имплантаты
- 4) субпериостальные имплантаты
- 5) эндодонто-эндоссальные имплантаты

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

272. Решение о проведении имплантации принимают на основании

- 1) клинических исследований
- 2) рентгенологических исследований
- 3) лабораторных исследований
- 4) функциональных исследований
- 5) всех вышеперечисленных исследований

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

273. Минимально рекомендуемое соотношение внутрикостной и внутриротовой частей эндоссального имплантата

- 1) 1:2
- 2) 1:1
- 3) 1:3
- 4) 2:1
- 5) 3:1

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

274. При проведении имплантации следует учитывать

- 1) состояние зубочелюстной системы
- 2) величину дефекта зубного ряда
- 3) степень атрофии
- 4) общие заболевания
- 5) все вышеперечисленные факторы

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

275. Допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта

- 1) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама
- 2) категорически недопустимо
- 3) допустимо в исключительных случаях
- 4) допустимо на верхней челюсти
- 5) допустимо при обильном охлаждении и с применением

кофердама только на нижней челюсти

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

276. Рекомендуемая ось размещения кнопочных фиксаторов субпериостального имплантата

- 1) поперечная во фронтальном отделе
- 2) поперечная в среднем отделе
- 3) поперечная в дистальном отделе
- 4) диагональная
- 5) не имеет значения

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

277. Методы, применяющийся при подготовке полости рта к ортопедическому лечению

- 1) лечение зубов и слизистой оболочки полости рта
- 2) депульпация зубов
- 3) удаление зубов
- 4) альвеолотомия
- 5) ортодонтическое исправление зубочелюстных деформаций
- 6) избирательное сошлифовывание суперконтактов
- 7) все перечисленные

Ответ: 7

Укажите номер правильного ответа.

278. При неправильной установке имплантата в кости могут возникнуть такие осложнения как

- 1) кровотечение
- 2) подвижность имплантата
- 3) флегмона
- 4) рассасывание костной ткани вокруг имплантата
- 5) все вышеперечисленное

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

279. К потере имплантата могут привести

- 1) плохая гигиена полости рта
- 2) нерациональное питание
- 3) неудовлетворительная жевательная нагрузка
- 4) нарушение обмена веществ
- 5) все вышеперечисленные факторы

Ответ: 5

Укажите номер правильного ответа.

280. Отделы, челюстей, пригодные для внутрикостной имплантации

- 1) только альвеолярный отросток
- 2) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
- 3) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат

	<p>без риска повреждения определенных анатомических структур</p> <p>4) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов</p> <p>5) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти</p> <p>Ответ: 3</p>
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p>Укажите номер правильного ответа.</p> <p>281. Кто автор следующей классификации огнестрельных переломов нижней челюсти?</p> <p>1 группа: переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии на обломках зубов;</p> <p>2 группа: переломы тела нижней челюсти при наличии беззубых отломков;</p> <p>3 группа: переломы за зубным рядом.</p> <p>1) Д.А.Энтин, 2) И.Г.Лукомский, 3) В.Ю.Курляндский.</p> <p>Ответ: 3</p> <p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>282. Перечислите основные клинические признаки LeFort III.</p> <p>1) затруднено жевание, речь, 2) нарушена окклюзия, 3) возможна крепитация, 4) боль при надавливании на линию перелома, 5) нарушение непрерывности края орбиты.</p> <p>Ответ: 1,2,3,4</p> <p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>283. Перечислите линии перелома верхней челюсти по LeFort I.</p> <p>1) через латеральную стенку глазницы, 2) через медиальную стенку глазницы, 3) переносицу, 4) нижне-глазничную щель, 5) крыловидные отростки основной кости, 6) скуловые дуги.</p> <p>Ответ: 3,2,4,1,6,5</p> <p>Укажите номера правильных ответов.</p> <p>284. Первая помощь при переломах челюстей.</p> <p>1) остановка кровотечения, 2) снятие боли, 3) предупреждение асфиксии, 4) лабораторные шины, 5) стандартные шины, 6) лигатурные повязки, 7) наложение костного шва.</p> <p>Ответ: 1,2,3,5,6</p> <p>Отметьте номер(а) правильного ответа.</p> <p>285. Механотерапия применяется при лечении:</p> <p>1) Неправильно сросшихся переломов; 2) Ложных суставов; 3) Контрактур нижней челюсти; 4) Переломы челюстей с тугоподвижными отломками.</p> <p>Ответ: 3.</p>

Укажите номера правильных ответов.

286. Для лечения неправильно сросшихся переломов используется:

- 1) Кровавая репозиция;
- 2) Изготовление протеза со вторым (искусственным) зубным рядом;
- 3) Изготовление коронок и капп;
- 4) Изготовление зубных протезов с шарнирным соединением;
- 5) Изготовление репонирующих аппаратов.

Ответ: 1,2

Укажите номер правильного ответа.

287. Причиной образования ложных суставов могут быть:

- 1) Специфические заболевания (туберкулез, сифилис и др.);
- 2) Нарушения обмена веществ;
- 3) Сосудистые заболевания;
- 4) Несвоевременная или плохая иммобилизация отломков челюстей;
- 5) Отслоение надкостницы на большом протяжении.

Ответ: 4

Укажите номер правильного ответа.

288. Лечение ложных суставов должно быть:

- 1) Ортопедическим;
- 2) Ортопедическим с последующим протезированием;
- 3) Хирургическим;
- 4) Хирургическим с последующим протезированием.

Ответ: 3

Отметьте номер(а) правильного ответа.

289. При комплексном лечении больных с дефектом нижней челюсти следует сочетать следующие методы лечения:

- 1) Хирургический и ортопедический;
- 2) Ортодонтический и ортопедический;
- 3) Хирургический и ортодонтический.

Ответ: 1

Отметьте номера правильных ответов.

290. Этиология приобретенных дефектов твердого и мягкого неба:

- 1) пороки развития челюстно-лицевой области;
- 2) огнестрельная рана;
- 3) механическая травма;
- 4) травматическое удаление зубов;
- 5) после удаления новообразований;
- 6) вредные привычки;
- 7) неправильно выполненные протезы.

Ответ: 2,3,5

Отметьте номера правильных ответов.

291. Задачами ортопедического лечения дефектов твердого и мягкого неба являются:

- 1) разобщение полости рта и полости носа;
- 2) разобщение полости рта и носоглотки;
- 3) восстановление функций жевания, глотания, речи и дыхания;
- 4) поддержание мягких тканей, потерявших костную основу.

Ответ: 1,3,4

Отметьте номера правильных ответов.

292. Для снятия оттиска при дефекта неба используют:

- 1) индивидуальные ложки;
- 2) стандартные ложки;

3) S-образный алюминиевый шпатель.

Ответ: 3

Отметьте номера правильных ответов.

293. Для снятия оттиска при дефектах неба используют слепочные материалы:

- 1) альгинатные;
- 2) гипс;
- 3) стенс;
- 4) силиконовые.

Ответ: 1,3,4

Отметьте номер правильного ответа.

294. Обтуратор - это:

- 1) зубной протез покрывающий небо и фиксирующийся на зубах;
- 2) протез, широкой частью закрывающий дефект, а узкая часть которого фиксируется в расщелине на небных отростках.

Ответ: 2

Отметьте номер(а) правильного ответа.

295. Для механотерапии применяются следующие аппараты:

- 1) Шарнир Е.И. Гаврилова;
- 2) Аппарат В.Ф. Рудько;
- 3) Аппарат А.А. Лимберга;
- 4) Аппарат К. Мартина.

Ответ: 3.

Укажите номер правильного ответа.

296. Протезирование при дефектах твердого неба в случае наличия опорных зубов на обеих половинах верхней челюсти лучше проводить:

- 1) обычными съёмными пластиночными протезами с кламмерной фиксацией;
- 2) съёмными пластиночными протезами с валиком на небной поверхности базиса, располагающегося вокруг дефекта;
- 3) протезом – обтуратором.

Ответ: 2

Установите правильную последовательность:

297. Этапы получения маски лица:

- 1) замачивание в мыльной воде;
- 2) покрытие полотенцем головы и шеи;
- 3) укладка пациента;
- 4) смазывание вазелином волосистой части головы;
- 5) отливка модели;
- 6) покрытие лица гипсом толщиной 1,5 см;
- 7) снятие слепка с лица;
- 8) замешивание гипса;
- 9) установка резиновых трубок в носовые отверстия.

Ответ: 3,9,4,2,8,6,7,1,5

Укажите номер правильного ответа.

298. Фиксирующий аппарат А.И. Бетельмана состоит из:

- 1) двух смежных коронок, накладываемых на зубы отломка нижней челюсти и на антагонисты, с припаянными к коронкам гильзами с щечной стороны и П-образной скобой;
- 2) стальная пластика с отверстиями, через которые введены оси;
- 3) две проволочные петли, соединенные вместе в двух взаимно перпендикулярных плоскостях.

Ответ: 1

Укажите номера правильных ответов.

299. Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

- 1) огнестрельная травма;
- 2) спортивная травма;
- 3) бытовая травма;
- 4) производственная травма;
- 5) онкологические заболевания.

Ответ: 1,2,3,4,5

Укажите номер правильного ответа.

300. Оттискную массу при дефектах нёба для получения оттиска вводят:

- 1) на S-образно изогнутом шпателе легким движением снизу вверх;
- 2) на специальной ложке снизу вверх и вперед;
- 3) специальной оттискной ложкой снизу вверх и назад до задней стенки глотки.

Ответ: 1

Укажите номер правильного ответа.

301. При ложном суставе нижней челюсти съемный протез изготавливают:

- 1) с одним базисом;
- 2) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними;
- 3) с металлическим базисом.

Ответ: 2

Укажите номер правильного ответа.

302. Сроки изготовления резекционного протеза:

- 1) через 2 мес после операции;
- 2) через 6 мес после операции;
- 3) через 2 нед после операции;
- 4) перед операцией;
- 5) сразу же после операции.

Ответ: 3

Укажите номер правильного ответа.

303. Причинами формирования ложного сустава нижней челюсти могут быть:

- 1) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков;
- 2) неправильное составление костных фрагментов;
- 3) остеомиелит;
- 4) обширные разрывы мягких тканей, внедрение их между отломками;
- 5) дефект костной ткани более 2 см;
- 6) отслоение надкостницы на большом протяжении;
- 7) плохая гигиена полости рта;
- 8) раннее снятие шины.

Ответ: 1,3,4,5,6,8

Укажите номер правильного ответа.

304. Причинами контрактуры нижней челюсти могут быть:

- 1) механическая травма челюстных костей;
- 2) химические, термические ожоги;
- 3) отморожения;
- 4) заболевания слизистой оболочки;
- 5) хронические специфические заболевания;
- 6) заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Ответ: 1,2,3,5

Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Этиология, клиника, лечение патологии твердых тканей зубов искусственными коронками и винирами»

5. Задача №5.
Пациент А.А. 30лет. захотел поставить себе пластмассовую коронку. Вы сняли оттиски эластичным материалом, отдали их зубному технику, тот отлил по ним модели, изготовил коронку. При припасовке вы не можете припасовать коронку, она не доходит до уступа. Что было неправильно сделано врачом стоматологом. Объясните ситуацию.

6. Задача №6.
Пациент О., мужчина, 44 года, продавец. Обратился с жалобами на частое выпадение пломб в 43 и 44 зубах.
Объективно в полости рта:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
					П	П									

43, 44 зубы – под пломбами, занимающими 2/3 поверхности зуба, 44 зуб изменен в цвете, перкуссия безболезненна.
Поставьте диагноз, при необходимости дообследуйте пациента, наметьте план лечения.

7. Задача №7.
Пациент К., женщина, 38 лет, учитель. Обратилась с жалобами на изменение цвета 11 и 12 зубов, эстетический недостаток.
Объективно в полости рта:

								П	П								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

11, 21 зубы – под пломбами, занимающими 2/3 поверхности зуба, изменены в цвете, перкуссия безболезненна.
Поставьте диагноз, при необходимости дообследуйте пациента, наметьте план лечения.

8. Задача №8.
Пациент А., мужчина, 27 лет, менеджер. Обратился с жалобами на частое выпадение пломбы в 21 зубе, эстетический недостаток.
Объективно в полости рта:

										П							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

21 зуб – под пломбой, занимающей 2/3 поверхности зуба, изменен в цвете, перкуссия безболезненна.
Поставьте диагноз, при необходимости дообследуйте пациента, наметьте план лечения.

9. Задача №9.
Пациент А., женщина, 30 лет, продавец. Обратился с жалобами на частое выпадение пломбы в 31 зубе, эстетический недостаток.
Объективно в полости рта:

										П							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

21 зуб – под пломбой, занимающей 2/3 поверхности зуба, изменен в

цвете, перкуссия безболезненна.
 Поставьте диагноз, при необходимости дообследуйте пациента, наметьте план лечения.

10. Задача №10.

Пациент О., мужчина, 44 года, актер. Обратился с жалобами на частое выпадение пломб в 43 и 44 зубах.

Объективно в полости рта:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
П П																

43, 44 зубы – под пломбами, занимающими 2/3 поверхности зуба, 44 зуб изменен в цвете, перкуссия безболезненна.

Поставьте диагноз, при необходимости дообследуйте пациента, наметьте план лечения.

11. Задача №11.

Ф.И.О. М. Пол ж Возраст 28 Профессия работник банка

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5								
Болезнь	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Σ'VE = N
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Подвижность																	
Ортогнатия					R												
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ортогнатия																	
Подвижность																	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0		
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Болезнь	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3/4																	
	N=11.5				N=7.0				N=11.5								

Дополнительные данные: 15 - корень, разрушенный выше уровня десны, перкуссия безболезненна, устойчив, на рентгенограмме – корневи канал запломбирован до верхушки, изменений в периапикальных тканях нет.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Частичное отсутствие зубов.
 Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»

12. Задача №12.

Ф.И.О. П. Пол м Возраст 45 Профессия водитель

Жалобы: на отсутствие зубов, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5								
Болезнь	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Σ'VE = N
3/4	0.3	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Подвижность																	
Ортогнатия		П			П												
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ортогнатия			П	П													
Подвижность																	
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5	
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
3/4	0.3	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
Болезнь	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3/4																	
	N=11.5				N=7.0				N=11.5								

Дополнительные данные: 14, 17, 45, 46 зубы под пломбами, ИРОПЗ=0,6-0,7, устойчивы.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

13. Задача №13.

Ф.И.О. Ж. Пол м Возраст 38 Профессия менеджер

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5							
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Пломба: нет																
Осложнение: гингивит		II		II												
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Осложнение: гингивит													II		II	
Пломба: нет																
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N=11.5				N=7.0				N=11.5							

Дополнительные данные: 15, 17, 35, 37 зубы под пломбами, ИРОПЗ=0,8, устойчивы.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

14. Задача №14.

Ф.И.О. Л. Пол м Возраст 58 Профессия рабочий

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5							
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Пломба: нет																
Осложнение: гингивит				R								R	R			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Осложнение: гингивит																
Пломба: нет																
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N=11.5				N=7.0				N=11.5							

Дополнительные данные: 15, 24, 25 - корни, разрушенные выше уровня десны, перкуссия безболезненна, устойчивы, на рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек, изменений в периапикальных тканях нет.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

15. Задача №15.

Ф.И.О. Ш. Пол ж Возраст 69 Профессия юрист

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект.

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5							
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Пломба: нет																
Осложнение: гингивит																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Осложнение: гингивит																
Пломба: нет																
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N=11.5				N=7.0				N=11.5							

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Частичное отсутствие зубов.

16. Задача №16.

Пол м Возраст 57л Профессия не работает
Прикус: ортогнатический

Ортопедическое лечение
съемными конструкциями
протезов»

Дополнительные данные: Жалобы на невозможность пережевывать пищу.

Об-но:

Зубная формула:

80004321|12300008

00004321|12340000 – в\ч\нч зубы интактны, устойчивы с хорошо выраженным экватором, клиническая коронка высокая.

Задание: Предложите вариант опирающегося протеза с клammerной системой фиксации.

17. Задача №17.

Ф.И.О. К. Пол ж Возраст 72 Профессия пенсионерка

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект, невозможность полноценного пережевывания пищи.

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5							
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.5	1.5	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Полная Однотель- гравюра																
Однотель- гравюра Полная весь																
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.5	1.5	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4																
	N=11.5				N=7.0				N=11.5							

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

18. Задача №18.

Ф.И.О. Б. Пол ж Возраст 60 Профессия пенсионерка

Жалобы: на отсутствие зубов, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:

	N=11.5				N=7.5				N=11.5							
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Полная Однотель- гравюра																
Однотель- гравюра Полная весь																
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.5	1.5	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3/4																
	N=11.5				N=7.0				N=11.5							

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения

19. Задача №19.

Пол ж Возраст 48г Профессия директор

Прикус: ортогнатический

Дополнительные данные: Жалобы на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи.

Об-но:

7004321 | 1200000

0004321 | 1234500

Имеющиеся зубы интактны.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

20. Задача №

Ситуационная задача №2

Пол м Возраст 55л Профессия водитель
 Прикус: ортогнатический
 Дополнительные данные: Жалобы на невозможность пережевывать пищу.
 Об-но:
 Находился на повторном приеме у врача-стоматолога. Ранее (2 дня назад) были наложены съемные пластиночные протезы с кламмерной системой фиксации. Жалобы на невозможность пользования протезами. Зубная формула:
 87600001|12300008
 00004321|12340000
 Задание: Назовите и расскажите последовательность проведения следующего этапа лечения. Ваша тактика ведения больного.

21. Задача №21.
 Больной Н., 55 лет, обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов, невозможность полностью разжевывать пищу. В основном растирает пищу на фронтальных зубах. Жалобы на подвижность фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, боли в области десневого края, на изменение соотношений между фронтальными зубами. Зубная формула:

						¼	½	½	½	½	¼						
						I	I	I	I	I	I						
0	0	6	0	0	3	2	1	1	2	3	4	0	0	0	0	8	
0	7	0	0	4	3	2	1	1	2	3	0	0	6	0	0		
						I	II	II	II	II	I						
						¼	½	½	½	½	¼						

Объективно: при осмотре отмечается воспаление слизистой в области оставшихся зубов, обильное отложение зубного камня, подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3 I степени, а 3.2, 3.1, 4.1., 4.2 зубов II степени. Глубокий прикус, между зубами верхней челюсти имеются диастемы и тремы. Зубы потерял постепенно, в основном удаляли из-за боязни лечить их у стоматолога. Длительное время был без жевательных зубов и не восстанавливал их.
 Дайте оценку ситуации. Ваша тактика.

22. Задача №22.
 Больная К., 42 года, учительница.
 Одонтопародонтограмма

¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼	¼

Дополнительные данные: прикус бипрогнатический. Между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти имеются тремы и диастемы.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Выберите оптимальный вид лечения.

23. Задача №23.
 Больной 56 лет обратился в клинику с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, болезненность при приеме твердой пищи, подвижность и «расхождение» зубов, периодическое появление абсцессов. Из общих заболеваний имеется язвенная болезнь желудка, вегетососудистая дистония по гипертоническому типу.
 При осмотре: десна гиперемирована, отечна. Мягкий зубной налет на зубах, отложение зубного камня. Диастема зубов 1.1и 2.1, низкое прикрепление уздечки верхней губы. Подвижность всех зубов II-III степени. Отсутствуют зубы 2.6, 3.1, 4.1, 4.7. На рентгенограмме – неравномерная резорбция костной ткани до 2/3 длины корня зуба.

Б 1.Б.6.7 Раздел 7
 «Заболевания пародонта»

		№11.5					№7.5					№11.5						
Классификация	Зуб	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Большая	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1.0	1.5	1.5	0.9	0.8	0.75	0.3	0.6	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0	
14	1.5	2.25	2.25	1.1	1.1	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.1	1.1	1.1	2.25	2.25	1.5	
М	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.75	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0	
Пальцевая	мост	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	
Пальцевая	мост	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	
М	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	2.0	3.0	3.0	2.0	
14	1.5	2.25	2.25	1.1	1.1	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.1	1.1	2.25	2.25	1.5		
12	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.3	0.6	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.0		
34	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5		
Классификация	Зуб	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Поставьте диагноз, составьте план лечения

24. Задача №24.

Больная 42 лет обратилась в клинику с жалобами на боль в десне при приеме пищи. Иногда возникает самопроизвольная боль. Периодически образуются гнойники. Появились щели между зубами. В анамнезе – хронический гипацидный гастрит, хронический холецистит.

Объективно: мягкий налет на зубах, значительное отложение наддесневого зубного камня. Десна на всем протяжении гиперемирована, с цианотичным оттенком. Диастема между зубами 4.1 и 3.1. высокое прикрепление уздечки нижней губы. Ретракция десны у зубов 4.1 и 3.1 – 2 мм. Пародонтальные карманы в области жевательных зубов верхней и нижней челюстей – 7 мм, подвижность этих зубов – II степени. У зубов 1.4 – 4.4 подвижность III степени (суперконтакт). Карманы в области всех остальных зубов 5,5 – 6 мм. Отсутствуют зубы 1.7, 4.7. На ортопантограмме резорбция костной ткани в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти на 1/2 длины корня зуба, в области зубов 1.4 и 4.4 – более 3/4.

		№11.5					№7.5					№11.5						
Классификация	Зуб	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Большая	34	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5	
12	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.3	0.6	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.0		
14	1.5	2.25	2.25	1.1	1.1	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.1	1.1	1.1	2.25	2.25		
М	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.75	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0		
Пальцевая	мост	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И		
Пальцевая	мост	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И	И		
М	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	2.0	3.0	2.0		
14	1.5	2.25	2.25	1.1	1.1	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.1	1.1	2.25	2.25	1.5		
12	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.3	0.6	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.0		
34	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5		
Классификация	Зуб	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

25. Задача №25.

Пациентка 52 лет, учитель.
 Жалобы: на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, на невозможность откусывания пищи.
 Объективно: подвижность зубов 42, 41, 31, 32 третьей степени, степень атрофии костной ткани на 1/2 длины корня, прикус прямой.
 Развитие настоящего заболевания: больная находится на лечении у пародонтолога.
 Из анамнеза: в течение 10 лет находится на диспансерном учете по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
 Задание: Поставьте диагноз и проведите лечение.

26. Задача №26.



Пациент Д. 49 лет учитель колледжа, проживающий в г. Москве,

Б 1.Б.6.9 Раздел 9
«Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»

обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность зубов, щелканье в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) справа, неудовлетворенность внешним видом зубов.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица, опущение углов рта.

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Отпечатки зубов 4.1,4.2,4.3 на небе в области резцового сосочка и зубов 1.1,1.2,1.3 на вестибулярной поверхности десны фронтального отдела нижней челюсти.

Зубная формула

0																0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

Имеется убыль твердых тканей передних зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, убыль твердых тканей боковых зубов по жевательной поверхности с обнажением дентина. Подвижность зубов 4.1, 4.2, 3.1 первой степени, обнажение корней зуба 4.7.

Выявляются незначительные отложения зубного налета на зубах нижней челюсти с язычной и вестибулярной сторон.

Прикус: глубокая резцовая окклюзия. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На томограмме ВНЧС при закрытом рте наблюдается:

- а) смещение головки нижней челюсти кзади и вверх;
- б) сужение суставной щели в заднем отделе.

На томограмме ВНЧС с базисом и окклюзионными валиками (в положении центральной окклюзии): относительно центрированное положение головки нижней челюсти в суставной впадине с обеих сторон.

Задания:

- 1) Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Назовите классификацию Грозовского повышенного стирания твердых тканей зубов.
- 4) От чего зависит форма повышенного стирания?
- 5) Перечислите методы определения высоты нижнего отдела лица.

27. Задача №27.

Больной 50 лет, инженер. Обратился с жалобами на затрудненный прием пищи, боли и шум в ВНЧС, эстетический недостаток.

Объективно: При внешнем осмотре определяется укорочение высоты нижнего отдела лица, в положении относительного физиологического покоя расстояние между окклюзионными поверхностями зубных рядов - 7 мм. При осмотре зубных рядов отмечается наличие дефектов зубных рядов - отсутствуют 17, 15, 14, 24, 26, 46, 35, 37, дентальное выдвижение 16, 25, 27, на 1/2 высоты коронок. Прикус глубокий. При аускультации ВНЧС выявляется суставной шум. Пальпация ВНЧС и жевательных мышц болезненна.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.

28. Задача №28.

Больной 36 лет, обратился с жалобами на болезненный инфильтрат в области сустава, повышение температуры тела до 39°C. Объективно: кожа в области ВНЧС не собирается в складку, отечна, наружный слуховой проход сужен.

- 1) Поставьте диагноз.

	<p>2) Определите план лечения.</p> <p>29. Задача №29. Пациентка, 26 лет, с резко выступающей височной мышцей слева. При осмотре полости рта найден концевой дефект нижнего зубного ряда справа. Зубы удалены 6 лет назад, изготовлен консольный мостовидный протез с опорой на премоляры. Жевание преимущественно левостороннее, так как при правостороннем жевании возникает боль при накусывании. В последнее время возникли шум в суставе справа и боль слева. На КТ ВНЧС обнаружено сужение суставной щели слева.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставить диагноз. 2) Определить план лечения. <p>30. Задача №30. Больной 40 лет, протезировался 2 месяца назад. Поступил с жалобами на боли в ВНЧС. Объективно: металлокерамические протезы с опорой на 17, 13; 24, 27; 47, 45; 34, 37. Губы напряжены. При разговоре зубы стучат. Прикус завышен. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>31. Задача №31. Пациент К., 52 лет, жалобы на отсутствие зубов, неудовлетворительные результаты предыдущего протезирования. Объективно: сознание ясное, общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица. В полости рта: отсутствуют все зубы на верхней и нижней челюстях. На верхней челюсти - умеренная атрофия альвеолярных отростков в обл. боковых зубов, в обл передних зубов атрофия альвеолярного гребня не выражена. На нижней челюсти - умеренная равномерная атрофия альвеолярного отростка. Слизистая оболочка плотная, сухая, слабо податливая. Отмечается наличие ранее изготовленных съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Фиксация протезов неудовлетворительная. На верхней челюсти отсутствует задний клапан, на нижней челюсти задний и передний клапаны протезов. Отсутствует стабилизация протезов.</p> <p>Пациент выражает категорическое нежелание повторно изготавливать съёмные пластиночные протезы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз. 2) Предложите план лечения. <p>32. Задача №32. Пациент Р., 49 лет, жалобы на затруднённое пережевывание пищи, неудовлетворительный внешний вид. Направлен на консультацию стоматологом-терапевтом.</p> <p>Объективно: сознание ясное, общее состояние удовлетворительное. Внешний осмотр: без особенностей. В полости рта: отсутствуют 18, 17, 16, 15, 12, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 32, 31, 41, 42, 45, 46, 47, 48 зубы. 14, 13, 11, 23, 24 - подвижны III степени, 34, 33, 43, 44 - подвижны II степени. Слизистая оболочка в области имеющихся зубов бледно-розового цвета, сухая. Перкуссия всех зубов слабо болезненна. На ортопантограмме отмечается атрофия костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей до 1/2 длины корней имеющихся зубов.</p> <p>Врачом стоматологом-терапевтом поставлен диагноз "Генерализованный пародонтит верхней и нижней челюсти. III степень тяжести. Стадия ремиссии". Рекомендовано плановое удаление оставшихся зубов и рациональное протезирование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предложите план ортопедического лечения с использованием дентальной имплантации.

	<p>33. Задача №33. Пациент М., 58 лет. Диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти, I тип по Шредеру. Зубы утрачены более года назад всвязи с осложнённым кариесом. 7 месяцев назад произведен хирургический этап дентальной имплантации. Хирургом стоматологом в альвеолярный гребень верхней челюсти установлены 8 фикстур. Месяц назад произведено раскрытие имплантатов и установка формирователей контуров прорезывания. Все имплантаты признаны состоятельными. Направлен на ортопедический этап лечения. В полости рта: отмечается наличие формирователей десны в области 17, 14, 13, 11, 21, 23, 24, 27 зубов. Ткани десневой манжетки плотные, отделяемого и кровоточивости периимплантационной борозды нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Проведите выбор конструкции. 2) Предложите план лечения. 3) Распишите последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования. <p>34. Задача №34. Пациентка Ш., 69 лет. Диагноз: полная вторичная адентия нижней челюсти, III тип по Келлеру. Зубы утрачены более 10 лет назад всвязи с заболеваниями пародонта. Дважды протезировалась пластиночными съёмными прорезами при полном отсутствии зубов. Оба раза результатом протезирования оставалась недовольна. Протезами полноценно не пользовалась всвязи с их неудовлетворительной фиксацией и стабилизацией. Четыре месяца назад произведен хирургический этап дентальной имплантации. В альвеолярный гребень нижней челюсти установлены 4 фикстуры : в области 33, 35, 43 и 46 зубов. Месяц назад произведено раскрытие имплантатов и установка формирователей контура прорезывания десны. Все имплантаты признаны состоятельными. Пациентка направлена на ортопедический этап лечения. Проведите выбор конструкции. Предложите план лечения. Распишите последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования.</p> <p>35. Задача №35. Пациент Б., 55 лет. Диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти. Состояние после протезирования. 1,5 года назад пациент обратился в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней челюсти. После обследования был предложен план лечения с использованием дентальной имплантации. Пациенту были установлены 7 имплантатов в альвеолярный отросток верхней челюсти - в области 16, 13, 11, 21, 23, 24, 27 зубов. Год назад имплантаты были раскрыты, признаны состоятельными. В течение двух месяцев произведено протезирование условно-съёмным металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на дентальные имплантаты. Жалобы: на кровоточивость десны в области передней и левой боковой группы зубов. Об-но: наличие мягких зубных отложений в области 16, 24, 27 зубов. Отмечается гиперемия периимплантационной манжетки в области 11, 21, 24 зубов. При зондировании наблюдается резкая кровоточивость периимплантационной борозды в области этих зубов. Болевые ощущения отсутствуют. Подвижности ортопедической конструкции не отмечается. На ортопантограмме : убыль костной ткани в обл. имплантатов не превышает 0,5 мм по отношению к платформе имплантата. Поставьте диагноз. Предложите план лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12 «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p>36. Задача №36. Больной С., 18 лет, житель сельской местности. Обратился с жалобами на не возможность откусывания и разжевывания пищи. Объективно: <u>765432111234567</u></p>

7654321!1234567

Зубы интактны, устойчивы, при пальпации костные фрагменты неподвижны. Разобщение в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей 8 мм. Контактируют лишь 76!67 зубы.

76!67

Из анамнеза - двусторонний перелом нижней челюсти в области её углов около 1 года назад.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

37. Задача №37.

Больной Д. 30 лет, сельский житель. Обратился с жалобами на невозможность открывания рта. Из анамнеза - лечен около 3 месяцев назад по поводу двухстороннего перелома нижней челюсти в области её углов.

Объективно: 7654321!1234567
7654321!1234567

Открывание рта в пределах 2 см. Ro-логически изменений в височно-челюстных суставах нет.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

38. Задача №38.

Больной А. 25 лет, водитель. Обратился с жалобами на попадание пищи в полость носа. Внешний осмотр без особенностей. Внутриротовой: интактный зубной ряд. Дефект твердого неба круглой формы располагается по центру. Слизистая оболочка неба покрыта колоидными рубцами. При разговоре определяется гнусавость.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите этиологию заболевания. Составьте план лечения.

39. Задача №39.

Больной Л. 34 лет, учитель. Жалобы: на невозможность откусывания пищи, затрудненное жевание, на западание верхней губы. Из анамнеза - недавно перенесенная травма. При осмотре определяется западание верхней губы, в полости рта - отсутствие фронтальной группы зубов на верхней челюсти и альвеолярного отростка в этом же отделе. Зубы 7654!4567 правильной анатомической формы. Слизистая оболочка неба имеет рубцовые изменения. При разговоре определяется гнусавость. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

40. Задача №40.



- 1) Укажите, из каких пространственных дефектов состоит данный комбинированный дефект средней зоны лица.
- 2) Как называется хирургическое удаление содержимого орбиты.
- 3) Укажите общее количество и отдельные названия полостей

- требуемых разграничения при протезировании данного дефекта средней зоны лица.
- 4) Укажите виды ретенционных механизмов применяемых при фиксации окуло-орбитального протеза.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология
ортопедическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
УК	1	1-304	1-40		1-201	
ПК	1	14, 25-31, 32-40, 42-50, 51-77, 79, 81-85, 94-112, , 114-119, 120, 121, 124-141, 144-146, 147, 149, 155, 157-171, 174, 177, 178, 181-183, 186-188, 212, 214, 216-221, 224, 225, 226-234, 235-237, 239, 240, 246, 256, 260, 262, 266, 267, 269, 270, 272, 274, 275, 278, 279, 284-286, 291-298, 301	1-40		3,4,7,8,82, 100,114,1 23,136,18 4,193	
	2	147, 153, 174, 179, 190, 198-200, 203-205, 212, 214, 216-221, 224, 225, 235-237, 239, 249, 250, 252, 256	1-40		2,113,162	
	4	88, 190, 191, 249	1-40		123,137,1 38,167,18 4	
	5	1-13, 15-24, 86, 87, 90-92, 121-123, 142, 143, 150-154, 156, 172-176, 179,180, 183-185, 189, 190, 198-212, 214, 216-221, 224, 225, 235-237, 239, 256, 272, 274, 279, 281-283, 287, 290, 299, 303, 304	1-40		5- 10,102,10 5,117,119, 121,133- 136,139,1 41,145,16 1,172,185	
	6	1-13, 15-24, 86, 87, 93, 150, 152, 156, 160, 172, 173, 175, 176, 179, 185, 189, 203-205, 216, 284, 285-289	1-40		5- 10,185,18 6,187,188, 189,190,1 91	
	7	14, 25-31, 32-40, 42-50, 51-77, 79, 81-85, 94-112, 114-119, 124-141, 143-146, 148, 149, 155, 157-171, 177, 178, 181-183, 186-188, 191-197, 213, 214, 222, 223, 226-234, 238, 240, 241, 244, 246, 255, 257-267, 269, 270, 273-280, 284, 285, 286, 288, 289, 291-298, 300-302	1-40		11-25,26- 40,41- 65,66- 81,82- 99,101,10 3,104,106 -112,114- 116,118,1 22,124- 132,139,1	

				40,142- 160,162- 168,169- 171,173- 183,186- 201	
9	79, 113, 213, 214, 247, 248, 251, 252, 270, 285, 295, 296, 298, 301	1-40		162,164,1 86- 189,191,1 93	
10	89, 120, 121, 147, 148, 247, 248, 252- 254	1-40		66,82,100 - 102,114,1 22,132,13 6,139,183, 201	
11	268, 277, 278	1-40		1	
12	41, 59, 68, 78, 80, 242, 245, 263, 264, 271, 275, 277, 278, 303, 304	1-40		40,57- 60,81,98,1 12,167,16 8,182	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.Б.6.1	Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»	10
Б 1.Б.6.2	Раздел 2 «Этиология, клиника и лечение патологии твёрдых тканей зубов вкладками»	29
Б 1.Б.6.3	Раздел 3 «Этиология, клиника, диагностика и методы лечения дефектов коронки с использованием различных видов штифтовых конструкций»	25
Б 1.Б.6.4	Раздел 4 «Этиология, клиника, лечение патологии твёрдых тканей зубов искусственными коронками и винирами.»	24
Б 1.Б.6.5	Раздел 5 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»	27
Б 1.Б.6.6	Раздел 6 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение съёмными конструкциями протезов.»	28
Б 1.Б.6.7	Раздел 7 « Заболевания пародонта»	42
Б 1.Б.6.8	Раздел 8 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»	28
Б 1.Б.6.9	Раздел 9 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»	26
Б 1.Б.6.10	Раздел 10 « Полное отсутствие зубов»	29
Б 1.Б.6.11	Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»	19
Б 1.Б.6.12	Раздел 12 «Челюстно-лицевая ортопедия».	19

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Клиническое обследование больных в ортопедической стоматологии. Основные и дополнительные методы обследования. Оценка результатов основных и дополнительных методов обследования.2. Методика изучения контрольно-диагностических моделей в клинике ортопедической стоматологии и ортодонтии.3. Методы определения центральной окклюзии зубных рядов (по зубному, суставному и мышечным признакам). Изучение контактов зубов при эксцентричных движениях нижней челюсти.4. Жевательная эффективность, определение и методы. (Христиансен, Гельман, Н.И.Агапов, И.М.Оксман, И.С.Рубинов). Резервные силы пародонта.5. Изменения в зубочелюстной системе при дефектах зубных рядов (теория артикуляционного и относительного физиологического равновесия).6. Оценка степени атрофии костной ткани челюстей при частичной и полной адентии, степени подвижности зубов, глубины зубо-десневых карманов.7. Одонтопародонтограмма В.Ю.Курляндского. Заполнение и анализ одонтопародонтограммы.8. Обследование состояния ВНЧС.9. Деонтология в клинике ортопедической стоматологии. Психологическая подготовка больных к ортопедическому лечению.10. Организация работы врача-стоматолога в ортопедическом отделении.
---	---

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Этиология, клиника и лечение патологии твёрдых тканей зубов вкладками»</p>	<p>11. Этиология, патогенез патологии твердых тканей зубов. Семиология /симптоматология/ при патологии твердых тканей зубов различной этиологии. Классификация полостей по индексу разрушения окклюзионной поверхности зубов (ИРОПЗ).</p> <p>12. Классификации кариозных полостей и принципы препарирования полостей I, II, III, IV, V классов по Блэку. Показания к замещению дефектов коронок зубов вкладками; полукоронки, трехчетвертные коронки.</p> <p>13. Препарирование зубов (одонтопрепарирование), местная и общая реакции организма на данное вмешательство.</p> <p>14. Методы защиты препарированных зубов на период изготовления постоянного протеза. Материалы.</p> <p>15. Классификации вкладок по конструкции [инлей (inlay), онлей (onlay), оверлей (overlay), пинлей (pinlay)] и их сравнительная характеристика.</p> <p>16. Материалы для изготовления вкладок. Клинико-лабораторные этапы изготовления литых металлических вкладок прямым и косвенным методом</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.3 «Этиология , клиника, диагностика и методы лечения дефектов коронки с использованием различных видов штифтовых конструкций»</p>	<p>17. Этиология, клиника, диагностика разрушения коронки зуба. ИРОПЗ. Полное разрушение естественных коронок зубов. Классификации корней.</p> <p>18. Виды штифтовых культевых (шкк) конструкций. Показания и технология изготовления штифтовых культевых вкладок различными методами.</p> <p>19. Инструменты для подготовки ложа под штифтовую конструкцию, размерный ряд, последовательность использования. Расширение канала корня и создание пространства для штифта.</p> <p>20. Этапы клинического использования стекловолоконных штифтов.</p>

	<p>21. Соотношение внутри- и внекорневой части шкк в однокорневых и многокорневых зубах.</p> <p>22. Препарирование корня зуба под штифтовую культевую конструкцию. Способы изготовления шкк. Материалы.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.4</p> <p>Раздел 4</p> <p>«Этиология, клиника, лечение патологии твёрдых тканей зубов искусственными коронками и винирами»</p>	<p>23. Этиология, клиника, диагностика патологии твердых тканей зубов. Показания к ортопедическому лечению искусственными коронками. Материалы для изготовления.</p> <p>24. Методы штамповки металлических коронок, показания к выбору метода и необходимое оборудование.</p> <p>25. Особенности снятия оттисков при изготовлении цельнолитых металлических, комбинированных коронок.</p> <p>26. Дефекты коронки зуба. Показания и клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированной коронки (литая металлическая с пластмассовой облицовкой).</p> <p>27. Временные коронки. Материалы. Методы изготовления.</p> <p>28. Виниры. Показания, противопоказания. Материалы для изготовления. Клинико-лабораторные этапы изготовления виниров на фантомах и зуботехнической лаборатории.</p> <p>29. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых конструкций. Ошибки и осложнения на этапах изготовления.</p> <p>30. Клинико-лабораторные этапы изготовления полимерных конструкций. Ошибки и осложнения на этапах изготовления.</p> <p>31. Клинико-лабораторные этапы изготовления керамических конструкций. Ошибки и осложнения на этапах изготовления.</p> <p>32. Ошибки и осложнения на этапах изготовления виниров.</p>

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.5</p> <p>Раздел 5</p> <p>«Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»</p>	<p>33. Клиника частичной потери зубов. Этиология. Клиника. Классификация дефектов зубных рядов. Методы обследования. Формулирование диагноза. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию.</p> <p>34. Ортопедическое лечение при частичном отсутствии зубов несъемными мостовидными протезами.</p> <p>35. Фонетические аспекты протезирования.</p> <p>36. Принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов с применением современных технологий изготовления несъемных цельнолитых зубных протезов.</p> <p>37. Принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов с применением современных технологий изготовления несъемных металлокерамических зубных протезов.</p> <p>38. Принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов с применением современных технологий изготовления несъемных металлокомпозитных зубных протезов.</p> <p>39. Принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов с применением современных технологий изготовления несъемных безметалловых зубных протезов.</p> <p>40. Принципы ортопедического лечения с использованием адгезионных мостовидных протезов, особенности препарирования (внутриротовой параллелометр) и снятия слепков (оттисков), методы фиксации адгезионных протезов.</p> <p>41. Цементы для временной фиксации в ортопедической стоматологии. Виды, показания к применению. Общие сведения о цементах и их свойствах.</p> <p>42. Цементы, как постоянные фиксирующие материалы, применяемые в ортопедической стоматологии. Цинк – фосфатные цементы, цинк – поликарбоксилатные цементы, цементы на основе полимеров, стеклоиономерные цементы.</p>
--	---

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.6 Раздел 6</p> <p>«Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение съёмными конструкциями протезов.»</p>	<p>43. Клиника частичной потери зубов. Этиология. Клиника. Классификация дефектов зубных рядов. Методы обследования. Формулирование диагноза. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию.</p> <p>44. Виды съёмных протезов (пластиночные, бюгельные, мостовидные). Показания к применению. Особенности обследования больных. Характеристика слизистой полости рта. Определение понятий «переходная складка», «податливость», «подвижность» слизистой оболочки полости рта, болевая чувствительность, методика определения. Обоснование выбора и оценки состояния зубов для фиксации съёмных протезов. Конструктивные элементы съёмных протезов.</p> <p>45. Определение центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей при частичной потере зубов. Методики фиксации центральной окклюзии при разных сочетаниях зубов - антагонистов (три группы дефектов зубных рядов).</p> <p>46. Съёмные пластиночные протезы при частичном отсутствии зубов. Показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления. Технологические приемы, основные и конструкционные материалы. Критерии оценки качества съёмных пластиночных протезов.</p> <p>47. Съёмные протезы с двухслойным, металлическим, металлизированным базисами. Показания к изготовлению. Клинические и технологические приемы изготовления протезов, основные и вспомогательные материалы. Поломки пластиночных протезов, их причины, методы починки. Методики перебазировки съёмных протезов.</p> <p>48. Бюгельные протезы. Показания к применению. Характеристика конструкционных элементов.</p>

	<p>Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов с литым и паяным каркасами. Клинические и технологические приемы изготовления, основные и вспомогательные материалы. Параллелометрия.</p> <p>49. Виды современных замковых элементов. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с замковым креплением.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Заболевания пародонта»</p>	<p>50. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта; классификация, формы.</p> <p>51. Методика избирательного шлифования зубов, ортодонтическая подготовка .</p> <p>52. Непосредственное протезирование при лечении пародонтита и пародонтоза. Съемные и несъемные имедиат-протезы. Показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления имедиат-протезов.</p> <p>53. Временное шинирование. Виды временных шин. Показания к применению, требования. Показания, методы и клинико-лабораторные этапы изготовления временных шин.</p> <p>54. Ортопедическое лечение заболеваний очагового и генерализованного пародонтита съемными и несъемными видами шин и шин-протезов. Виды стабилизации. Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов и шин-протезов при генерализованном пародонтите.</p> <p>55. Показания к применению, клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых съемных шин и шин-протезов.</p> <p>56. Клинико-биологические основы ортопедического лечения бюгельными конструкциями протезов. Основные конструктивные элементы бюгельных протезов.</p> <p>57. Методы параллелометрии.</p> <p>58. Цельнолитые бюгельные протезы с шинирующими элементами. Показания к применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов с шинирующими элементами. Кламмера системы Neu, показания к применению.</p>

	<p>59. Виды современных замковых элементов. Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных протезов с замковым креплением.</p> <p>60. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний пародонта. Диспансеризация пациентов.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>61. Этиология, клиника и ортопедическое лечение деформаций зубов и зубных рядов.</p> <p>62. Деформации прикуса. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>63. Ортопедическое лечение больных с деформацией зубных рядов, осложненных частичным отсутствием зубов</p> <p>64. Повышенная стираемость зубов. Этиология, клиника, классификация.</p> <p>65. Диагностика, комплексное лечение различных форм повышенной стираемости зубов.</p> <p>66. Локализованная форма повышенного стирания. Генерализованная некомпенсированная форма повышенного стирания твердых тканей зубов</p> <p>67. Особенности написания истории болезни при различных формах повышенного стирания зубов.</p> <p>68. Нерациональные протезы, блокирующие движения нижней челюсти. Травматическая окклюзия.</p> <p>69. Артикуляторы. Лицевые дуги. Принципы работы с ними.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>70. Развитие и особенности строения височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>71. Классификация заболеваний ВНЧС.</p> <p>72. Методы обследования, диагностики больных с заболеваниями ВНЧС. Специальные методы обследования больных с заболеваниями ВНЧС.</p> <p>73. Клиника, диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции ВНЧС.</p> <p>74. Заболевания ВНЧС. Принципы комплексного лечения заболеваний ВНЧС.</p>

	<p>Особенности написания истории болезни при лечении заболеваний ВНЧС.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Полное отсутствие зубов»</p>	<p>75. Полное отсутствие зубов. Изменения в лицевом скелете, челюстных костях при полном отсутствии зубов. Влияние этиологического фактора, возраста, давности удаления различных групп зубов. Особенности клинического обследования. Определение морфологических особенностей тканей протезного ложа, степени атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Классификация беззубых челюстей. Классификация типов слизистой оболочки протезного ложа по Суппле, Люнду, болевая чувствительность слизистой оболочки. Эстезиометрия.</p> <p>76. Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов. Анатомо-физиологические особенности строения беззубых челюстей и их влияние на фиксацию зубных протезов. Методы изготовления индивидуальных ложек на верхнюю и нижнюю челюсти (восковые, пластмассовые).</p> <p>77. Методы изготовления индивидуальной ложки из пластмассы на верхнюю и нижнюю челюсти. Функциональные пробы (Гербст и др.). Граница базиса протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти. Доформирование бортов ложки и по линии «А» для получения функциональной присасываемости. Материалы для уточнения границ индивидуальных ложек (восковые композиции, термопластические массы с пролонгированным сроком отверждения).</p> <p>78. Функциональные слепки, классификация. Обоснование выбора слепочного материала. Их характеристика. Методики получения разгружающих, компрессионных и дифференцированных слепков.</p>

79. Определение центрального соотношения челюстей у больных при полном отсутствии зубов по классической теории Бонвиля-Гизи-Ганау. Определение понятий: «высота нижнего отдела лица в положении при относительном физиологическом покое жевательных мышц», «высота нижнего отдела лица в центральной окклюзии». Антропометрический, анатомический, анатомио-физиологический методы определения высоты нижнего отдела лица. Антропометрические ориентиры на лице.
80. Биомеханика нижней челюсти. Закономерности артикуляции и окклюзии зубных рядов. Законы артикуляции Бонвиля, Ганау. Вне- и внутриротовая запись движений нижней челюсти. Артикуляционная «пятерка» Ганау. Артикуляторы, принципы конструирования. Сферическая теория построения окклюзионной поверхности прикусных валиков (Монсон и др.).
81. Понятие о стабилизации зубных протезов при полном отсутствии зубов. Конструирование протезов при ортогнатическом, прогеническом и прогнатическом соотношении зубных рядов в окклюдаторе по стеклу и в артикуляторе Гизи. Конструирование зубного ряда по индивидуальным окклюзионным кривым. Демонстрация постановки искусственного зубного ряда по стеклу.
82. Проверка конструкции протезов при полном отсутствии зубов. Проверка восковых базисов с искусственными зубами во рту пациента. Сопоставление правильности подбора искусственных зубов; совпадения срединно-сагитальной линии с контактной точкой между центральными резцами верхней челюсти; уровня расположения режущих краев резцов и красной каймы губ в покое, при разговоре и улыбке. Оценка правильности определения высоты нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии.
83. Анализ врачебных и технических ошибок при определении центрального соотношения

	<p>челюстей – причины, признаки, последствия, способы устранения.</p> <p>84. Наложение зубных протезов во рту больного при полном отсутствии зубов. Проверка протезов вне полости рта. Коррекция области уздечек, тяжей слизистой оболочки. Проверка фиксации протезов; смыкание зубных рядов в центральной передней и боковых окклюзиях. Коррекция окклюзионных контактов с помощью копировальной бумаги. Проблема адаптации к протезам в покое, при жевании, разговоре. Наставления пациенту.</p> <p>85. Двухслойные базисы протезов при полном отсутствии зубов. Показания, методика изготовления. Особенности ортопедического лечения больных при занижении высоты нижнего отдела лица, при повторном протезировании</p> <p>86. Особенности ортопедического лечения при выраженной атрофии беззубой нижней челюсти, при полной потере зубов на одной из челюстей.</p>
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>87. История развития метода.</p> <p>88. Взаимодействие зубных имплантатов с биологическими тканями.</p> <p>89. Строение и классификация имплантатов</p> <p>90. Показания и противопоказания к дентальной имплантации</p> <p>91. Обследование пациента перед имплантацией.</p> <p>92. Планирование и особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостные имплантаты</p> <p>93. Последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования металлокерамическими зубными протезами с опорой на одноэтапные имплантаты</p> <p>94. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации</p> <p>95. Восстановление целостности зубного ряда съемными конструкциями протезов с опорой на дентальные имплантаты</p>

	<p>96. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах</p> <p>97. Гигиенические мероприятия, необходимые при наличии в полости рта ортопедических конструкций на дентальных имплантатах</p>
<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12 «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>98. Переломы верхней и нижней челюсти. Этиология, клиника, функциональные нарушения.</p> <p>99. Классификации повреждений челюстно-лицевой области.</p> <p>100. Этиология, патогенез, клиника ложных суставов нижней челюсти.</p> <p>101. Неправильно сросшиеся переломы челюстных костей, осложнённые патологическим прикусом при наличии всех зубов.</p> <p>102. Неправильно сросшиеся переломы челюстных костей, осложнённые частичной адентией.</p> <p>103. Сужение ротовой щели (микростомия).</p> <p>104. Контрактура нижней челюсти.</p> <p>105. Ортопедическое лечение после обширных оперативных вмешательств на верхней челюсти.</p> <p>106. Резекции челюстных костей с костной пластикой. Клиника. Ортопедическое лечение.</p> <p>107. Врожденные и приобретенные дефекты твёрдого и мягкого нёба. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>108. Приобретённые дефекты лица (носа, орбиты, ушной раковины, сочетанные).</p>

Темы рефератов

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные методы и средства обследования стоматологических больных. Индекс ИРОПЗ для оценки разрушения коронки зуба, классификация корней. 2. Формулирование диагноза, составление плана ортопедического лечения, ведение основной медицинской документации, вопросы этики и
--	--

	<p>деонтологии.</p> <p>3. Исследование окклюзии зубных рядов: изучение окклюзионных контактов во рту и на диагностических моделях.</p> <p>4. Методы обследования при патологии твердых тканей зубов, частичном и полном вторичном отсутствии зубов, заболеваниях пародонта, патологии ВНЧС, аномалиях и деформациях зубо-челюстной системы, повышенной стираемости зубов.</p> <p>5. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний, обусловленных материалами зубных протезов: гальваноза, аллергического стоматита, токсико-химического стоматита.</p> <p>6. Методы обследования больных с заболеваниями ВНЧС.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Этиология, клиника и лечение патологии твёрдых тканей зубов вкладками»</p>	<p>7. Особенности изготовления композитные (керомерные), керамических вкладок и вкладок из циркония, в том числе при помощи CAD/CAM технологий.</p> <p>8. Ошибки и осложнения при изготовлении вкладок.</p> <p>9. Ортопедическое лечение литыми вкладками, вкладками из керамики, фотокомпозитов и стеклокерамики. Показания и противопоказания к применению вкладок.</p> <p>10. Материалы, используемые для фиксации вкладок.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 «Этиология, клиника, диагностика и методы лечения дефектов коронки»</p>	<p>11. Использование корней при наличии очагов инфекции в периапикальных тканях.</p> <p>12. Особенности депульпированных зубов (анатомические особенности, функциональные, гистологические). Прочностные</p>

<p>с использованием различных видов штифтовых конструкций»</p>	<p>характеристики.</p> <p>13. Показания и особенности изготовления штифтовых конструкций на многокорневые зубы при непараллельных корневых каналах.</p> <p>14. Достоинства и недостатки металлических, углеродных, стекловолоконных, керамических штифтов в сочетании с композитными материалами. Сравнение модуля эластичности, выбор формы штифта. Показания к применению штифтов.</p> <p>15. Штифтовая культевая вкладка. Моделирование культевой штифтовой вкладки из воска и альтернативных материалов (беззольная пластмасса). Достоинства и недостатки их использования.</p> <p>16. Ошибки и осложнения на этапах изготовления штифтовых конструкций.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Этиология, клиника, лечение патологии твёрдых тканей зубов искусственными коронками и винирами»</p>	<p>17. Основные принципы препарирования зубов под коронки, понятие о щадящем режиме. Зоны безопасности твёрдых тканей зубов (Н.Г.Аболмасов, Б.С.Клюев). Обезболивание.</p> <p>18. Методы защиты препарированных зубов на период изготовления постоянного протеза. Материалы и способы изготовления временных протезов.</p> <p>19. Классификация оттискных материалов, требования, предъявляемые к ним. Критерии выбора и оценки слепка (оттиска). Характеристика современных материалов для получения точных оттисков (А-, С-силиконовых, полиэфирных).</p> <p>20. Особенности и современные методики изготовления цельнокерамических коронок. Клинико-лабораторные этапы изготовления.</p> <p>21. Припасовка искусственных коронок. Приемы припасовки различных видов коронок, необходимое оборудование и инструменты.</p>

	<p>Основные требования к правильно припасованной коронке.</p> <p>Ортопедическое лечение патологии твердых тканей зубов винирами.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»</p>	<p>22. Особенности восстановления и сохранения физиологической окклюзии при изготовлении несъемных протезов при частичном отсутствии зубов.</p> <p>23. Исследование окклюзии зубных рядов: изучение окклюзионных контактов во рту и на диагностических моделях; определение высоты нижнего отдела лица.</p> <p>24. Методы определения центральной окклюзии зубных рядов (по зубному, суставному и мышечным признакам). Изучение контактов зубов при эксцентричных движениях нижней челюсти.</p> <p>25. Ортопедические методы окклюзионной коррекции.</p> <p>26. Принципы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, обусловленных материалами зубных протезов: гальваноза, аллергического стоматита, токсико-химического стоматита.</p> <p>27. Методы фиксации несъемных конструкций протезов на имплантатах.</p> <p>28. Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов на фоне хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта.</p> <p>29. Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов осложнённого снижением высоты нижнего отдела лица.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое</p>	<p>30. Ортопедическое лечение при частичном отсутствии зубов съёмными пластиночными протезами. Определение центральной окклюзии.</p> <p>31. Возможные ошибки и осложнения на различных этапах изготовления съёмных</p>

<p>лечение съёмными конструкциями протезов.»</p>	<p>пластиночных протезов.</p> <p>32.Клинико-биологические основы ортопедического лечения бюгельными конструкциями протезов. Основные конструктивные элементы бюгельных протезов.</p> <p>33.Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов съёмными протезами с кламмерной системой фиксации.</p> <p>34.Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов съёмными протезами с телескопической, балочной, замковой системами фиксации.</p> <p>35.Особенности ортопедического лечение больных с односторонним и двусторонним концевым дефектом зубного ряда.</p> <p>36.Ортопедическое лечение больных с частичным отсутствием зубов, осложнённым деформацией прикуса. Принципы комплексного лечения.</p> <p>37.Ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов на фоне хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта.</p> <p>38.Протезные стоматиты, дифференциальная диагностика. Онкологическая настороженность. Особенности лечения.</p> <p>39.Адаптация к протезам. Правила пользования съёмными протезами.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Заболевания пародонта»</p>	<p>40.Ортопедическое лечение больных с очаговым, генерализованным пародонтитом.</p> <p>41.Избирательное пришлифовывание зубов.</p> <p>42.Временное шинирование на этапах ортопедического лечения заболеваний пародонта.</p> <p>43.Ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта, осложненными вторичным частичным отсутствием зубов.</p> <p>44.Ортопедическое лечение больных с пародонтитом на фоне аномалий зубных рядов</p>

	<p>и прикуса.</p> <p>45. Ортопедическое лечение больных с пародонтитом, осложнённым деформациями зубных рядов.</p> <p>46. Ортопедическое лечение больных с пародонтитом, осложнённым деформацией прикуса с образованием бипрогнатического взаимоотношения челюстей.</p> <p>47. Принципы ортопедического лечения заболеваний пародонта с применением современных шинирующих конструкций (несъёмные конструкции – гелиокомпозитные шины, армированные полиэтиленовым волокном или стекловолокном, металлические шины полученные методом гальванопластики, металлокомпозитные несъёмные протезы, съёмные цельнолитые шины и шины-протезы).</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>48. Ортопедическое лечение больных с аномалиями зубов, зубных рядов, окклюзии (прикуса).</p> <p>49. Ортопедическое лечение больных с повышенным стиранием зубов. Определение понятий «физиологическая», «задержанная» «повышенная» стираемость.</p> <p>50. Классификация клинических форм повышенного стирания. Принципы патогенетического ортопедического лечения.</p> <p>51. Ортопедическое лечение локализованной формы повышенного стирания зубов.</p> <p>52. Ортопедическое лечение генерализованной формы повышенного стирания зубов</p> <p>53. Клиника, диагностика, лечение деформаций зубов, зубных рядов. Классификация кафедры ортопедической стоматологии ВолгГМУ.</p> <p>54. Этиология, клиника, лечение деформаций зубов, зубных рядов и прикуса.</p> <p>55. Повышенная стираемость твёрдых тканей зубов, осложнённая парафункциями. Ортопедическое лечение</p> <p>56. Повышенная стираемость твёрдых тканей зубов на фоне аномалий зубных рядов и прикуса.</p>

	Ортопедическое лечение.
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>57.Этиология и патогенез изменений в ВНЧС при патологических процессах в зубочелюстной системе. Значение местных и общих факторов в развитии заболевания.</p> <p>58.Основные и дополнительные методы обследования, применяемые для диагностики патологии ВНЧС.</p> <p>59.Дифференциальная диагностика заболеваний ВНЧС.</p> <p>60.Артрит острый и хронический. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p> <p>61.Артроз. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p> <p>62.Дисфункция ВНЧС. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p> <p>63.Вывих и дислокация диска. Клиника. Методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Полное отсутствие зубов»</p>	<p>64.Полное отсутствие зубов на фоне аномалий челюстных костей. Полное отсутствие зубов, осложнённое посттравматической деформацией протезного ложа и протезного поля. Особенности протезирования.</p> <p>65.Полное отсутствие зубов на фоне заболеваний слизистой оболочки полости рта, а также осложнённое аллергическим стоматитом, обусловленным материалами зубных протезов. Особенности протезирования.</p> <p>66.Полное отсутствие зубов, осложнённое мелким преддверием полости рта и высоким прикреплением уздечек. Особенности протезирования.</p> <p>67.Полное отсутствие зубов, осложнённое парафункциями. Особенности протезирования.</p> <p>68.Полное отсутствие зубов, осложнённое</p>

	<p>деадаптацией к съёмным протезам. Особенности протезирования. Управление адаптацией к полным съёмным протезам, коррекцией протезов, применением адгезивов, способствующих лучшей фиксации протезов во время адаптации.</p> <p>69. Полное отсутствие зубов, осложнённое дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов. Особенности протезирования.</p> <p>70. Полное отсутствие зубов, осложнённое старческой прогенией. Особенности протезирования.</p> <p>71. Современные методы полимеризации пластмасс.</p> <p>72. Ортопедическое лечение полного отсутствия зубов с применением современных методов: индивидуализированных артикуляторов и лицевых дуг, СВЧ – полимеризации, стоматологических имплантатов, изготовления протезов с металлическими, в том числе титановыми базисами.</p>
<p>Б 1.Б.6.11 Раздел 11 «Ортопедическое лечение на имплантатах»</p>	<p>73. Применение различных видов имплантатов. Последовательность и особенности ортопедического лечения.</p> <p>74. Особенности зубного протезирования на имплантатах при полной адентии.</p> <p>75. Методики снятия слепков открытой и закрытой ложкой.</p> <p>76. Комплексный подход в лечении, последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления зубных протезов на имплантатах при полной адентии.</p> <p>77. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах.</p>

<p>Б 1.Б.6.12 Раздел 12 «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>78. Ортопедическое лечение огнестрельных и неогнестрельных переломов. 79. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти со смещением отломков. 80. Ортопедическое лечение ложных суставов и неправильно сросшихся переломов. 81. Дефекты твердого и мягкого неба. Особенности ортопедического лечения в зависимости от вида дефекта. 82. Микростомия. Особенности ортопедического лечения. 83. Ортопедическое лечение после обширных оперативных вмешательств. Пострезекционные протезы. 84. Ортопедическое лечение с применением эктопротезов лица.</p>

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность

12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-стоматолога-ортопеда и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-стоматолога-ортопеда.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-стоматолога-ортопеда, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Стоматология ортопедическая» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

12.5 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для работы	Перечень лицензионного программного обеспечения
<p>Б1.Б.5 Стоматология ортопедическая</p>	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника» Обособленное структурное подразделение №2</p> <p>ул. Советская, д.32</p> <p>Кабинет учебной подготовки № 8 (практика) 20 м²</p> <p>Кабинет учебной подготовки № 6 (теория) – 10 м²</p>	<p>1. Приборы и оборудование: Нагреватель индукционный УНИ 2.0–2–1 шт. Артикулятор «Spray Articulator» с лицевой дугой – 1 шт.</p> <p>2. Фантомные модели челюстей – 8 шт.</p> <p>Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические установки и расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p>1. Приборы и оборудование: Стулья ученические Н-46 – 13 шт.</p> <p>2. Демонстрационное оборудование: Видеомагнитофон «FUNAI» - 1 шт. Телевизор цветной «Daewoo» - 1 шт. Видеокассеты – 47 шт.</p> <p>3. Учебно-наглядные пособия: Представлены на флеш-диске – 20 шт.</p> <p>4. Плакаты – 15 шт.</p>	<p>1. Windows 7 Professional (46243751, 46289511, 46297398, 47139370, 60195110, 60497966, 62369388) Бессрочная</p> <p>2. Windows 10 Professional (66015664, 66871558, 66240877, 66015664, 66871558, 66240877) Бессрочная</p> <p>3. Windows XP Professional (45885267, 43108589, 44811732, 44953165, 44963118, 46243751, 46289511, 46297398) Бессрочная</p> <p>4. MS Office 2007 Suite (63922302, 64045399, 64476832, 66015664, 66015670, 62674760, 63121691, 63173783, 64345003, 64919346, 65090951, 65455074, 66455771, 66626517, 66626553, 66871558, 66928174, 67008484, 68654455, 68681852, 65493638, 65770075, 66140940, 66144945, 66240877, 67838329, 67886412, 68429698, 68868475, 68918738, 69044325, 69087273) Бессрочная</p> <p>MS Office 2010 Professional Plus (47139370, 61449245) Бессрочная</p> <p>5. MS Office 2010 Standard (60497966, 64919346) Бессрочная</p> <p>6. MS Office 2016 Standard (66144945, 66240877, 68429698) Бессрочная</p> <p>7. Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия) (FCRS-8000-0041-7199-5287, FCRS-8000-0041-7294-2918, FCRS-8000-0041-7382-7237, FCRS-8000-0041-7443-6931, FCRS-8000-0041-7539-1401) Бессрочная</p> <p>8. Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (205E-180514-101825-427-2124 с 14.05.2018 по 25.05.2019)</p> <p>9. Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p>

	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника» ул. Коммунистическая, д.31</p> <p>Кабинет учебной подготовки № 4-06 (теория и практика) – 25,1 м²</p>	<p>1. Приборы и оборудование: Стул офисный – 4 шт. Стул ученический Н-460 - 16 шт. Стол однотумбовый – 1 шт. Шкаф для хранения студенческой одежды и прочих вещей – 3 шт. Нагреватель индукционный УНИ 2.0 – 1 шт. Артикулятор «Срасу Articulator» с лицевой дугой – 1 шт. Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p>2. Демонстрационное оборудование: Ноутбук Acer Extensa 5630EZ– 1 шт.</p> <p>3. Учебно-наглядные пособия: Представлены на флеш-диске – 20 шт.</p> <p>4. Плакаты – 12 шт. Фантомные модели челюстей – 8 шт</p>	<p>10. Mozilla Firefox (Свободное и/или безвозмездное ПО) 11. Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО) 12. 7-zip (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО) 13. Adobe Acrobat DC / Adobe Reader (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p> <p>1 . Windows 7 Professional (46243751, 46289511, 46297398, 47139370, 60195110, 60497966, 62369388) Бессрочная 2. Windows 10 Professional (66015664, 66871558, 66240877, 66015664, 66871558, 66240877) Бессрочная 3. Windows XP Professional (45885267, 43108589, 44811732, 44953165, 44963118, 46243751, 46289511, 46297398) Бессрочная 4. MS Office 2007 Suite (63922302, 64045399, 64476832, 66015664, 66015670, 62674760, 63121691, 63173783, 64345003, 64919346, 65090951, 65455074, 66455771, 66626517, 66626553, 66871558, 66928174, 67008484, 68654455, 68681852, 65493638, 65770075, 66140940, 66144945, 66240877, 67838329, 67886412, 68429698, 68868475, 68918738, 69044325, 69087273) Бессрочная MS Office 2010 Professional Plus (47139370, 61449245) Бессрочная 5. MS Office 2010 Standard (60497966, 64919346) Бессрочная 6. MS Office 2016 Standard (66144945, 66240877, 68429698) Бессрочная 7. Abby Fine Reader 8.0 Corporate Edition (Россия) (FCRS-8000-0041-7199-5287, FCRS-8000-0041-7294-2918, FCRS-8000-0041-7382-7237, FCRS-8000-0041-7443-6931, FCRS-8000-0041-7539-1401) Бессрочная 8. Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows (Россия) (205E-180514-101825-427-2124 с 14.05.2018 по 25.05.2019) 9. Google Chrome (Свободное и/или безвозмездное ПО) 10. Mozilla Firefox (Свободное</p>
--	---	--	---

	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Клиническая стоматологическая поликлиника №3» ул. Н. Отрады, д.36</p> <p style="text-align: center;">Кабинет учебной подготовки №18 (теория и практика) 31,2 м²</p> <p style="text-align: center;">ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №9» ул. Козловская, д. 25</p> <p style="text-align: center;">Кабинет учебной подготовки № 22 (фантомный класс) 14,1 м²</p> <p style="text-align: center;">Кабинет учебной подготовки № 37 (теория и практика) 12,6м²</p>	<p style="text-align: center;">1. Приборы и оборудование:</p> <p>Нагреватель индукционный УНИ 2.0 – 2 шт. Артикулятор «Spray Articulator» с лицевой дугой – 1 шт. Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p style="text-align: center;">2. Учебно-наглядные пособия:</p> <p>Представлены на флеш-диске – 20 шт.</p> <p style="text-align: center;">3. Плакаты – 12 шт.</p> <p>Фантомные модели челюстей – 8 шт.</p> <p style="text-align: center;">1. Приборы и оборудование:</p> <p>Нагреватель индукционный УНИ 2.0 – 2 шт. Артикулятор «Spray Articulator» с лицевой дугой – 1 шт. Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p style="text-align: center;">1. Учебно-наглядные пособия:</p> <p>Представлены на флеш-диске – 20 шт.</p> <p style="text-align: center;">2. Фантомные модели челюстей – 8 шт</p>	<p>и/или безвозмездное ПО) 11. Браузер «Yandex» (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО) 12. 7-zip (Россия) (Свободное и/или безвозмездное ПО) 13. Adobe Acrobat DC / Adobe Reader (Свободное и/или безвозмездное ПО)</p>
--	--	---	--

	<p style="text-align: center;">ГАУЗ « Клиническая стоматологическая поликлиника №10» ул. Тулака, 2/1</p> <p>Кабинет учебной подготовки № 7 (теория), 47,7 м²</p> <p>Кабинет учебной подготовки № 40 (практика), 45,1 м²</p>	<p>1. Приборы и оборудование: Стулья ученические Н-46 – 27 шт.</p> <p>1. Приборы и оборудование: Нагреватель индукционный УНИ 2.0 – 2 шт. Артикулятор «Срасу Articulator» с лицевой дугой – 1 шт. Установка стоматологическая с компрессором – 1 шт. Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p>2. Фантомные модели челюстей – 8 шт.</p> <p>Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p>	
	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №7»</p> <p style="text-align: center;">Ул.Маршала Еременко 72 Лечебные кабинеты (практика)</p>	<p>Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p>	
	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №8»</p> <p style="text-align: center;">Ул. Республиканская , 13</p>	<p>Стул ученический Н-460 - 10 шт. Стол однотоумбовый – 1 шт. Шкаф для хранения студенческой одежды и прочих вещей – 2 шт. Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также</p>	

	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №11» Краснодонский пер., 1.</p> <p style="text-align: center;">Лечебные кабинеты (практика)</p>	<p>стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p> <p>Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p>	
	<p style="text-align: center;">ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №12» Ул.Марийская, 4 Лечебные кабинеты (практика)</p>	<p>Лотки с наборами стоматологических инструментов, а также стоматологические расходные материалы предоставляются поликлиникой по мере надобности</p>	
	<p style="text-align: center;">Межкафедральный фантомный центр Ул. Герцена, 10 кабинет № 3; 17,5 м²</p>	<p>Оборудование предоставляется подразделением ВолгГМУ (Межкафедральный фантомный центр)</p>	