

Электронная цифровая подпись



Утверждено 31 мая 2018 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ (СЛОЖНОЕ  
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)»  
Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность Стоматология  
для лиц на базе среднего профессионального образования  
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования  
Форма обучения: очная  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Срок обучения: 5 лет**

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Ортопедическое лечение больных с повышенным стиранием твёрдых тканей зубов К03.0 (по МКБ-10С)	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Особенности ортопедического лечения больных старческого возраста несъемными протезами	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Особенности ортопедического лечения пациентов старческого возраста съёмными зубными протезами.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Диагностика и ортопедическое лечение больных с одиночно сохранными на челюстях зубами, корнями зубов. Покрывные протезы	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни,	Пятибалльная шкала оценивания

			Решение ситуационных задач	
5.	Эстетические аспекты ортопедического лечения.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Ортопедическое лечение больных с применением имплантатов	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Диагностика и профилактика осложнений и ошибок при лечении различными видами зубных протезов и аппаратов	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
8.	Методы ортопедического лечения пациентов с болезнями пародонта	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
9.	Ортопедическое лечение пациентов с хроническими заболеваниями	ОПК-11 ПК-5	Устный ответ, стандартизированный	Пятибалльная шкала оценивания

	полости рта и с соматическими заболеваниями.	ПК-8 ПК-	тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	
--	--	-------------	--	--

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- курация больного/ разбор тематического больного
- подготовка доклада/ устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль успеваемости (по темам или разделам)**

**Тема 1. Ортопедическое лечение больных с повышенным стиранием твёрдых тканей зубов К03.0 (по МКБ-10С)**

1. Какая классификация кариозных полостей учитывает состояние пульпы зуба?

- 1) по Блеку
- 2) по Курляндскому
- 3) по ВОЗ
- 4) по Куриленко
- 5) все вышеперечисленное.

2. Ко второму классу классификации кариозных полостей по Блеку относятся полости, расположенные:

- 1) на оральной, жевательной и вестибулярной поверхностях моляров и премоляров а также оральной стороне фронтальных зубов
- 2) на контактных поверхностях моляров и премоляров
- 3) на контактных поверхностях фронтальных зубов
- 4) на контактных поверхностях и углах фронтальных зубов
- 5) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.

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

- 1) на верхушках бугров
- 2) в пришеечной зоне на вестибулярной и оральной поверхностях
- 3) на контактных поверхностях
- 4) на жевательной поверхности.

4. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом:

- 1) 15°
- 2) 30°

- 3) 45°
- 4) 60°
- 5) 90°

5. При препарировании полости зуба под вкладку фальц формируют только:

- 1) для вкладки из благородных металлов
- 2) для вкладки из неблагородных металлов
- 3) для металлических вкладок
- 4) для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
- 5) для керамических вкладок.

6. Возможно ли применение полукоронок в качестве шин при заболеваниях пародонта ?

- 1) да
- 2) да, если пародонтит легкой или средней степени
- 3) да, только с предварительным депульпированием зубов
- 4) нет

7. Оптимальная длина штифта литой штифтовой культевой вкладки составляет:

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

8. Показанием к применению литых культевых штифтовых вкладок является:

- 1) патологическая стираемость зубов
- 2) если зуб депульпирован более трех лет назад
- 3) если зуб депульпирован более пяти лет тому назад
- 4) если депульпированный зуб используется в качестве опоры для мостовидного протеза
- 5) дефект коронковой части зуба на 1/3 и более.

9. У металлокерамических протезов по сравнению с цельнолитыми металлопластмассовыми

- 1) выше стираемость и выше цветостойкость
- 2) выше стираемость и ниже цветостойкость
- 3) ниже стираемость и ниже цветостойкость
- 4) ниже стираемость и выше цветостойкость.

10. Минимальная толщина колпачка при изготовлении металлокерамической коронки:

- 1) 0,1 мм
- 2) 0,3 мм
- 3) 0,5 мм
- 4) 0,8 мм.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

## **Тема 2. Особенности ортопедического лечения больных старческого возраста несъемными протезами**

1. Использование плечевой массы при изготовлении металлокерамических протезов

- 1) увеличивает прочность конструкции
- 2) обеспечивает более точное прилегание коронки в области уступа
- 3) улучшает цвет краевой десны за счет проникновения части светового потока через керамику в десневой край
- 4) обеспечивает надежную фиксацию
- 5) ответы 2 + 3
- 6) ответы 1 + 2 + 4.

2. Временные (провизорные) конструкции используются для:

- 1) восстановления речи и эстетики на время изготовления постоянного протеза
- 2) предохранения пульпы зуба от инфицирования
- 3) улучшения качества оттиска
- 4) защиты от химических и термических раздражителей витальных зубов
- 5) ответы 1 + 2
- 6) ответы 1 + 2 + 4.

3. Использование поддесневого уступа наиболее оправдано при изготовлении металлокерамических протезов в области:

- 1) фронтальных зубов
- 2) жевательных зубов
- 3) всех групп зубов.

4. Какая методика ретракции десны является необратимой:

- 1) механическая
- 2) химическая
- 3) хирургическая
- 4) механохимическая
- 5) все виды.

5. Проходить регулярный осмотр пациенту, получившему лечение с помощью имплантации:

- 1) не требуется
- 2) по желанию пациента
- 3) требуется в течении первого года
- 4) требуется проводить регулярный контроль
- 5) требуется в течении первых шести месяцев.

6. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено у одного больного:

- 1) 1
- 2) 2-3
- 3) не более 6
- 4) 6-8
- 5) ограничений нет.

7. При изготовлении имплантатов используют:

- 1) медь
- 2) титан
- 3) цинк
- 4) хром
- 5) ниобий.

8. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является:

- 1) остеомиелит челюсти
- 2) отлом головки имплантата
- 3) воспалительные осложнения
- 4) аллергическая реакция
- 5) гальванизм.

9. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации:

- 1) ежемесячно
- 2) 2 раза в год
- 3) один раз в год
- 4) 4 раза в год
- 5) 5 раз в год.

10. Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантат является:

- 1) седловидная
- 2) касательная
- 3) промывная
- 4) касательная и промывная
- 5) все вышеперечисленное.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

**Тема 3. Особенности ортопедического лечения пациентов старческого возраста съёмными зубными протезами.**

1. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является

- 1) клинический
- 2) рентгенологический
- 3) биометрический

- 4) реографический
- 5) измерение диагностических моделей челюстей
2. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования
- 1) дентальная рентгенография
  - 2) панорамная рентгенография
  - 3) ортопантомография
  - 4) телерентгенография
  - 5) рентгенокинематография
3. Показания к применению съемных пластиночных протезов являются в переднем отделе:
- 1) отсутствие одного зуба
  - 2) отсутствие более 2 зубов
  - 3) отсутствие более 3 зубов
  - 4) отсутствие более 4 зубов
4. Абсолютным показанием к изготовлению съемного протеза является дефект зубного ряда относящийся к (по Кеннеди):
- 1) 1 и 3 классу
  - 2) 2 и 4 классу
  - 3) 1 и 2 классу
  - 4) 3 и 4 классу
5. Бюгельные протезы относятся к:
- 1) физиологическим
  - 2) полуфизиологическим
  - 3) нефизиологическим
  - 4) комбинированным
6. Показанием к изготовлению съемного пластиночного протеза может являться дефект зубного ряда протяженностью :
- 1) 1- 16 зубов
  - 2) 3- 5 зубов
  - 3) 5- 10 зубов
  - 4) 5- 14 зубов
7. Относительным противопоказанием к изготовлению съемного протеза является:
- 1) гипертоническая болезнь
  - 2) гастрит
  - 3) эпилепсия
  - 4) инфаркт миокарда
8. Для определения центр окклюзии в клинику поступают модели :
- 1) фиксированные в артикулятор
  - 2) фиксированные в оклюдатор
  - 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
  - 4) с восковыми базисами и искусственными зубами
9. Требования к восковым базисам с окклюзионными валиками:
- 1) изготовление из моделировочного воска
  - 2) изготовление из липкого воска
  - 3) плотное прилегание к протезному ложу
  - 4) окклюзионный валик выше и шире естественных зубов
  - 5) окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов
10. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из:
- 1) липкого воска
  - 2) моделировочного воска
  - 3) базисного воска
  - 4) бюгельного воска

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	4	3	2	1	3	3	3	3

**Тема 4. Диагностика и ортопедическое лечение больных с одиночно сохранными на челюстях зубами, корнями зубов. Покрывные протезы**

1. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является:

- 1) гладкая
- 2) шероховатая
- 3) пористая
- 4) любая

2. Имплантация не проводится:

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

3. Факторами, определяющими успех имплантации, являются:

- 1) биосовместимость материалов
- 2) структура поверхности
- 3) состояние ложа имплантата
- 4) техника операции
- 5) все вышеперечисленное.

4. Наиболее широко используются в клинике:

- 1) внутрикостные пластинчатые и винтовые имплантаты:
- 2) внутрислизистые имплантаты
- 3) субпериостальные имплантаты
- 4) эндодонто-эндоссальные имплантаты
- 5) трансоссальные имплантаты.

5. Минимально рекомендуемое соотношение внутрикостной и внутриротовой частей эндоссального имплантата:

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

6. Допустимо ли допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта?

- 1) допустимо при обильном охлаждении
- 2) категорически недопустимо
- 3) допустимо на верхней челюсти
- 4) допустимо при обильном охлаждении на нижней челюсти.

7. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит для:

- 1) распределения нагрузки
- 2) лучшей ретенции
- 3) стимуляции костеобразования
- 4) упрочнения конструкции
- 5) все вышеперечисленное.

8. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения:

- 1) единственный метод, позволяющий получить положительный результат
- 2) является методом выбора
- 3) применяется только в исключительных случаях
- 4) применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного метода.

9. Для успешной установки внутрикостных имплантатов ширина костной ткани в щечно-язычном направлении должна быть не менее:

- 1) 4 мм
- 2) 6 мм
- 3) 8 мм
- 4) 10 мм.

10. Для диагностирования аллергии на базисные пластмассы проводят следующие тесты:

- 1) экспозиционно-провокационная проба



- 2) лейкопеническая проба
- 3) тест химического серебрения
- 4) соскоб на Candida
- 5) рН-метрия
- 6) измерение разницы потенциалов
- 7) ответы 1 + 2 + 3 + 4 + 5
- 8) ответы 1 + 3 + 4.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

### **Тема 5. Эстетические аспекты ортопедического лечения.**

1. Основным этиологическим фактором аллергии на акриловый протез является:

- 1) стабилизатор гидрохинон
- 2) остаточный мономер
- 3) пластификатор дибутил фталат
- 4) красители.

2. Следующие профилактические мероприятия можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов:

- 1) изготовление цельнолитых протезов
- 2) изготовление протезов с литым базисом
- 3) изготовление протезов из бесцветной пластмассы
- 4) систематический массаж протезного ложа
- 5) все вышеперечисленное.

3. Укажите факторы, определяющие успех адаптации больного к протезу:

- 1) качество протеза
- 2) реактивность организма
- 3) тип высшей нервной деятельности пациента
- 4) психологическая подготовка пациента к протезу
- 5) все факторы.

4. Мягкие подкладки съемных пластинчатых протезов показаны при:

- 1) сухой малоподвижной слизистой оболочке
- 2) при гипертрофированной слизистой
- 3) при болтающемся гребне
- 4) при повышенном рвотном рефлексе
- 5) во всех случаях.

5. Из какого числа основных частей состоит замковое крепление?

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять
- 5) шесть.

6. Какая часть аттачмена укрепляется в базисе съемного протеза?

- 1) матрица
- 2) матрица
- 3) обе
- 4) наиболее сложная.

7. Применение замковых креплений противопоказано:

- 1) при низких клинических коронках
- 2) при атрофии пародонта опорных зубов более 1/3 длины корня
- 3) при атрофии пародонта опорных зубов более 1/2 длины корня
- 4) ответы 1 + 3
- 5) ответы 1 + 2.

8. Виды замковых креплений в зависимости от степени свободы, допускаемой между составными частями:

- 1) жесткие, лабильные, полулабильные
- 2) жесткие, полужесткие
- 3) жесткие, резилентные

4) лабильные, полулабильные

5) жесткие, упругие.

9. Штекерно-поворотные фиксаторы обеспечивают:

1) 100% - ретенцию

2) 0% - ретенцию

3) 50% - ретенцию

4) 30% - ретенцию

5) 70% - ретенцию.

10. Какие элементы реализуют направляющую функцию замковых креплений?

1) рельсовые элементы

2) сферические элементы

3) фрезерованные площадки

4) интерлоки

5) ответы 1 + 3 + 4.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

### **Тема 6. Ортопедическое лечение больных с применением имплантатов**

1. Какие замковые крепления выполняют функцию дробителей нагрузки?

1) суставные соединения

2) штекерно-поворотные фиксаторы

3) лабильные и полулабильные сферические крепления

4) 1 + 2

5) 1 + 3.

2. При протезировании дефектов зубных рядов без дистальной опоры используют:

1) жесткие замковые крепления

2) полулабильные замковые крепления

3) лабильные замковые крепления

4) 1 + 3

5) 1 + 2.

3. Величина зазора между патрицей экстракоронарного аттачмена и слизистой оболочкой:

1) зазора нет

2) 1 мм

3) 2 мм

4) 3 мм

5) 4 мм.

4. Внутрикоронковые крепления имеют следующие преимущества по сравнению с внекоронковыми:

1) действие нагружающей силы ближе к продольной оси опорного зуба

2) меньшее препарирование опорного зуба

3) меньшие размеры

4) 1 + 3

5) 1 + 3.

5. Какое число опорных зубов должно использоваться при протезировании концевых дефектов зубных рядов комбинированными протезами с аттачменами?

1) один

2) два

3) три

4) не менее трех

5) не менее двух.

6. Преимуществами безметалловых керамических протезов по сравнению с металлокерамическими являются:

1) биосовместимость материала

2) высокая точность краевого прилегания

3) простота изготовления

4) более низкая стоимость

5) более высокая эстетичность

6) ответы 1 + 2 + 3

7) ответы 1 + 2 + 5.

7. При изготовлении цельнокерамической коронки препарируется уступ:

1) круговой 0,3 – 0,5 мм

2) круговой 0,8 – 1,0 мм

3) с вестибулярной поверхности уступ 0,8 – 1,0 мм, с ароксимальных переход уступа, с оральной формируется символ уступа 0,3 мм

4) без уступа.

8. Изготовление каркаса цельнокерамического протеза происходит методом:

1) литья

2) фрезирования

3) прессованием керамики

4) всеми методами.

9. Для фиксации цельнокерамических протезов используют:

1) стеклоиономерный цемент

2) фосфат – цемент

3) поликарбоксилатный цемент

4) адгезивные системы двойного отверждения

5) все вышеперечисленное.

10. Минимальная толщина керамического винира составляет:

1) 0,3 – 0,4 мм

2) 0,5 – 0,7 мм

3) 0,7 – 1,0 мм

4) 1,0 – 1,2 мм.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

**Тема 7. Диагностика и профилактика осложнений и ошибок при лечении различными видами зубных протезов и аппаратов**

1.Остеоинтеграция – это

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.

2. К биоинертным материалам относятся:

1) Нержавеющая сталь.

2) Хромокобальтовые сплавы.

3) Титан, цирконий.

4) Гидроксиапатит.

5) Серебряно-палладиевые сплавы.

3. К биотолерантным материалам относятся:

1) Нержавеющая сталь.

2) Титан и его сплавы.

3) Цирконий.

4) Тантал.

5) Трикальцийфосфат.

4. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:

1) Локализованный пародонтит.

2) Множественный кариес.

3) Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса.

- 4) Отсутствие одного зуба.
- 5) Полная адентия.
5. Контактный остеогенез – это
- 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.
6. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:
- 1) 200-300.
  - 2) 500-800.
  - 3) 1000-1500.
  - 4) 3000-5000.
  - 5) 30000- 35000.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Аллогенный материал это –
- 1) Специально обработанная трупная кость.
  - 2) Остеопластический материал синтетического происхождения.
  - 3) Материал животного происхождения.
  - 4) Субстрат для изготовления имплантатов.
  - 5) Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	3	2	3	3	4	5	1

### **Тема 8. Методы ортопедического лечения пациентов с болезнями пародонта**

1. При 2 и 3 степенях декомпенсированной формы повышенной стираемости необходим этап лечения

- 1) терапевтический
- 2) ортодонтический
- 3) хирургический
- 4) ортопедический
- 5) 1+2+3+4
- 6) 2+4

2. При декомпенсированной форме генерализованной (2 или 3 степени) повышенной стираемости показан метод ортодонтического лечения

- 1) последовательная дезокклюзия
- 2) перестройка миотатического рефлекса

- 3) постепенная дезокклюзия
  - 4) коррекция формы зубных рядов
  3. При компенсированной форме генерализованной повышенной стираемости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения
    - 1) постепенная дезокклюзия
    - 2) коррекция формы зубных рядов
    - 3) последовательная дезокклюзия
    - 4) перестройка миотатического рефлекса
  4. При компенсированной форме локализованной повышенной стираемости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения
    - 1) постепенная дезокклюзия
    - 2) коррекция формы зубных рядов
    - 3) последовательная дезокклюзия
    - 4) перестройка миотатического рефлекса
  5. При I степени повышенной стираемости зубов показано применение
    - 1) пластиночных протезов
    - 2) вкладок
    - 3) штифтовых конструкций с последующим покрытием коронок
    - 4) искусственных коронок
    - 5) 1+2+4
    - 6) 2+4
    - 7) 2+3+4
  6. При 2 и 3 степенях повышенной стираемости зубов показано применение
    - 1) пломб
    - 2) вкладок
    - 3) цельнолитых коронок
    - 4) штампованных коронок
    - 5) культовых штифтовых вкладок с последующим изготовлением коронок
    - 6) 2+3
    - 7) 3+5
  7. При 2 и 3 степенях повышенной стираемости зубов показано применение
    - 1) штампованных коронок
    - 2) цельнолитых коронок
    - 3) штампованно-паяных мостовидных протезов
    - 4) цельнолитых мостовидных протезов
    - 5) цельнолитых бюгельных протезов с окклюзионными накладками
    - 6) 2+3+5
    - 7) 2+4+5
  8. Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стираемостью зубов применяется
    - 1) пластинка с вестибулярной дугой
    - 2) пластинка с наклонной плоскостью
    - 3) пластмассовая каппа
    - 4) шина Порта
  9. При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зуба
    - 1) увеличивается
    - 2) уменьшается
    - 3) не изменяется
  10. Осложнения повышенной стираемости зубов
    - 1) кариес
    - 2) окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром
    - 3) флюороз
    - 4) гингивостоматит Венсана
- Тема 9. Ортопедическое лечение пациентов с хроническими заболеваниями полости рта и с соматическими заболеваниями.
1. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов зависит
    - 1) от формы зубных рядов

- 2) от вида прикуса
- 3) от размера зубов
2. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной стираемости составляет
  - 1) до 1/3 длины коронки
  - 2) от 2/3 длины коронки до шейки и более
  - 3) от 1/3 до 2/3 длины коронки
  - 4) от 1/3 до 1/2 длины коронки
3. Глубина поражения твердых тканей зубов при 2 степени повышенной стираемости составляет
  - 1) до 1/3 длины коронки
  - 2) от 2/3 длины коронки до шейки и более
  - 3) от 1/3 до 2/3 длины коронки
  - 4) от 1/3 до 1/2 длины коронки
4. Глубина поражения твердых тканей зубов при 3 степени повышенной стираемости составляет
  - 1) до 1/3 длины коронки
  - 2) от 2/3 длины коронки до шейки и более
  - 3) от 1/3 до 2/3 длины коронки
  - 4) от 1/3 до 1/2 длины коронки
5. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется
  - 1) смешанной
  - 2) вертикальной
  - 3) компенсированной
  - 4) декомпенсированной
  - 5) горизонтальной
6. Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется
  - 1) смешанной
  - 2) вертикальной
  - 3) компенсированной
  - 4) декомпенсированной
  - 5) горизонтальной
7. Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме повышенной стираемости зубов обусловлено
  - 1) смещением нижней челюсти
  - 2) ростом альвеолярного отростка челюстей
  - 3) изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
  - 4) выдвиганием зубов
8. Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов включают
  - 1) клинический анализ крови
  - 2) томографию ВНЧС
  - 3) биохимический анализ крови
  - 4) рентгенологическое исследование зубов и челюстей
  - 5) аллергологические пробы
  - 6) 1+2+4+5
  - 7) 2+3+4
  - 8) 2+4
9. При всех формах повышенной стираемости показаны ортопедические конструкции
  - 1) цельнолитые
  - 2) штампованные
10. При 2 и 3 степенях повышенной стираемости противопоказано применение коронок
  - 1) цельнолитых
  - 2) штампованных

*Эталон ответов*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	2	4	2	3	3	4

## 2.2 Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя)

Тема занятия		Тема реферативного сообщения
1.	Ортопедическое лечение больных с повышенным стиранием твёрдых тканей зубов K03.0 (по МКБ-10С)	Повышенное стирание зубов. Понятия «физиологическое», «задержанное», «повышенное» стирание твердых тканей зубов. Этиология, патогенез, методы диагностики повышенного стирания зубов. Гигиенический уход за протезами различных конструкций.
2.	Особенности ортопедического лечения больных старческого возраста несъемными протезами	Зубной протез и здоровье (врача, пациента, зубного техника). Центральное соотношение челюстей. Определение и фиксация. Методы проверки конструкции протезов при произнесения зубных, губо-губных и губо-зубных звуков. Основы окклюзионной диагностики при протезировании несъемными и съемными конструкциями, окклюзиограммы.
3.	Особенности ортопедического лечения пациентов старческого возраста съемными зубными протезами.	Разновидности замковых фиксаторов съемных зубных протезов, показания к применению. Методы обследования пациентов с обширными дефектами зубных рядов. Особенности протезирования при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Онкологическая настороженность Особенности ортопедического лечения больных с онкологическими заболеваниями в полости рта
4.	Диагностика и ортопедическое лечение больных с одиночно сохранными на челюстях зубами, корнями зубов. Покрывные протезы	Выбор плана лечения, показания, противопоказания к удалению корней зубов, использованию в качестве дополнительной опоры протезов Бескламмерные системы фиксации съемных протезов. Сложные культевые вкладки, методы изготовления. Показания к покрывным протезам, телескопическим коронкам.
5.	Эстетические аспекты ортопедического лечения.	Зубной протез и функция речи. Методы оценки функциональной эффективности зубных протезов. Сегес технологии в имплантологии.
6.	Ортопедическое лечение больных с применением имплантатов	Возможные ошибки при ортопедическом лечении винирами, мостовидными протезами. Использование внутрикостных имплантатов для фиксации одиночных зубных коронок. Проблема прецизионности оттисков и моделей. Современные методы гигиены зубных протезов.
7.	Диагностика и профилактика осложнений и ошибок при лечении различными видами зубных протезов и аппаратов	Нарушение дикции после протезирования. Особенности выполнения клинических этапов ортопедического лечения у больных старческого возраста. Проблема цвета зубов в ортопедической стоматологии.
8.	Методы ортопедического лечения пациентов с болезнями пародонта	Современные компьютерные технологии ортопедического лечения дефектов коронок зубов. Современные средства барьерной защиты врача и пациента в ортопедической стоматологии. Методы дезинфекции и стерилизации оттисков и зубных протезов.

9	Ортопедическое лечение пациентов с хроническими заболеваниями полости рта и с соматическими заболеваниями.	Диагностика заболевания органов полости рта, связанных с материалами зубных протезов. Особенности выбора плана ортопедического лечения у больных старческого возраста. Особенность работы в 4 руки в клинике ортопедической стоматологии.
---	--	---

## 2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля

### Тема 1

#### Ситуационная задача 1

##### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 65 лет.

##### 1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- плохую фиксацию полного съёмного протеза на верхней челюсти;
- периодически возникающие болевые ощущения в области 4.3, 3.3 зубов;
- подвижность 4.3, 3.3 зубов.

##### 1.3. Анамнез заболевания

Отсутствующие зубы были удалены из-за сильной подвижности и осложнений кариеса.

Первое протезирование проводилось около 5 лет назад, до этого не протезировался. К стоматологу обращался редко и только по поводу удаления, Последнее удаление было 4 месяца назад в связи с подвижностью передних зубов на верхней и нижней челюстях.

##### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II степени, сахарный диабет. Назначенные медикаментозные препараты (бета-блокаторы), манинил принимает нерегулярно.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

##### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** носогубные складки резко выражены, углы рта опущены; выявлено снижение высота нижнего отдела лица на 5 мм.



Зубная формула

.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
					I					I					

4.3, 3.3 зубы – подвижность 2 степени, маргинальная десна гиперемирована, отёчна. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях. Пластинчатые протезы на верхней и нижней челюстях не соответствуют границам протезного ложа, фиксация протезов неудовлетворительная. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти и нижней челюсти



гиперемирована, отёчна. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти – 2 типа по Келлеру, имеется умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. прицельную внутриротовую рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### **3. Результаты дополнительного аппаратного метода обследования**

#### **3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография**

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии:

- атрофия костной ткани на  $\frac{1}{2}$  длины корня 4.3, 3.3 зубов;
- отмечается расширение периодонтальной щели

#### **3.2. Гнатодинамометрия**

Данный метод при отсутствии антагонизирующих пар зубов провести невозможно.

#### **3.3. Определение цвета зубов**

Цвет и форму гарнитурных зубов при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

#### **3.4. Электроодонтометрия**

Реакция 6-12 мкА соответствует физиологическому состоянию пульпы.

**Вопрос №2** Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем \_\_\_\_ мм:

1. 2-4
2. 0-1
3. 6-8
4. 8-12

**Вопрос №3** Основным предполагаемым диагнозом является :

1. частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; полное отсутствие зубов на верхней челюсти; хронический пародонтит средней степени тяжести 4.3, 3.3 зубов
2. полное отсутствие зубов на нижней челюсти; частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; хронический пародонтит тяжёлой степени тяжести 4.3, 3.3 зубов
3. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава
4. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти; деформирующий артроз височно-нижнечелюстного сустава

### **6. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №4** Атрофия 2 типа по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка, подвижной слизистой оболочкой прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов, резкой атрофией в области жевательных зубов с обеих сторон
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе

**Вопрос №5** Высокий альвеолярный отросток, глубокое нёбо, нормальная слизистая оболочка без видимого турса относится к \_\_\_\_ типу по Шредеру:

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

**Вопрос №6** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в изготовлении :

1. съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти с учётом восстановления высоты нижнего отдела лица

2. бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти
3. мостовидного протеза с опорой на 4.3, 3.3 зубы и бюгельного протеза на нижнюю челюсть
4. мостовидного протеза на верхнюю челюсть

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при полном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, использующиеся для изготовления базисов протезов, и гарнитурные зубы
2. опорно-удерживающие кламмера и металлокерамические мостовидные протезы
3. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки и провизорные коронки
4. опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки и окклюзионные накладки

**Вопрос №8** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. легкоплавкого металла
3. гипса
4. оттискной массы

**Вопрос №9** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №10** Функциональные пробы по Гербсту применяются для:

1. припасовки индивидуальной ложки
2. изготовления металлокерамической коронки
3. оценки высоты нижнего отдела лица
4. отливки гипсовой модели

**Вопрос №11** Фаза полного торможения при адаптации к полным съёмным пластиночным протезам наступает:

1. в период от 1 до 1,5 месяцев после изготовления протеза
2. в день наложения
3. в период от 1 до 5 дня после получения протеза
4. через 6 месяцев

**Вопрос №12** Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в \_\_\_ месяцев:

1. 6
2. 9
3. 12
4. 18

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 2

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 72 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- нарушение речи.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Месяц назад были сняты мостовидные протезы на верхней челюсти, изготовленные примерно 10 лет назад. Последнее удаление зубов на верхней челюсти три недели назад в связи с кариозным процессом под коронками. Металлические коронки с напылением на нижней челюсти изготовлены 1 год назад.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: мерцательная аритмия. Назначенные медикаментозные препараты (варфарин) принимает регулярно.
- Аллергоanamнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены; высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии снижена на 6 мм. При открывании и закрывании рта отмечается наличие девиации.



**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	О	О	П	П	Р	О	О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	К	К	П	П	П				П	П	П	К	К	К	О

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

**Локальный статус:** 1.1, 2.1 зубы отпрепарированы под комбинированные коронки. На 2.2 зубе – металлическая штифтово-культевая вкладка. Металлические коронки с напылением на 3.5, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7 зубах отвечают функциональным требованиям.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. прицельную внутриротовую рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### 3. Результаты дополнительных методов обследования

#### 3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

Корневые каналы 1.1, 2.1, 2.2 зубов запломбированы до верхушек; на 2.2 зубе ось штифта культевой вкладки совпадает с осью зуба; в периапикальных тканях изменений нет; резорбция костной ткани на  $\frac{1}{4}$  длины корней зубов верхней челюсти.

#### 3.2. Гнатодинамометрия

Данный метод при отсутствии антагонизирующих пар зубов провести невозможно. Исследование не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 3.3. Определение цвета зубов

Цвет и форму гарнитурных зубов при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными протезами проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица). Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

#### 3.4. Электроодонтометрия

Реакция 101–200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. Исследование не является обязательным в данной клинической ситуации.

**Вопрос №2** Для рентгенологического исследования при подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) проводят:

1. томографию ВНЧС при закрытом и открытом рте
2. прицельную контактную рентгенографию

3. ортопантомографию
4. обзорную рентгенографию черепа в носоподбородочной проекции
5. гнатодинамометрию
6. электромиографию

## **5. Результаты обследования**

### **5.1. Томография ВНЧС при закрытом и открытом рте**

Отмечается сужение суставной щели в ВНЧС слева.

### **5.2. Прицельная контактная рентгенография**

Рентгенологический метод обследования, использующийся оценки состояния корней, корневых каналов, периапикальных тканей, атрофии костной ткани в области присутствующих зубов. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.3. Ортопантомография**

Рентгенологический метод обследования, позволяющий оценить состояние твёрдых тканей челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.4. Обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции**

Рентгенологический метод обследования придаточных пазух носа и структур лицевого скелета. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.5. Гнатодинамометрия**

Аппаратный метод определения силы жевательных мышц и выносливости опорных тканей зубов к восприятию давления при сжатии челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### **5.6. Электромиография**

Аппаратный метод исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

**Вопрос №3** Основным предполагаемым диагнозом является :

1. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести
2. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти
3. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; частичное отсутствие зубов на нижней челюсти
4. полное отсутствие зубов на верхней челюсти; полное отсутствие зубов на нижней челюсти

## **7. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №4** Рентгенологически генерализованный пародонтит лёгкой степени тяжести характеризуется:

1. резорбцией костной ткани на  $\frac{1}{3}$  длины корня
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми
3. резорбцией костной ткани на  $\frac{2}{3}$  длины корня
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе

**Вопрос №5** Число степеней подвижности зубов по Д. А. Энтину равно:

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

**Вопрос №6** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в изготовлении \_\_\_\_\_ с учётом высоты нижнего отдела лица:

1. коронок на 1.1, 2.1, 2.2 зубы и съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть
2. бюгельного протеза на верхнюю челюсть с опорой на 1.1, 2.1, 2.2 зубы
3. мостовидного протеза с опорой на 1.1, 2.1, 2.2 зубы
4. полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при частичном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, используемые для изготовления базисов протезов, гарнитурные зубы, кламмера
2. металлокерамические коронки с гирляндой, временные пластмассовые коронки
3. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки, провизорные коронки

4. опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки, окклюзионные накладки

**Вопрос №8** Исследование зубодесневых карманов проводят с помощью:

1. градуированного зонда
2. пинцета
3. зеркала
4. оттискной массы

**Вопрос №9** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №10** Функциональные пробы по Гербсту применяются для:

1. припасовки индивидуальной ложки
2. изготовления металлокерамической коронки
3. оценки высоты нижнего отдела лица
4. отливки гипсовой модели

**Вопрос №11** Фаза полного торможения при адаптации к полным съёмным пластиночным протезам наступает:

1. в период от 1 до 1,5 месяцев после изготовления протеза
2. в день наложения
3. в период от 1 до 5 дня после получения протеза
4. через 6 месяцев

**Вопрос №12** Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в \_\_\_\_ месяцев:

1. 6
2. 9
3. 12
4. 15

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Тема 3**

## **Ситуационная задача 1**

### **1.1. Ситуация**

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 68 лет.

### **1.2. Жалобы**

на

- плохую фиксацию съёмных протезов;
- периодически возникающие болевые ощущения в области 1.3, 2.3 зуба;
- подвижность 1.3, 2.3 зуба.

### **1.3. Анамнез заболевания**

- Отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений.
- Первое протезирование проводилось около 19 лет назад, последнее 7 лет назад – частичными съёмными пластиночными протезами.
- Последнее удаление зубов было 8 лет назад в связи с кариозным процессом под коронками.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь 1 степени.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены; высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии снижена на 3 мм.



**Зубная формула:**

О	О	О	О	О		О	О	О	О		О	О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

1.3 зуб подвижность 3 степени, маргинальная десна гиперемирована, отёчна. 2.3 зуб подвижность 2 степени, маргинальная десна незначительно гиперемирована, отёчна. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях. Пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях не соответствуют границам протезного ложа, фиксация протезов неудовлетворительная.

#### Соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней и нижней челюстях гиперемирована, отёчна. Атрофия альвеолярной части нижней челюсти – 2 типа по Келлеру, имеется умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти.

**Вопрос №1** При зондировании патологического зубодесневого кармана за результат берутся значения \_\_\_\_\_ патологического зубодесневого кармана :

1. наибольшей глубины
2. медиальной стороны
3. дистальной стороны
4. вестибулярной поверхности

#### 3. Значения патологического зубодесневого кармана

##### 3.1. Наибольшей глубины

По данным зондирования наибольшая глубина патологического зубодесневого кармана:

- Зубодесневой карман 1.3 зуба – 4 мм.
- Зубодесневой карман 2.3 зуба – 5 мм.

### 3.2. Медиальной стороны

По данным зондирования наибольшая глубина патологического зубодесневого кармана:

- Зубодесневой карман 1.3 зуба – 2 мм.
- Зубодесневой карман 2.3 зуба – 3 мм.

### 3.3. Дистальной стороны

По данным зондирования наибольшая глубина патологического зубодесневого кармана:

- Зубодесневой карман 1.3 зуба – 3 мм.
- Зубодесневой карман 2.3 зуба – 2 мм.

### 3.4. Вестибулярной поверхности

По данным зондирования наибольшая глубина патологического зубодесневого кармана:

- Зубодесневой карман 1.3 зуба – 3 мм.
- Зубодесневой карман 2.3 зуба – 4 мм.

**Вопрос №2** Основным предполагаемым диагнозом является :

1. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; Полное отсутствие зубов на нижней челюсти; Хронический пародонтит средней степени тяжести
2. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти; Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; Хронический пародонтит лёгкой степени тяжести
3. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти; Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти; Хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
4. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти; Полное отсутствие зубов на нижней челюсти; Деформирующий артроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

## 5. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №3** Атрофия 2 типа по Келлеру при полном отсутствии зубов характеризуется:

1. равномерной резкой атрофией альвеолярного отростка, подвижной слизистой оболочкой, прикреплённой почти на уровне гребня альвеолярного отростка
2. резко выраженным альвеолярным отростком и буграми
3. хорошо выраженным альвеолярным отростком в области фронтальных зубов, резкой атрофией в области жевательных зубов с обеих сторон
4. резкой атрофией альвеолярного отростка во фронтальном отделе

**Вопрос №4** Полное отсутствие альвеолярного отростка, резкое уменьшение размера тела верхней челюсти, нёбо плоское, широкий торус относятся к \_\_\_\_ типу по Шредеру:

1. 3

2. 1
3. 2
4. 4

**Вопрос №5** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в изготовлении :

1. полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю и нижнюю челюсть с учётом высоты нижнего отдела лица
2. бюгельного протеза на верхнюю и нижнюю челюсти с учетом восстановления нижнего отдела лица
3. консольного протеза с опорой на 1.3, 2.3 зубы и частичного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть
4. мостовидного протеза и бюгельного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного пластиночного протеза на нижнюю челюсть

**Вопрос №6** Индивидуальная ложка изготавливается из:

1. пластмассы
2. легкоплавкого металла
3. гипса
4. оттисковой массы

**Вопрос №7** При полимеризации пластмассы быстрый нагрев приводит к образованию в базе протеза:

1. газовой пористости
2. трещин
3. мраморности
4. оскомина

**Вопрос №8** Особенности пациента, учитываемыми при подборе цвета искусственных зубов при изготовлении полных съёмных протезов являются :

1. цвет кожи лица, возраст пациента, форма лица
2. пол, цвет волос, ширина улыбки
3. конституция тела, цвет глаз, форма подбородка
4. вес, форма носа, цвет губ

**Вопрос №9** Морфологическими ориентирами для конструирования искусственных зубных рядов в полных съёмных протезах являются :

1. альвеолярные отростки
2. резцовые сосочки
3. поперечные складки твёрдого нёба верхней челюсти
4. нижнечелюстные бугорки

**Вопрос №10** По способу передачи жевательного давления съёмные пластиночные протезы относятся к:

1. нефизиологическим
2. физиологическим
3. полуфизиологическим
4. комбинированным

**Вопрос №11** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при полном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, использующиеся для изготовления базисов протезов, гарнитурные зубы
2. металлокерамические коронки, анкерные штифты, металлические вкладки
3. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки, провизорные коронки



- опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки, окклюзионные накладки

**Вопрос №12** При наличии сильных болей перед коррекцией съёмного пластиночного протеза пациенту рекомендуется:

- снять протез и надеть его за 3-4 часа до посещения врача
- не снимать протез до посещения врача
- снять протез и пойти на посещение к врачу
- не пользоваться протезом 3-5 дней

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 4

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 55 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях.

#### 1.3. Анамнез заболевания

- К врачу-стоматологу обращалась более 5 лет назад.
- Зубы лечились и удалялись в течение жизни по поводу кариеса и его осложнений

#### 1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: со слов пациента, не отягощён.
- Сахарный диабет 2 типа.

#### 1.5. Объективный статус

Данные внешнего осмотра: конфигурация лица не изменена.

**Зубная формула:**

0	0	0	0	0	П	П	П	П	П	П	0	0	0	0	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	0	0									0	0	0	0

**Прикус:** соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

**Слизистая оболочка рта:** бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

**Локальный статус.**

На верхней челюсти: отсутствуют 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 зубы.

1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы – имеются композитные реставрации, удовлетворяющие клиническим требованиям.

На нижней челюсти: отсутствуют 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 зубы.

3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубы – имеются фасетки стирания в пределах эмали.

Расстояние между состоянием относительного физиологического и привычной окклюзией – 3 мм (анатоμο-физиологический метод).

**Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза дополнительным аппаратным методом обследования является:

- ортопантомография
- реопародонтография
- полярография
- периотестметрия

### 3. Результат дополнительного метода обследования

### **3.1. Ортопантомография**

Периапикальных изменений у оставшихся зубов нет.

### **3.2. Реопародонтография**

Реопародонтография – метод исследования функции кровообращения, основанный на регистрации изменений сопротивления живых тканей проходящему через них электрическому току высокой частоты. Исследование не имеет диагностического значения в данной ситуации.

### **3.3. Полярография**

Полярография – метод исследования для определения состояния окислительно-восстановительных процессов и выраженности гипоксии в пародонте. Исследование не имеет диагностического значения в данной ситуации.

### **3.4. Периотестметрия**

Периотестметрия – это метод опосредованной оценки состояния опорных тканей зуба, т.е. функциональных возможностей пародонта. Исследование не имеет диагностического значения в данной ситуации.

**Вопрос №2** Предполагаемым основным клиническим диагнозом является :

1. Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. Повышенное стирание зубов
3. Хронический пародонтит
4. Аномалии соотношений зубных дуг

### **5. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №3** В соответствии с классификацией дефектов зубных рядов по Кеннеди дефекты зубных рядов у пациента относят к классу:

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

**Вопрос №4** При изготовлении съёмного пластиночного протеза используют кламмера:

1. гнутые
2. Аккера
3. Бонвиля
4. Роуча

**Вопрос №5** Основной задачей ортопедического лечения при частичной вторичной адентии является восстановление целостности зубных рядов и:

1. восстановление жевательной функции
2. улучшение эстетики оставшихся зубов
3. устранение патологического стирания зубов
4. улучшение эстетики лица

**Вопрос №6** Анатомический оттиск для изготовления съёмных пластиночных протезов получают с использованием:

1. альгинатной массы
2. А-силиконовой массы
3. С-силиконовой массы
4. гипса

**Вопрос №7** В качестве альтернативного метода лечения пациенту можно предложить изготовление пластиночных протезов :

1. бюгельных
2. шинирующих бюгельных
3. штампованно-паяных мостовидных
4. металлокерамических мостовидных

**Вопрос №8** Передача жевательного давления на опорные зубы в бюгельном протезе происходит за счёт:

1. окклюзионной накладки
2. плеча кламмера
3. тела кламмера
4. отростка кламмера

**Вопрос №9** Клиническим этапом после определения центрального соотношения челюстей для изготовления частичных съёмных протезов является:

1. проверка восковой конструкции протеза в полости рта
2. анатомический оттиск
3. полировка протеза
4. изготовление модели из супергипса

**Вопрос №10** После этапа припасовки и сдачи съёмного протеза первая коррекция проводится:

1. на следующий день
2. через 3 дня
3. через неделю
4. через месяц

**Вопрос №11** По способу передачи жевательного давления на подлежащие ткани съёмные пластиночные протезы относят к:

1. нефизиологическим
2. физиологическим
3. полуфизиологическим
4. комбинированным

**Вопрос №12** Профилактический осмотр пациентов проводят через \_\_\_\_\_ после припасовки протеза:

1. 6 месяцев
2. 6 дней
3. 2 месяца
4. 2 года

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 5

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Н. 26 лет для дальнейшего ортопедического лечения после установки дентального имплантата.

#### 1.2. Жалобы

на

- отсутствие 4.5 зуба;
- нарушение функции жевания.

#### 1.3. Анамнез заболевания

4.5 зуб был удалён несколько лет назад в связи с осложнением кариеса, 4 месяца назад в области 4.5 зуба был установлен дентальный имплантат.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергические реакции отрицает, практически здоров.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр.** Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

**Зубная формула:**

	П	П	О	И							И		П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

О		П	О							П	П	П		С
---	--	---	---	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	---

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

**Прикус:** ортогнатический.

**Вопрос №1** Для выбора тактики лечения необходимо применить дополнительные методы обследования:

1. внутриротовую контактную рентгенографию
2. ортопантомографию
3. электромиографию
4. телерентгенографию
5. аксиографию
6. реопародонтографию

### 3. Результаты клинических методов обследования

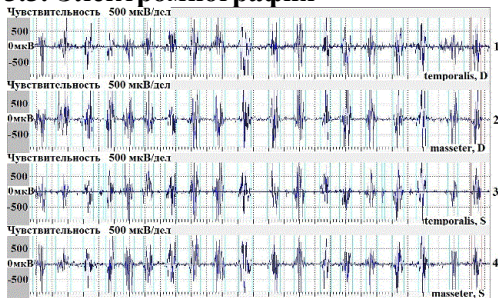
#### 3.1. Внутриротовая контактная рентгенография



#### 3.2. Ортопантомография



#### 3.3. Электромиография



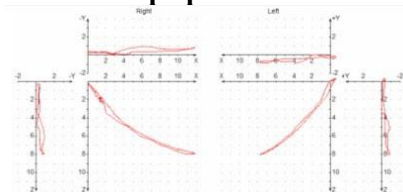
Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 3.4. Телерентгенография



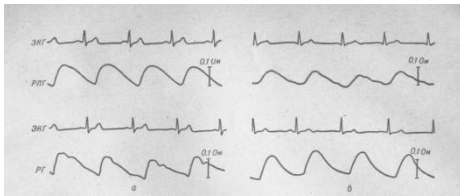
Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 3.5. Аксиография



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 3.6. Реопародонтография



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

**Вопрос №2** Клиническим диагнозом по классификации МКБ-С является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита
2. задержка (персистентная) смены первичных (временных) зубов
3. другие уточнённые изменения зубов и их опорного аппарата
4. другие и неуточнённые аномалии размеров и формы зубов

### 5. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №3** Прочностная фиксация имплантатов в костной ткани на нижней челюсти после периода остеоинтеграции наступает через :

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

**Вопрос №4** Прочностная фиксация имплантатов в костной ткани на верхней челюсти после периода остеоинтеграции наступает через :

1. 5-6 месяцев
2. 8-9 месяцев
3. 7-8 месяцев
4. 2-3 месяца

**Вопрос №5** К противопоказанию проведения имплантации относят:

1. злокачественные опухоли
2. аденоидит
3. тонзиллит
4. гипертрофию миндалин

**Вопрос №6** В зависимости от способа фиксации на внутрикостные имплантаты выделяют протезы:

1. съёмные и несъёмные
2. вколоченные и вкрученные
3. вколоченные и балочные
4. задвижные и подвижные

**Вопрос №7** Коронка фиксируется на имплантат \_\_\_\_\_ способом:

1. винтовым
2. штекерным
3. пробковым
4. клееным

**Вопрос №8** Абатмент является в полости рта внутриворотовой:

1. опорой
2. заглушкой
3. фасеткой
4. мембраной

**Вопрос №9** Для получения цифровых 3D моделей при использовании в работе CAD/CAM технологии используют:

1. сканер
2. фотоаппарат
3. 3D-принтер
4. фрезер

**Вопрос №10** Каким физико-химическим показателем должен обладать оттисковый материал?:

1. гидрофильностью
2. преломлением

3. тугоплавкостью
4. теплопроводностью

**Вопрос №11** Одним из свойств оттискового материала является:

1. тиксотропность
2. разрыхляемость
3. бактериофобность
4. влаговпитываемость

**Вопрос №12** Экспозиция дезинфекции с-силиконовых оттисков составляет \_\_\_\_\_ минут в дезинфицирующем растворе:

1. 30
2. 10
3. 60
4. 90

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 6

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратился мужчина 54 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- эстетический дефект,
- затруднённое пережёвывание пищи.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы начал терять приблизительно 10 лет назад по причине разрушения зубов из-за кариеса. 7 лет назад изготовлены одиночные металлокерамические коронки на верхнюю и нижнюю челюсти и металлокерамический мостовидный протез на нижнюю челюсть, а также частичные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Пластиночный протез на верхней челюсти за прошедшие 2 года периодически подвергался починкам, последняя починка проводилась около 3 месяцев назад.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает учителем.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 65 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** состояние удовлетворительное. Осмотр полости рта.

**Зубная формула:**

П	О	О	К									К	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
П	П	О	П		К	К	О	О	К	К		К	К		О

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: бледно-розового цвета, влажная.

**Прикус:** ортогнатический.



**Локальный статус:** При осмотре полости рта – имеется металлокерамический мостовидный протез с опорой на 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 зубы и искусственные коронки на 1.5, 2.5, 3.5 и 3.6 зубах. В области опорной металлокерамической коронки на 3.2, 4.2 зубах и одиночной металлокерамической коронки на 3.6 зубе с вестибулярной стороны наблюдается рецессия десны около 1,0 мм. На частичном съёмном пластиночном протезе на верхней челюсти отмечаются следы многочисленных починок. На 1.8, 4.5, 4.7, 4.8 зубах – композитные пломбы. У 1.8, 1.5, 2.5, 2.4 зубов наблюдается патологическая подвижность зубов. Между центральными резцами верхней челюсти отмечается диастема.

**Вопрос №1** К необходимым дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относятся:

1. ортопантомография
2. определение степени патологической подвижности зубов
3. магнитно-резонансная томография
4. мастикациография
5. определение пародонтальных индексов

### **3. Результаты клинических методов обследования**

#### **3.1. Ортопантомография**



Степень резорбции костной ткани альвеол у 1.8, 1.5, 2.5, 3.2, 3.6, 4.2 зубов более  $\frac{1}{2}$  длины корней, каналы 3.2 и 4.2 зубов не запломбированы.

#### **3.2. Определение степени патологической подвижности зубов**

У 1.8, 1.5, 2.5, 2.4 зубов наблюдается патологическая подвижность зубов III степени по Д.А. Энтину.

#### **3.3. Магнитно-резонансная томография**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

#### **3.4. Мастикациография**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

#### **3.5. Определение пародонтальных индексов**

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза в данном клиническом случае, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

**Вопрос №2** Основным диагнозом в данной клинической ситуации является :

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита
2. хронический пародонтит локализованный
3. повышенное стирание зубов окклюзионное
4. синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

### **5. Диагноз**

Диагноз:

**Вопрос №3** На первом этапе лечения необходимо снять \_\_\_\_\_ коронку/коронки на \_\_\_\_\_ зубе/зубах :

1. мостовидный протез и искусственную; 3.6
2. искусственные; 1.5, 2.5
3. искусственные; 1.5, 2.5, 3.5
4. мостовидный протез и искусственную; 1.5

**Вопрос №4** На следующем этапе лечения необходимо удалить зубы :

1. 1.8, 1.5, 2.5, 2.4
2. 1.6, 1.7, 3.5, 3.6
3. 1.2, 1.3, 3.8, 4.7
4. 1.3, 1.4, 3.5, 4.8

**Вопрос №5** После удаления патологически подвижных зубов необходимо изготовить искусственные коронки на зубы :

1. 3.2, 3.3, 3.6, 4.2, 4.3
2. 1.3, 1.4, 3.5, 4.8, 4.7
3. 1.2, 1.3, 3.8, 4.7, 4.8
4. 1.6, 1.7, 3.5, 3.6, 3.7

**Вопрос №6** Перед препарированием зубов под искусственные коронки необходимо получить оттиски для изготовления \_\_\_\_\_ коронок на зубы :

1. временных пластмассовых; 3.2, 3.3, 3.6, 4.2, 4.3
2. металлокерамических; 1.3, 1.4, 3.5, 4.8, 4.7
3. постоянных штампованных; 1.2, 1.3, 3.8, 4.7, 4.8
4. постоянных пластмассовых; 1.6, 1.7, 3.5, 3.6, 3.7

**Вопрос №7** Рабочий оттиск под искусственную коронку получают \_\_\_\_\_ после препарирования зуба, получение рабочего оттиска в первое посещение возможно при :

1. на следующий день или через день; отсутствии травмы десны в пришеечной области
2. на следующей неделе или через неделю; препарировании депульпированного зуба
3. через 5 дней; препарировании зуба с живой пульпой
4. через 6 дней; препарировании зуба с культевой вкладкой

**Вопрос №8** Рабочий оттиск под искусственные металлокерамические коронки получают с помощью \_\_\_\_\_ оттисковой массы:

1. силиконовой
2. альгинатной
3. гидроколлоидной
4. термопластической

**Вопрос №9** После изготовления искусственных коронок необходимо изготовить \_\_\_\_\_ протезы на \_\_\_\_\_ челюсть/челюсти:

1. частичные съёмные пластиночные; верхнюю и нижнюю
2. мостовидные; нижнюю челюсть с опорой на 4.2, 4.3, и 3.2, 3.3 зубы и бюгельный протез на верхнюю
3. полные съёмные; верхнюю и нижнюю
4. мостовидные; нижнюю челюсть с опорой на 4.2, 4.3, и 3.2, 3.3 зубы и пластиночный протез на верхнюю

**Вопрос №10** При изготовлении съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти, при дефектах зубных рядов, получение оттиска (слепок) следует производить \_\_\_\_\_ оттисковыми (слепочными) массами:

1. альгинатными
2. гидроколлоидными
3. термопластическими
4. силиконовыми

**Вопрос №11** После припасовки и наложения частичных съёмных пластиночных протезов первая коррекция назначается на \_\_\_\_\_ день:

1. следующий
2. третий
3. пятый
4. шестой

**Вопрос №12** После припасовки и наложения частичного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть период адаптации может длиться до \_\_\_\_ месяцев:

1. 1,5



2. 12
3. 6,5
4. 9

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 7

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

Пациент Б. 65 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

#### 1.2. Жалобы

на

- затруднённое жевание,
- нарушение речи и эстетики вследствие отсутствия большого количества зубов.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы удалены в связи с осложнениями кариеса и заболеваниями пародонта.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

#### 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** Конфигурация лица не изменена.

**Осмотр полости рта.**

**Зубная формула:**

О	О	П		О	О	О	О	О	О	О				О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	П		О	О	О	О	О	О				О	О	О

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Атрофия альвеолярного отростка в области дефектов верхней и нижней челюстей значительная, неравномерная. Верхнечелюстные бугры выражены, свод нёба средней глубины. Щёчно-альвеолярные тяжи, уздечки прикрепляются у середины ската альвеолярного отростка. Слизистые бугорки на нижней челюсти податливы. Щёчно-альвеолярные тяжи, уздечки губы и языка прикрепляются на скате альвеолярного отростка. Высота прикуса фиксирована.

**Локальный статус:** 1.6, 4.6 зубы – пломба на жевательной поверхности.

**Вопрос №1** К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят:

1. внутривисочную контактную рентгенографию
2. ультразвуковое исследование
3. спектрометрию
4. мастикациографию

### 3. Результаты инструментального метода обследования

#### 3.1. Внутривисочная контактная рентгенография

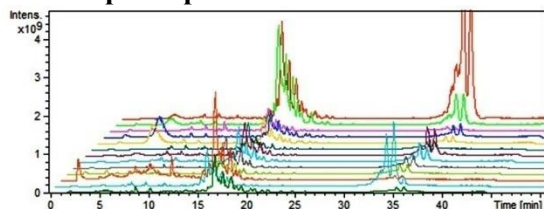
Рентгенологически: 1.6, 4.6 зубы патологических изменений в периапикальных тканях нет.

#### 3.2. Ультразвуковое исследование



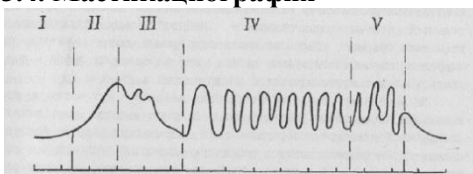
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностики в стоматологии.

### 3.3. Спектрометрия



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

### 3.4. Мasticациография



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

**Вопрос №2** Методом, позволяющим определить пропорциональную зависимость одних параметров лица от других, их пространственное взаимоположение либо отношение к определенным плоскостям и линиям, является:

1. кефалометрия
2. 3D-сканирование
3. фотографирование
4. моделирование

## 5. Результаты обследования

### 5.1. Кефалометрия

**20. ОСМОТР ЛИЦА. КЕФАЛОМЕТРИЯ**

**20.1. Лицо анфас:**  
 20.1.1. Ширина лица (су-зу) \_\_\_\_\_ мм)  
 20.1.2. Высота лица (а-ше \_\_\_\_\_ мм, н-ш \_\_\_\_\_ мм, н-ше \_\_\_\_\_ мм)  
 20.1.3. Лицо симметричное (☐да, ☐нет)  
 20.1.4. Подбородок смещен ☐справа, ☐влево, ☐нет  
 20.1.5. Выраженность надподбородочной складки: (☐да, ☐нет)  
 20.1.6. Губы сомкнуты (☐да, ☐нет)  
 20.1.7. Сипитом «десневой улыбки» (☐да, ☐нет)

**20.2. Лицо в профиль:**  
 20.2.1. Тип профиля:  
 ☐прямой (а), ☐выпуклый (б), ☐вогнутый (в)  
 20.2.2. Положение верхней губы:  
 ☐выступает, ☐западает, ☐правильное  
 20.2.3. Положение нижней губы:  
 ☐выступает, ☐западает, ☐правильное  
 20.2.4. Положение подбородка:  
 ☐прогнени, ☐ретрогнени, правильное.

**21. ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА**  
**21.1. Мягкие ткани полости рта:**  
 21.1.1. Удечка верхней губы: ☐короткая, ☐широкая, ☐прикреплена низко, ☐в норме.  
 21.1.2. Удечка нижней губы: ☐короткая, ☐широкая, ☐прикреплена высоко, ☐в норме.  
 21.1.3. Удечка языка: ☐короткая, ☐широкая, ☐в норме.  
 21.1.4. Язык: ☐макроглоссия, ☐микроголоссия, ☐в норме.  
 21.1.5. Преддверие полости рта: ☐мелкое, ☐в норме.  
 21.1.6. Слизистая оболочка: ☐гиперемирована, ☐отечна, ☐гипертрофирована, ☐афты, ☐язвы, ☐звезды, ☐в норме.

Все кефалометрические параметры лица соответствуют норме. Тип профиля выпуклый, верхняя и нижняя губа выступают, положение подбородка в ретрогении.

### 5.2. 3D- сканирование



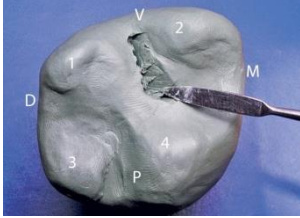
Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

### 5.3. Фотографирование



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

#### 5.4. Моделирование



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

**Вопрос №3** Диагнозом по МКБ-10 в данной клинической ситуации является :

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. аномалии соотношений зубных дуг неуточнённые на верхней и нижней челюстях
3. акромегалия и гипофизарный гигантизм верхней и нижней челюстей
4. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

#### 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Тактикой ортопедического лечения данного пациента является изготовление \_\_\_\_\_ протеза:

1. частично съёмного
2. полного съёмного
3. керамического
4. аромидного

**Вопрос №5** Негативное (обратное) изображение поверхности твёрдых и мягких тканей, расположенных на протезном ложе и его границах, является:

1. оттиском
2. маской
3. заготовкой
4. формой

**Вопрос №6** К противопоказанию получения слепков относят:

1. аллергию на слепочные материалы
2. наличие пломб на зубах
3. наличие коронок на зубах
4. использование съёмных протезов

**Вопрос №7** Профилактика дефектов зубного ряда заключается в своевременном:

1. лечении кариеса и его осложнений
2. удалении причинных зубов
3. В: удалении молочных зубов
4. лечении каппами

**Вопрос №8** Признаками успешного протезирования являются \_\_\_\_\_ протеза:

1. фиксация и стабилизация
2. адгезия и движение
3. балансирование и сбрасывание
4. опора и движение

**Вопрос №9** Для получения рабочих оттисков применяют слепочные массы:

1. А-силиконовые
2. каучуковые
3. гелевые
4. адгезивные

**Вопрос №10** Рабочий оттиск получают с помощью:

1. стандартной ложки
2. прикусной ложки
3. прикусного шаблона
4. навигационного шаблона

**Вопрос №11** Базис съёмного протеза изготавливают из:

1. акриловой пластмассы
2. керамической массы
3. силикатной массы
4. каучуковой массы

**Вопрос №12** Максимально допустимая доза лидокаина в клинической практике составляет не более \_\_\_\_\_ мг на 1 кг массы тела:

1. 4,4
2. 5,8
3. 2,4
4. 3,8

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 8

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

Пациентка И. 44 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии.

#### 1.2. Жалобы

на

- нарушение эстетики;
- нарушение жевания из-за отсутствия жевательных зубов на верхней челюсти.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы были удалены в течение последних 10 лет по поводу осложнённого кариеса и заболеваний пародонта. Ранее пользовалась несъёмными ортопедическими конструкциями.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощён.

#### 1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена.

#### Осмотр полости рта.

##### Зубная формула:

О	О	О	О	О									О	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
О																О

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

#### Локальный статус.

1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 зубы – ранее не лечены, имеют веерообразное расхождение, тремы. Между центральными резцами верхней челюсти отмечается диастема.



**Вопрос №1** К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят:

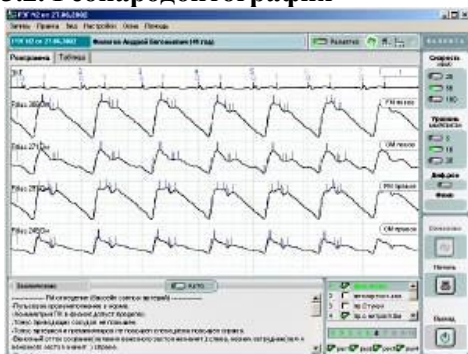
1. ортопантомографию
2. реопародонтографию
3. спектрометрию
4. мастикациографию

### 3. Результаты инструментальных методов обследования

#### 3.1. Ортопантомография

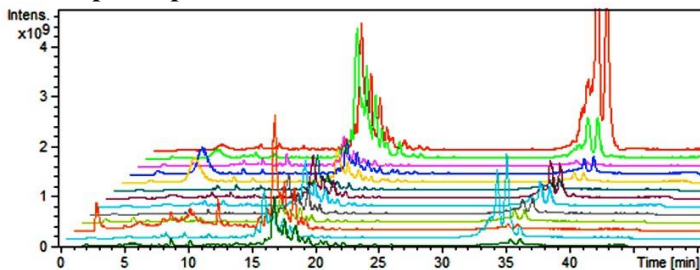
Отмечается смешанный тип резорбции костной ткани в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 зубов на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  длины корня зуба.

#### 3.2. Реопародонтография



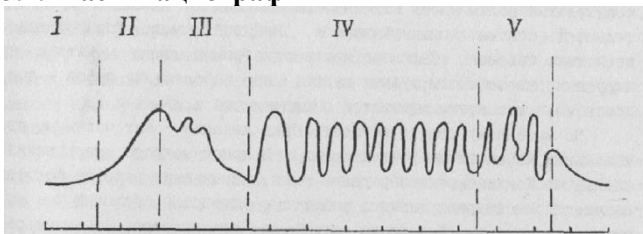
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике.

#### 3.3. Спектрометрия



Метод исследования вещества, основанный на определении отношения массы к заряду ионов, образующихся при ионизации представляющих интерес компонентов пробы. Для данной патологии диагностического значения не имеет.

#### 3.4. Мастикациография



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

**Вопрос №2** Для перевода физической формы реального объекта в цифровую форму (трёхмерную компьютерную модель) используют:

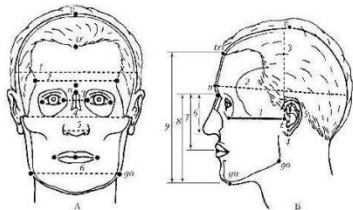
1. 3D-сканирование
2. кефалометрию
3. антропометрию
4. моделирование

## 5. Результаты

### 5.1. 3D-сканирование

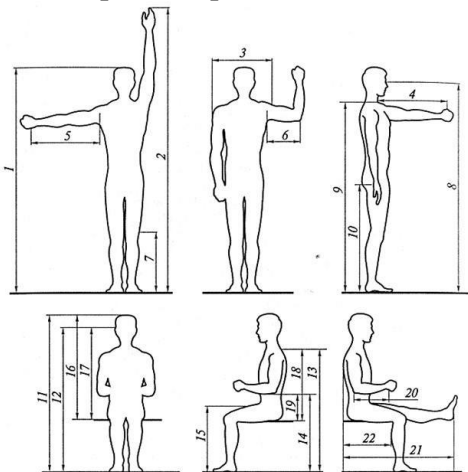
На 3D модели отмечается смешанный тип резорбции костной ткани в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 зубов на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  длины корня зуба. Отсутствие зубов 1.4-1.8, 2.5-2.8, 3.8, 4.8.

### 5.2. Кефалометрия



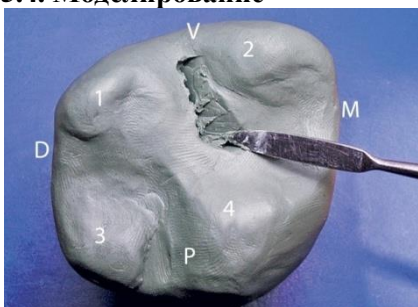
Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

### 5.3. Антропометрия



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии

### 5.4. Моделирование



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии

**Вопрос №3** По классификации Кеннеди диагнозом дефектов зубного ряда на верхней челюсти является класс :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

## 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Тактикой ортопедического лечения на верхней челюсти у данного пациента является замещение дефектов зубного ряда \_\_\_\_\_ протезом:

1. съёмным
2. мостовидным
3. керамическим

4. адгезивным

**Вопрос №5** Негативное (обратное) изображение поверхности твёрдых и мягких тканей, расположенных на протезном ложе и его границах, является:

1. оттиском
2. маской
3. заготовкой
4. формой

**Вопрос №6** К противопоказанию получения слепков относят :

1. аллергию на слепочные материалы
2. наличие пломб на зубах
3. наличие коронок на зубах
4. использование съёмных протезов

**Вопрос №7** Профилактика дефектов зубного ряда заключается в своевременном:

1. лечении кариеса и его осложнений
2. удалении постоянных зубов
3. удалении молочных зубов
4. лечении ортодонтическими каппами

**Вопрос №8** Протез с одним опорным зубом называют :

1. консольным
2. проводниковым
3. мериленд
4. временным

**Вопрос №9** Смыкание зубных рядов при максимальном числе контактов зубов-антагонистов называют окклюзией:

1. центральной
2. патологической
3. боковой
4. концевой

**Вопрос №10** Каркас съёмного бюгельного протеза изготавливают из:

1. металла
2. пластмассы
3. композита
4. керамики

**Вопрос №11** Основными элементами бюгельного протеза являются: дуга, опорные элементы и \_\_\_\_\_ часть:

1. седловидная
2. коронковая
3. гнутая
4. фасеточная

**Вопрос №12** Окклюзионная накладка опорно-удерживающего кламмера должна быть толщиной \_\_\_\_\_ мм:

1. 1,5-2,0
2. 0,5-1,0
3. 0,7-1,3
4. 0,3-0,7

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## Тема 9

### Ситуационная задача 1

#### 1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 53 лет.

#### 1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику,

- нарушение пережевывания пищи.

### 1.3. Анамнез заболевания

Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.

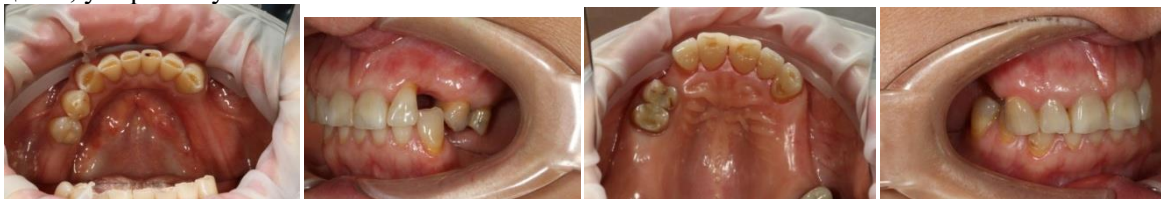
### 1.4. Анамнез жизни

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.
- Аллергологический анамнез неотягощен.
- Вредные привычки – курение.
- Профессиональные вредности отсутствуют.

### 1.5. Объективный статус

#### Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



#### Зубная формула:

О	П/С	О	О	О			П	П	П	О	П/С	П/С	О	О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
О	О	О									О	О	О	О	О

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В полости рта аномалия положения зубов – зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 3.3, 4.5 - II степени. Зубоальвеолярное удлинение I формы по Пономаревой в области зубов 2.4, 2.5. Патологическая стираемость в области фронтальной группы зубов II степени. Зубы 1.7, 1.1, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5 – пломбы. Зуб 1.7, 2.5, 2.4 – кариес дентина. Отмечаются над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### 3. Результаты дополнительного метода обследования

#### 3.1. Рентгенография

Атрофия костной ткани в области всех зубов не более 1/3 длины корней зубов.

#### 3.2. Гнатодинамометрия

Данный метод при отсутствии полноценных антагонизирующих пар зубов провести невозможно. Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

#### 3.3. Определение цвета зубов

Цвет и форму зубов при ортопедическом лечении проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица). Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

#### 3.4. Электроодонтометрия

Реакция 6–12 мкА соответствует физиологическому состоянию пульпы. Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.



**Вопрос №2** Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем \_\_\_\_\_ мм:

1. 2-4
2. 0
3. 6-8
4. 8-10

## **5. Результаты метода обследования**

### **5.1. 2-4**

У данного пациента разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет 3 мм.

### **5.2. 0**

«Удивлённое» выражение лица, увеличение нижней трети лица, напряжённость лицевых мышц, губы напряжены, сглажены носогубные и подбородочная складки, стук зубов при фонетической пробе, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя менее 2-4 мм.

### **5.3. 6-8**

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

### **5.4. 8-10**

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

**Вопрос №3** Какой предполагаемый основной диагноз?:

1. Частичное вторичное отсутствие зубов II класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти и I класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 1.7, 2.4, 2.5

Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения зубов нижней челюсти и верхней челюсти

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 3.3, 4.5 - II степени.

Зубоальвеолярное удлинение I формы по Пономаревой в области зубов 2.4, 2.5

2. Частичное вторичное отсутствие зубов I класс по Кеннеди на верхней челюсти и I класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 1.7

Хронический периодонтит зуба 1.7

Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения зубов нижней челюсти

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 3.3, 4.5 - II степени.

Зубоальвеолярное удлинение I формы по Пономаревой в области зубов 2.4, 2.5

3. Частичное вторичное отсутствие зубов II класс по Кеннеди на верхней челюсти и II класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 1.7

Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения зубов

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 3.3, 4.5 - II степени.

Зубоальвеолярное удлинение I формы по Пономаревой в области зубов 2.4, 2.5

4. Частичное вторичное отсутствие зубов I класс по Кеннеди на верхней челюсти и III класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 1.7 Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения зубов нижней челюсти

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 3.3, 4.5 - II степени.

Зубоальвеолярное удлинение I формы по Пономаревой в области зубов 2.4, 2.5.

#### 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Число степеней подвижности зубов по Д. А. Энтину равно:

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

**Вопрос №5** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в изготовлении:

1. \* штифтово-культевых вкладок на зубы – 2.4, 2.5
  - несъемного металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы 2.5, 2.4, 2.2, 2.1, 1.1, 1.2, 1.3
  - металлокерамических коронок на зубы – 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти - бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации
  - в области отсутствующих зубов на нижней челюсти - бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации
2. \* штифтово-культевых вкладок на зубы – 2.4, 2.5
  - несъемного металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы 2.5, 2.4, 2.2, 2.1, 1.1, 1.2, 1.3
  - металлокерамических коронок на зубы – 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
  - в области отсутствующих зубов на верхней и нижней челюсти - съемных пластиночных протезов
3. \* штифтово-культевых вкладок на зубы – 2.4, 2.5
  - несъемного металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы 2.5, 2.4, 2.2, 2.1, 1.1, 1.2, 1.3
  - металлокерамических коронок на зубы – 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти - бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации
  - в области отсутствующих зубов на нижней челюсти - съемного пластиночного протеза
4. \* штифтово-культевых вкладок на зубы – 2.4, 2.5
  - несъемного металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы 2.5, 2.4, 2.2, 2.1, 1.1, 1.2, 1.3
  - металлокерамических коронок на зубы – 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти - съемного пластиночного протеза
  - в области отсутствующих зубов на нижней челюсти - бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации

**Вопрос №6** Исследование зубодесневых карманов проводят с помощью:

1. градуированного зонда
2. зеркала
3. оттискной массы
4. пинцета

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при частичном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, используемые для изготовления базисов протезов, гарнитурные зубы, кламмера
2. металлокерамические коронки с гирляндой, временные пластмассовые коронки
3. удерживающие кламмера, цельнолитые коронки, провизорные коронки
4. опорно-удерживающие кламмера, комбинированные коронки, окклюзионные накладки

**Вопрос №8** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №9** Первая коррекция съемного протеза проводится :

1. на следующий день после сдачи протеза
2. через 2-3 дня
3. не ранее чем через неделю
4. через 1 месяц

**Вопрос №10** Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в \_\_ месяцев:

1. 6
2. 9
3. 12
4. 15

**Вопрос №11** Недостатки тангенциального (без уступа) препарирования :

1. \* отсутствие четкой границы препарирования,
  - риск избыточного сошлифовывания твердых тканей,
  - большой риск травмы десневого края
2. \* относительная сложность выполнения проблемы с ретенцией протеза при короткой клинической коронке,
  - риск развития осложнений (рецессия десны) при избыточно выпуклой облицовке в зоне десневого края
3. \* большая потеря твердых тканей,
  - опасность повреждения пульпы,
  - большая по размеру цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании
4. \* сложность выполнения,
  - потеря твердых тканей

**Вопрос №12** Правила пользования съемными зубными протезами в себя включают:

- 1.\* необходимость гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение во влажной среде;
  - во избежание поломки протеза не рекомендуется употреблять жесткую пищу и не допускается их падение на жесткую поверхность
2. \* отсутствие гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение в сухом контейнере;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
3. \* инструкцию по самопочинке протеза;
  - необходимость периодического (раз неделю) гигиенического ухода;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
4. \* отсутствие гигиенического ухода;
  - инструкцию по самопочинке протеза;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## **Ситуационная задача 2**

### **1.1. Ситуация**

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 56 лет.

### **1.2. Жалобы**

на

- неудовлетворительную эстетику,
- нарушение пережевывания пищи.

### **1.3. Анамнез заболевания**

- Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате кариеса и его осложнений.
- Ранее ортопедическое лечение не проводилось.

### **1.4. Анамнез жизни**

- ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатит В и С отрицает.

- Аллергологический анамнез неотягощен.
- Вредные привычки – отсутствуют.
- Профессиональные вредности отсутствуют.
- Гипертоническая болезнь.

### 1.5. Объективный статус

#### Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Выражены носогубные и подбородочная складки, углы рта опущены. Открывание рта свободное, в полном объеме, симметричное. Кайма губ ярко-красного цвета, умеренно увлажнена.



#### Зубная формула:

О						О	О		С		П	С		О	О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
П	О	О		С							С	О	О	О	О

Наблюдается незначительная гиперемия и отечность маргинальной десны. Глубина пародонтальных карманов в области зубов 1.6, 2.6, 1.7 – 5.5 мм., подвижность II степени.

Аномалия положения зубов – отмечается скученность во фронтальной группе зубов на нижней челюсти.

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 1.6, 2.6, 1.7 -II степени. Горизонтальная деформация в области зубов 3.4, 4.5.

Повышенное стирание в области зубов 1.5, 1.4, 1.3, 3.1, 3.2, 4.2 - I степени, в области зубов 2.3, 2.2, 2.1, 3.3, 3.4, 4.1, 4.3 – II степени.

Зубы 2.4, 4.8 – пломбы. Зубы 2.5, 2.2, 4.4, 3.4 – кариес дентина. Отмечаются над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения.

**Вопрос №1** К дополнительным аппаратным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. рентгенографию
2. гнатодинамометрию
3. определение цвета зубов
4. электроодонтометрию

### 3. Результаты дополнительного метода обследования

#### 3.1. Рентгенография

По данным рентгенографии:

- атрофия костной ткани в области зубов 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.2, 3.1, 4.1, 4.5, 4.8 - на ¼ длины корня зуба;
- атрофия костной ткани в области зубов 1.6, 2.6, 1.7 – на ¾ длины корня зуба;
- зуб 2.4, – депульпирован, пломбирочный материал в корневых каналах прослеживается на всем протяжении каналов.

#### 3.2. Гнатодинамометрия

Данный метод при отсутствии полноценных антагонизирующих пар зубов провести невозможно.

Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

#### 3.3. Определение цвета зубов

Цвет и форму зубов при ортопедическом лечении проводят на этапах изготовления протезов, а не при постановке диагноза. Выбор цвета, размера и формы зубов проводят в соответствии с

индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица). Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

### **3.4. Электроодонтометрия**

Реакция 6 –12 мкА соответствует физиологическому состоянию пульпы. Данное исследование не информативно при постановке диагноза у данного пациента.

**Вопрос №2** Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем (в мм):

1. 2-4
2. 0
3. 6-8
4. 8-10

## **5. Результаты метода обследования**

### **5.1. 2-4**

У данного пациента разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет 3 мм.

### **5.2. 0**

«Удивлённое» выражение лица, увеличение нижней трети лица, напряжённость лицевых мышц, губы напряжены, сглажены носогубные и подбородочная складки, стук зубов при фонетической пробе, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя менее 2-4 мм.

### **5.3. 6-8**

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

### **5.4. 8-10**

«Старческое» выражение лица, опущены углы рта и крылья носа, выражены носогубные и подбородочная складки, ощущение недостатка места для языка, разница между высотой окклюзии и высотой физиологического покоя более 2-4 мм.

**Вопрос №3** Какой предполагаемый основной диагноз?:

1. Частичное вторичное отсутствие зубов II класс I подкласс по Кеннеди на верхней и нижней челюсти

Повышенное стирание зубов I –II степени

Кариес дентина зуба 2.5, 2.2, 3.4,4.4

Над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения

Хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения фронтальной группы зубов нижней челюсти

Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 1.6, 2.6, 1.7 -II степени

Горизонтальная деформация зубов 3.4, 4.5

2. Частичное вторичное отсутствие зубов III класс по Кеннеди на верхней челюсти и I класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 1.6

Над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения

Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения фронтальной группы зубов верхней челюсти

Зубоальвеолярная деформация I формы (по Пономаревой) в области зуба 1.6, в области зубов 2.6, 2.7 -II степени.

3. Частичное вторичное отсутствие зубов II класс по Кеннеди на верхней челюсти и III класс по Кеннеди на нижней челюсти

Патологическая стираемость зубов II степени

Кариес дентина зуба 2.7

Над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения

Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

Рецессия десны

Аномалия положения фронтальной группы зубов верхней челюсти  
Зубоальвеолярная деформация II формы (по Пономаревой) в области зубов 1.6 -II степени  
4. Частичное вторичное отсутствие зубов I класс по Кеннеди на верхней челюсти и III класс по Кеннеди на нижней челюсти  
Патологическая стираемость зубов II степени  
Кариес дентина зуба 1.8  
Над- и поддесневые мягкие и твердые зубные отложения  
Хронический периодонтит зуба 3.7  
Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести  
Рецессия десны  
Аномалия положения фронтальной группы зубов нижней челюсти  
Зубоальвеолярная деформация I формы (по Пономаревой) в области зуба 1.3 - I степени

## 7. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Число степеней подвижности зубов по Д. А. Энтину равно:

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

**Вопрос №5** План ортопедического лечения (без учёта имплантации) заключается в:

1. \* удалении зубов 1.6, 2.6, 1.7;
  - изготовлении металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы: 1.5, 1.4, 1.3, 2.2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5;
  - изготовлении объединенных металлокерамических коронок на 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3., 4.4, 4.5;
  - в области отсутствующих зубов на верхней и нижней челюсти изготовлении бюгельных протезов с кламмерной системой фиксации
2. \* изготовлении металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы: 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 2.2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6;
  - изготовлении объединенных металлокерамических коронок на 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3., 4.4, 4.5;
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти изготовлении бюгельный протез с кламмерной системой фиксации
3. \* удалении зубов 1.6, 2.6, 2.7;
  - изготовлении металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы: 1.5, 1.4, 1.3, 2.2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5;
  - изготовлении объединенных металлокерамических коронок на 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3., 4.4, 4.5;
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти изготовлении частичного съёмного пластиночного протеза;
  - в области отсутствующих зубов на нижней челюсти изготовлении бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации
4. \* удалении зубов 1.6, 2.6, 1.7;
  - изготовлении металлокерамического мостовидного протеза с опорами на зубы: 1.5, 1.4, 1.3, 2.2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5;
  - в области отсутствующих зубов на верхней челюсти изготовлении бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации;
  - на нижней челюсти изготовлении шинирующего бюгельного протеза

**Вопрос №6** Исследование зубодесневых карманов проводят с помощью:

1. градуированного зонда
2. зеркала
3. пакера
4. пинцета

**Вопрос №7** Конструкционными стоматологическими материалами, используемыми для изготовления съёмных протезов при частичном отсутствии зубов, являются:

1. акриловые пластмассы, используемые для изготовления базисов протезов, гарнитурные зубы, сплавы металлов для изготовления бюгельных протезов, кламмерная проволока

2. сплавы металлов для изготовления цельнолитых коронок, акриловые пластмассы для изготовления временных коронок, бескадмиевые припой
3. кламмерная проволока, сплавы металлов для изготовления бюгельных протезов, сплавы металлов для изготовления цельнолитых коронок
4. композиты для облицовки цельнолитых коронок, акриловые пластмассы, кламмерная проволока, сплавы металлов для изготовления цельнолитых коронок

**Вопрос №8** Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

**Вопрос №9** Первая коррекция съемного протеза проводится :

1. на следующий день после сдачи протеза
2. через 2-3 дня
3. не ранее чем через неделю
4. через 1 месяц

**Вопрос №10** Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить один раз в \_\_ месяцев:

1. 6
2. 9
3. 12
4. 15

**Вопрос №11** Недостатки тангенциального (без уступа) препарирования :

1. \* отсутствие четкой границы препарирования,
  - риск избыточного сошлифовывания твердых тканей,
  - больший риск травмы десневого края
2. \* относительная сложность выполнения проблемы с ретенцией протеза при короткой клинической коронке,
  - риск развития осложнений (рецессия десны) при избыточно выпуклой облицовке в зоне десневого края
3. \* большая потеря твердых тканей,
  - опасность повреждения пульпы,
  - большая по размеру цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании
4. \* сложность выполнения,
  - потеря твердых тканей

**Вопрос №12** Правила пользования съемными зубными протезами в себя включают:

1. \* необходимость гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение во влажной среде;
  - во избежание поломки протеза не рекомендуется употреблять жесткую пищу и не допускается их падение на жесткую поверхность
2. \* отсутствие гигиенического ухода;
  - в ночное время (при отсутствии их использования) хранение в сухом контейнере;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
3. \* инструкцию по самопочинке протеза;
  - необходимость периодического (раз неделю) гигиенического ухода;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции
4. \* отсутствие гигиенического ухода;
  - инструкцию по самопочинке протеза;
  - прием твердой и жесткой пищи для быстрой адаптации к конструкции

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Ситуационная задача 3**

**1.1. Ситуация**

Пациентка Т. 56 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии.

## 1.2. Жалобы

на

- эстетический дефект,
- подвижность мостовидных протезов на нижней челюсти,
- нарушение пережёвывания пищи.

## 1.3. Анамнез заболевания

Пациентка ранее (16 лет назад) протезировалась металлокерамическими несъёмными конструкциями и съёмным бюгельным протезом на верхнюю челюсть. В течение длительного времени пользовалась протезами нормально, адаптация произошла в короткие сроки и жалоб не предъявляла. В настоящее время пациентка категорически отказывается от протезирования съёмными конструкциями.

## 1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

## 1.5. Объективный статус

**Внешний осмотр:** конфигурация лица не изменена.

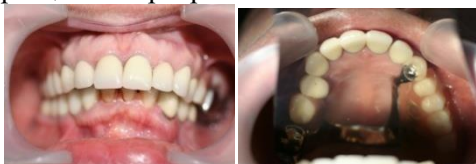
**Осмотр полости рта.**

**Зубная формула:**

О	О	О	О	О	К	К	К	К	К	К	К	О	О	К	К
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	R	K	K	K	K	K				K	K	K	O	O	O

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

**Локальный статус:** мостовидные металлокерамические протезы на нижней челюсти, на верхней челюсти металлокерамические и цельнолитые коронки – бюгельный протез, в области 4.1, 3.1, 3.2 зубов тремы и диастема, наклон коронок – вестибулярно. Выраженный зубной налёт, глубокое резцовое перекрытие.



**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся:

1. ортопантомографию
2. внутриротовую контактную рентгенографию
3. аксиографию
4. спектрометрию
5. мастикациографию

## 3. Результаты инструментальных методов обследования

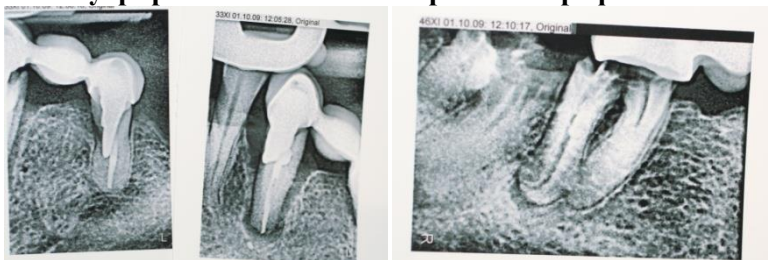
### 3.1. Ортопантомография





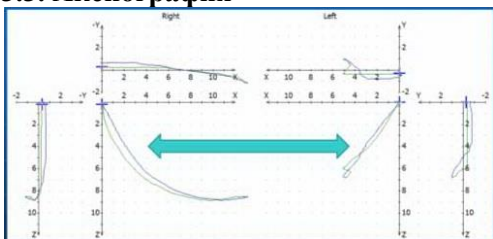
Мостовидные металлокерамические протезы на нижней челюсти с опорой на 3.3-3.5, 4.2-4.4-4.6 зубы, на верхней челюсти металлокерамические и цельнолитые коронки.

### 3.2. Внутривисцеральная контактная рентгенография



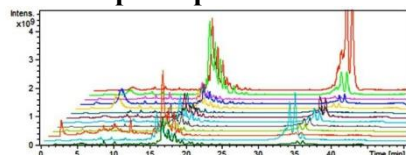
4.7, 4.6, 3.3, 3.5 зубы разрушены, широкая периодонтальная щель, изменение в области апекса зубов.

### 3.3. Аксиография



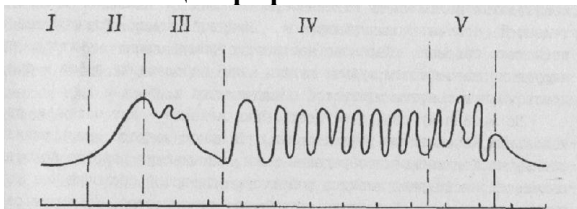
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике, не является обязательным для постановки диагноза.

### 3.4. Спектрометрия



Метод исследования вещества основан на определении отношения массы к заряду ионов, образующихся при ионизации представляющих интерес компонентов пробы. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

### 3.5. Мاستикациография



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

**Вопрос №2** Согласно классификации по Гаврилову дефекты зубных рядов в данной клинической ситуации:

1. комбинированные
2. включённые
3. концевые
4. фронтальные

**Вопрос №3** Клиническим диагнозом по классификации МКБ-10 является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. аномалии размеров и формы зубов
3. другие уточнённые изменения зубов и их опорного аппарата
4. наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках

### 6. Диагноз

Диагноз:

**Вопрос №4** Тактика лечения по отношению к 4.7, 4.6, 3.3, 3.5 зубам в данной клинической ситуации заключается в :

1. удалении зубов
2. поставке пломб

3. удалении налёта
4. фторировании

**Вопрос №5** Прочностная фиксация имплантатов в костной ткани на нижней челюсти после периода остеоинтеграции наступает через (в месяцах):

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

**Вопрос №6** Прочностная фиксация имплантатов в костной ткани на верхней челюсти после периода остеоинтеграции наступает через (в месяцах):

1. 5-6
2. 3-4
3. 7-8
4. 2-3

**Вопрос №7** К противопоказанию для проведения имплантации относят:

1. злокачественные опухоли
2. аденоидит
3. тонзиллит
4. гипертрофию миндалин

**Вопрос №8** В зависимости от способа фиксации на внутрикостные имплантаты выделяют протезы:

1. съёмные и несъёмные
2. вколоченные и кнопочные
3. балансированные и вкрученные
4. задвижные и подвижные

**Вопрос №9** Коронка фиксируется на имплантат \_\_\_\_\_ способом:

1. винтовым
2. штекерным
3. пробковым
4. клееным

**Вопрос №10** Абатмент в полости рта является внутриротовой:

1. опорой
2. заглушкой
3. фасеткой
4. мембраной

**Вопрос №11** Для получения цифровых 3D моделей при работе с CAD/CAM технологией используют:

1. сканер
2. фотоаппарат
3. принтер
4. лазер

**Вопрос №12** Этап формирования десны после установления формирователя занимает в среднем (в днях):

1. 14
2. 7
3. 21
4. 28

**Эталон ответов:**

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

## 2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) ГАЗОВАЯ ПОРИСТОСТЬ БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ
  1. быстрого нагрева кюветы
  2. недостаточного сжатия пластмассы

3. быстрого охлаждения кюветы
4. нарушения пропорций полимера и мономера
- 2) ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. диагональное
  2. сагиттальное
  3. поперечное
  4. вестибуло-оральное
- 3) ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. поперечное
  2. диагональное
  3. сагиттальное
  4. вестибуло-оральное
- 4) ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (ЧАС)
  1. 24
  2. 12
  3. 48
  4. 72
- 5) ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЁННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ)
  1. от 1 до 16
  2. от 3 до 5
  3. от 5 до 10
  4. от 6 до 14
- 6) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ И ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ
  1. проверки конструкции съёмного протеза
  2. припасовки индивидуальной ложки
  3. определения центрального соотношения челюстей
  4. определения центральной окклюзии
- 7) ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СНИМАЮТ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ
  1. нижней с протезом
  2. нижней без протеза
  3. верхней без протеза
  4. верхней с протезом
- 8) ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ
  1. линии эстетического центра лица
  2. носо-губных складок
  3. филтрума верхней губы
  4. крыльев носа
- 9) ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ
  1. до оперативного вмешательства
  2. через 3 дня после удаления зубов
  3. через 5-7 дней после удаления зубов
  4. через 2 недели после удаления зубов
- 10) ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

1. в первые 2-4 часа после удаления зуба
  2. в первые 24 часа после удаления зуба
  3. на 2-12 сутки
  4. через 1-2 месяца
- 11) НА ЭТАПЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ ЛАБОРАТОРИИ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ
1. гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками
  2. гипсовые модели, загипсованные в артикулятор
  3. металлический каркас консольного протеза
  4. консольный протез с облицовкой
- 12) КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЁМНОГО МОСТОВИДНОГО МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. керамическая масса
  2. воск
  3. слепочная масса
  4. гипс
- 13) К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСИТСЯ
1. большая протяженность дефекта зубного ряда
  2. прогенический прикус
  3. перекрёстный прикус
  4. прямой прикус
- 14) ОККЛЮДАТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. только вертикальные
  2. сагиттальные и боковые
  3. сагиттальные, боковые и вертикальные
  4. только сагиттальные
- 15) АРТИКУЛЯТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. сагиттальные, боковые и вертикальные
  2. только боковые движения
  3. только вертикальные
  4. сагиттальные и вертикальные
- 16) К ТВЁРДОКРИСТАЛЛИЗУЮЩИМСЯ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ
1. гипсы
  2. С-силиконы
  3. А-силиконы
  4. тиоколовые
- 17) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
1. постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу
  2. коррекция протеза
  3. получение оттисков
  4. проверка конструкции протеза
- 18) К КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
1. проверка конструкции протеза, коррекция протеза
  2. замена воска на пластмассу,
  3. постановка искусственных зубов
  4. шлифовка и полировка готового протеза
- 19) ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП
1. замены воска на пластмассу

2. постановки искусственных зубов
  3. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
  4. определения центральной окклюзии
- 20) ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП
1. постановки искусственных зубов
  2. замены воска на пластмассу
  3. отделки протеза
  4. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
- 21) ПОСЛЕ ЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП
1. проверки конструкции протеза
  2. коррекции протеза
  3. определения центральной окклюзии
  4. получения оттисков
- 22) ОТРОСТОК УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ
1. по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
  2. между экватором и окклюзионной поверхностью
  3. на вестибулярной поверхности зуба
  4. между экватором и десной
- 23) УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР СОСТОИТ ИЗ
1. плеча, тела, отростка
  2. отростка, окклюзионной накладки
  3. окклюзионной накладки, ответвления
  4. ответвления, тела, окклюзионной накладки
- 24) ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В КОНТАКТЕ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБОМ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. плечо
  2. тело
  3. отросток
  4. окклюзионная накладка
- 25) ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА, НАЗЫВАЕТСЯ
1. отросток
  2. плечо
  3. тело
  4. дуга
- 26) ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ УДЕРЖИВАЕТСЯ НА ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ
1. кламмеров
  2. пластмассовых зубов
  3. базиса
  4. фарфоровых зубов
- 27) ПРОТЕЗНЫМ ЛОЖЕМ ДЛЯ БАЗИСА ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА
1. альвеолярного отростка, твёрдого нёба, частично нёбная поверхность сохранившихся зубов
  2. альвеолярного отростка
  3. альвеолярного отростка и мягкого нёба
  4. альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба
- 28) НАРУЖНЫЙ КРАЙ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ

1. по переходной складке с вестибулярной стороны, обходя уздечку и тяжи, перекрывая альвеолярные бугры
  2. с нёбной стороны, перекрывая боковые зубы на  $\frac{2}{3}$
  3. с нёбной стороны, перекрывая передние зубы на  $\frac{1}{3}$
  4. по альвеолярным буграм верхней челюсти
- 29) ГРАНИЦЫ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕКРЫВАЮТ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗУБЫ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ НА
1.  $\frac{1}{3}$
  2.  $\frac{1}{2}$
  3.  $\frac{2}{3}$
  4.  $\frac{3}{4}$
- 30) ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ
1. перекрывая коронки зубов на  $\frac{2}{3}$
  2. не касаясь зубов
  3. по середине коронки зубов
  4. перекрывая коронки зубов на  $\frac{1}{3}$
- 31) ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ
1. химическим соединением с жёстким акриловым базисом протеза
  2. повышенной степенью твёрдости
  3. длительным сохранением эластичности
  4. незначительной степенью усадки
- 32) ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ
1. потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора
  2. длительным сохранением эластичности
  3. незначительной степенью усадки
  4. повышенной степенью твёрдости
- 33) ПРОМЫШЛЕННЫЙ ВЫПУСК АКРИЛОВЫХ ПОДКЛАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ
1. полимера, мономера
  2. пасты, катализатора и подслоя (праймера)
  3. основной и катализаторной масс
  4. пластин, армированных металлическими сетками
- 34) ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1. термопластические массы
  2. пластмассы
  3. керамические массы
  4. металлические сплавы благородных металлов
- 35) ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ НАЗЫВАЮТ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
1. пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели
  2. податливости слизистой оболочки
  3. подвижности слизистой оболочки
  4. болевой чувствительности
- 36) ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ПОЗДНЕМ (ОТСРОЧЕННОМ) ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ
1. через 4 и более недель после удаления зубов
  2. через 1-5 дней после удаления зубов
  3. до удаления зубов
  4. в день удаления зубов, сразу после операции

- 37) ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ
1. до удаления зубов
  2. через 1-5 дней после удаления зубов
  3. через 4 и более недель после удаления зубов
  4. в день удаления зубов
- 38) ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ
1. зрачковой
  2. носовой
  3. ушной
  4. зубной
- 39) ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА В БОКОВОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ
1. носо-ушной
  2. смыкания губ
  3. волосистой части головы
  4. нижних зубов
- 40) ЛИНИЯ УЛЫБКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО ВОСКОВОМУ ВАЛИКУ НА УРОВНЕ
1. красной каймы верхней губы при улыбке
  2. середины альвеолярного отростка верхней челюсти
  3. красной каймы нижней губы при улыбке
  4. по линии смыкания губ
- 41) ЛИНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СООТВЕТСТВУЕТ
1. линии между центральными резцами
  2. носо-ушной линии
  3. строго середине кончика носа
  4. уздечке верхней губы
- 42) ЛИНИЯ КЛЫКОВ НА ВОСКОВОМ БАЗИСЕ С ОККЛЮЗИОННЫМ ВАЛИКОМ ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ ПЕРПЕНДИКУЛЯРА, ОПУЩЕННОГО ОТ
1. наружного края крыла носа
  2. зрачка глаза
  3. наружного угла глаза
  4. внутреннего угла глаза
- 43) ОРИЕНТИРОМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИШЕЕЧНОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. линия улыбки
  2. перегородка носа
  3. уздечка верхней губы
  4. фильтр верхней губы
- 44) КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОДБОРА ФРОНТАЛЬНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ШИРИНЕ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. центральная линия и линия, проходящая через наружный край крыла носа
  2. углы рта
  3. уздечка верхней губы
  4. линия улыбки
- 45) БОЛЬШАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ
1. диагонально
  2. трансверзально

3. сагиттально
4. парасагиттально
- 46) КЛАММЕРНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ
  1. механической фиксации
  2. анатомической ретенции
  3. биологической фиксации
  4. биофизической фиксации
- 47) МЕХАНИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
  1. телескопическими коронками
  2. когезией
  3. анатомической ретенцией
  4. адгезией
- 48) К АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕТЕНЦИИ ОТНОСЯТ
  1. выраженность альвеолярных бугорков, свода нёба, высоту альвеолярного отростка
  2. когезию
  3. адгезию
  4. телескопическую фиксацию
- 49) ПО ФУНКЦИИ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА
  1. удерживающие, опорно-удерживающие
  2. круглые, полукруглые
  3. гнутые, литые
  4. зубо-десневые, надесневые, назубные
- 50) ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА ЗУБА КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА
  1. одноплечие, двухплечие
  2. гнутые, литые
  3. удерживающие, опорно-удерживающие
  4. круглые, полукруглые
- 51) ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА
  1. зубо-десневые, надесневые, назубные
  2. гнутые, литые
  3. круглые, полукруглые
  4. удерживающие, опорно-удерживающие
- 52) ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА
  1. гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные
  2. круглые, полукруглые
  3. назубные, надесневые, зубо-десневые
  4. удерживающие, опорно-удерживающие
- 53) ПО ПРОФИЛЮ СЕЧЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА
  1. круглые, полукруглые, ленточные
  2. гнутые, литые
  3. назубные, надесневые
  4. удерживающие, опорно-удерживающие
- 54) ДИАМЕТР УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (ММ)
  1. 0,8-1,2
  2. 0,1-0,5
  3. 1,4-1,9
  4. 2-2,5
- 55) ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА РАВНОМЕРНО КАСАЕТСЯ ЗУБА И РАСПОЛАГАЕТСЯ
  1. между экватором и пришеечной частью зуба
  2. на окклюзионной поверхности зуба
  3. между окклюзионной поверхностью зуба и экватором



4. на экваторе
- 56) ДИАГОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА
  1. на верхней челюсти
  2. на нижней челюсти
  3. на верхней и нижней челюстях
  4. при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)
- 57) ЛИНЕЙНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ
  1. 2
  2. 1
  3. 3
  4. 4
- 58) ИЗГОТОВЛЕНИЕ УДЕРЖИВАЮЩИХ КЛАММЕРОВ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
  1. моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов
  2. отливки гипсовых моделей
  3. замены воска на пластмассу
  4. шлифовки и полировки
- 59) ЗАМКОВОЕ КРЕПЛЕНИЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ
  1. механической фиксации
  2. анатомической ретенции
  3. биофизическая фиксация
  4. биомеханической фиксации
- 60) БАЛОЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ
  1. механической фиксации
  2. анатомической ретенции
  3. биофизической фиксации
  4. биомеханической фиксации
- 61) ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ
  1. повысить эстетику
  2. уменьшить рвотный рефлекс
  3. улучшить дикцию
  4. улучшить гигиену полости рта
- 62) ДЛЯ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ НА ОПОРНЫЙ ЗУБ ПРИ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СО СТОРОНЫ
  1. медиальной
  2. вестибулярной
  3. оральной
  4. дистальной
- 63) ПЛЕЧИ ЛИТОГО КЛАММЕРА АККЕРА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ
  1. удерживающую, опорную и стабилизирующую
  2. опорную
  3. направляющую
  4. удерживающую
- 64) ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
  1. моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов

2. отливки гипсовых моделей
  3. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
  4. отделки, шлифовки и полировки
- 65) ИЗОЛЯЦИЯ КОСТНЫХ ВЫСТУПОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ
1. изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
  2. изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
  3. отливки гипсовых моделей
  4. отделки, шлифовки и полировки
- 66) ПРИ ПОЧИНКЕ ПЕРЕЛОМА БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД ГИПСОВКИ В КЮВЕТУ
1. прямой
  2. обратный
  3. косвенный
  4. индивидуальный
- 67) ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВНУТРЕННЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. быстрое охлаждение кюветы
  2. недостаток мономера
  3. избыток мономера
  4. быстрый нагрев кюветы
- 68) ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ НУЖДАЕТСЯ В ПРИПАСОВКЕ В ПОЛОСТИ РТА ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ
1. поднутрений у естественных зубов и их наклона
  2. нарушения технологии
  3. врачебных ошибок
  4. некачественной полировки протеза
- 69) ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ НА БАЗИСЕ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБЛАСТИ ТРАВМИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. водный дентин
  2. копировальную бумагу
  3. спирт
  4. воск
- 70) ФАЗАМИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ
1. раздражение, частичное торможение, полное торможение
  2. ближайшая, быстрая, отделённая
  3. успокоение, привыкание, адаптация
  4. медленная, быстрая, очень быстрая
- 71) ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)
1. 1
  2. 2
  3. 3
  4. 4
- 72) ФАЗА ЧАСТИЧНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)
1. 2-4
  2. 7-10
  3. 10-20
  4. 20-30

- 73) ФАЗА ПОЛНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)
1. с 5 по 33
  2. со 2 по 15
  3. с 3 по 7
  4. с 4 по 21
- 74) КОРРЕКЦИЮ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВРАЧ ПРОВОДИТ С ПОМОЩЬЮ
1. фрез
  2. твёрдосплавных турбинных боров
  3. алмазных турбинных боров
  4. вулканитовых дисков
- 75) ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ЗУБА ПРИ ПОЧИНКЕ ПРОТЕЗА ПОЛУЧАЮТ ОТТИСК МАССОЙ
1. альгинатной
  2. термопластической
  3. гидроколлоидной
  4. цинкоксиэвгеноловой
- 76) ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ
1. нижней с протезом
  2. нижней без протеза
  3. верхней и нижней без протеза
  4. нижней без протеза, верхней с протезом
- 77) ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ
1. нижней с протезом и верхней
  2. нижней с протезом
  3. верхней и нижней без протеза
  4. нижней без протеза
- 78) БАЗАЛЬНАЯ ДУГА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КРИВУЮ, ПРОХОДЯЩУЮ ПО
1. проекции вершук корней зубов
  2. гребню альвеолярных отростков
  3. жевательной поверхности зубов
  4. режущему краю фронтальных зубов
- 79) ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ \_\_\_\_\_ СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА
1. у вершины
  2. у основания
  3. в нижней трети
  4. на середине
- 80) ПРИ НАЛИЧИИ ТРЁХ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ В КАЖДОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГРУППЕ (ПРИ ОТСУТСТВИИ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА) ОПРЕДЕЛЯЮТ
1. центральную окклюзию
  2. центральное соотношение челюстей
  3. межальвеолярное расстояние
  4. высоту нижнего отдела лица
- 81) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

1. измерить разницу между верхним и нижним отделом лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
  2. изготовить диагностические модели
  3. провести рентгенологическое исследование зубов
  4. провести реопарадонтотографию
- 82) В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ КОНТАКТ
1. щёчных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков
  2. резцов и щёчных бугров премоляров
  3. резцов
  4. дистальных бугров вторых моляров
- 83) УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТТА) В СРЕДНЕМ РАВЕН (В ГРАДУСАХ)
1. 17
  2. 26
  3. 33
  4. 60
- 84) УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН (В ГРАДУСАХ)
1. 100-110
  2. 17-33
  3. 40-60
  4. 80-90
- 85) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. дентальная рентгенография
  2. панорамная рентгенография
  3. ортопантомография
  4. телерентгенография
- 86) ОККЛЮЗИОГРАММА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
1. окклюзионных контактов
  2. окклюзионной высоты
  3. выносливости тканей пародонта
  4. степени подвижности зубов
- 87) КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ
1. 4
  2. 2
  3. 3
  4. 5
- 88) ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТЁРТОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
1. углубление носогубных складок, старческое выражение лица
  2. асимметрия лица
  3. «птичье» лицо
  4. гиперемия кожных покровов
- 89) ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И/ИЛИ ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. вертикальная локализованная
  2. декомпенсированная
  3. компенсированная

4. горизонтальная
- 90) ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. компенсированная
  2. чрезмерная
  3. горизонтальная
  4. вертикальная
- 91) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК
  1. IV класс по классификации Кеннеди
  2. III тип по классификации Шредера
  3. III класс по классификации Кеннеди
  4. I класс по классификации Келлера
- 92) ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОЧАГОВАЯ ГИПЕРЕМИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ГЕНЕЗЕ
  1. механическом
  2. аллергическом
  3. токсическом
  4. соматическом
- 93) НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ФОРМОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО СКАТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. отвесная
  2. отлогая
  3. грибовидная
  4. умеренно выраженная
- 94) КОЭФФИЦИЕНТЫ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ В.Ю. КУРЛЯНДСКИМ, ПОЛУЧЕНЫ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
  1. гнатодинамометрии
  2. анатомических особенностей строения зубов
  3. подвижности зубов
  4. жевательных проб
- 95) ОДНОСТОРОННИЙ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ
  1. 2
  2. 1
  3. 3
  4. 4
- 96) ПРИ ПОТЕРЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ
  1. отражённый травматический узел
  2. атрофический блок
  3. прямой травматический узел
  4. отсутствие всяких изменений
- 97) ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ (В ГРАММАХ) НАЗЫВАЕТСЯ
  1. миотонометрия
  2. реопародонтография
  3. электромиография
  4. мастикациография
- 98) ЗАПИСЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЖЁВЫВАНИИ ЛЕСНОГО ОРЕХА МАССОЙ 0,8 Г НАЗЫВАЕТСЯ
  1. мастикациография
  2. реопародонтография
  3. миотонометрия

4. электромиография
- 99)  $\frac{1}{4}$  СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА СООТВЕТСТВУЕТ  
\_\_\_\_\_ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА
1. половине размера
  2. двум размерам
  3. 1,5 размерам
  4. одному размеру
- 100)  $\frac{1}{2}$  СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА СООТВЕТСТВУЕТ  
\_\_\_\_\_ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА
1. одному размеру
  2. двум размерам
  3. 1,5 размерам
  4. половине размера
- 101)  $\frac{3}{4}$  СТЕПЕНИ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА СООТВЕТСТВУЕТ  
\_\_\_\_\_ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА
1. 1,5 размерам
  2. двум размерам
  3. одному размеру
  4. половине размера
- 102) ЗУБО-ДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК ИМЕЕТ ГЛУБИНУ НЕ БОЛЕЕ (В ММ)
1. 0,5-1
  2. 2-3
  3. 4-5
  4. 6-7
- 103) К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПО КЛАССИФИКАЦИИ  
КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ
1. двусторонний концевой
  2. односторонний концевой
  3. включённый в боковом отделе
  4. включённый в переднем отделе
- 104) ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ОДНОСТОРОННИМИ КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПО  
КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ
1. 2
  2. 1
  3. 3
  4. 4
- 105) ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДЕЛЯТСЯ НА  
КЛАССЫ
1. четыре
  2. три
  3. два
  4. пять
- 106) СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И.  
ГАВРИЛОВУ ВСЕ ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ДЕФЕКТАМИ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ
1. 4
  2. 3
  3. 2
  4. 5
- 107) ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ПЕРВОМУ  
КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ
1. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
  2. зубные ряды с односторонними концевыми дефектам
  3. зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

4. включенные дефекты переднего отдела зубной дуги
- 108) ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ
1. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
  2. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
  3. зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе
  4. включённые дефекты переднего отдела зубной дуги
- 109) ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ
1. зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе
  2. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
  3. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
  4. включённые дефекты переднего отдела зубной дуги
- 110) ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ЧЕТВЁРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ
1. включённые дефекты только переднего отдела зубного ряда
  2. зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами
  3. зубные ряды с односторонними концевыми дефектами
  4. зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе
- 111) СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ Е.И. ГАВРИЛОВА К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ
1. концевые односторонние
  2. комбинированные
  3. включенные двусторонние
  4. включенные в переднем отделе
- 112) СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ
1. комбинированные
  2. концевые односторонние и двусторонние
  3. включенные боковые (односторонние и двусторонние) и передние
  4. одиночно сохранившиеся зубы на одной челюсти
- 113) СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ
1. включённые боковые (односторонние и двусторонние) и передние
  2. концевые односторонние и двусторонние
  3. комбинированные
  4. одиночно сохранившиеся зубы на челюстях
- 114) ОЦЕНКУ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОВОДЯТ
1. в полости рта и на диагностических моделях челюстей
  2. при внешнем осмотре
  3. при помощи реопародонтографии
  4. при помощи электромиографии
- 115) АРТИКУЛЯТОР СО СВОБОДНОПОДВИЖНОЙ ОСЬЮ, В КОТОРОМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАПРАВЛЯЮТСЯ ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ К ТИПУ
1. «скользящий»
  2. «суставной»
  3. полурегулируемый
  4. средне-анатомический
- 116) ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ
1. сразу после удаления или не позднее 24 часов
  2. через 24 часа после удаления, но не позднее 72 часов

3. в течение первой недели после удаления
  4. через 10 дней после удаления
- 117) ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА С. 56 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНО ИСТИРАНИЕ ВСЕХ ЗУБОВ ОТ 1/3 ДО 2/3 ДЛИНЫ КОРОНОК. ВЫСОТА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА НЕ СНИЖЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, компенсированная форма
  2. генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, декомпенсированная форма
  3. локализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени
  4. генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени, декомпенсированная форма
- 118) ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕЖДУ ДНОМ ПОЛОСТИ РТА И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. лингвальную пластинку
  2. лингвальную дугу
  3. губные пелоты
  4. щёчные пелоты
- 119) ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
1. углубление носогубных складок
  2. асимметрия лица
  3. «птичье» лицо
  4. увеличение нижней трети лица
- 120) ПЕРКУССИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ
1. выявления болевой реакции пародонта
  2. определения глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
  3. определения тонуса мышц, выявления скрытых костных выступов
  4. определения глубины патологического кармана
- 121) ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ РАЗРАБОТАН МЕТОД
1. избирательного пришлифовывания
  2. временного шинирования
  3. постоянного шинирования
  4. непосредственного протезирования
- 122) СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ С УДЕРЖИВАЮЩИМИ КЛАММЕРАМИ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА
1. слизистую оболочку полости рта
  2. естественные зубы
  3. жевательные мышцы
  4. слизистую оболочку и естественные зубы
- 123) ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА, ДАВШИМ НАЗВАНИЕ ЭТИМ КОНСТРУКЦИЯМ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. дуга
  2. седло с искусственными зубами
  3. опорно-удерживающий кламмер
  4. многозвеньевой кламмер
- 124) ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОН
1. обеспечивает фиксацию и стабилизацию протеза
  2. передаёт жевательное давление на периодонт опорных зубов
  3. соединяет все элементы кламмера



4. предупреждает опрокидывание протеза
- 125) КАРКАС СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА \_\_\_\_\_ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ
1. вершине
  2. оральном скате
  3. вестибулярном скате
  4. оральном скате и вершине
- 126) НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ
1. с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти
  2. по носоушной и зрачковой горизонтали
  3. по методу Паунда
  4. с помощью аппарата Ларина
- 127) ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ СЪЁМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. дисфункция ВНЧС
  2. гальванизм
  3. «парниковый эффект»
  4. клиновидный дефект
- 128) ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ЗАВЫШЕНИЕ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА
1. недопустимо во всех случаях
  2. допустимо во всех случаях
  3. недопустимо только при полном отсутствии зубов
  4. допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
- 129) ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. убылью твёрдых тканей зубов, образованием заместительного дентина
  2. увеличением полости зуба в объёме
  3. образованием в области шейки дефекта клиновидной формы
  4. дистальным перемещением зубов
- 130) КЛИНИКА ОСТРОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СХОДНА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
1. эозинофильной гранулёмы
  2. пародонтоза
  3. кариеса зубов
  4. лейкоплакии
- 131) ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. гипертрофией альвеолярной кости в области стёртых зубов
  2. зубоальвеолярным удлинением в области всех коронок зубов
  3. укорочением длины зубных дуг
  4. уменьшением вертикальных размеров всех зубов
- 132) ВЕРТИКАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. стиранием вестибулярной или нёбной поверхности передних зубов
  2. деформацией окклюзионной поверхности
  3. дистальным смещением нижней челюсти
  4. вертикальной деформацией зубных рядов III степени
- 133) КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. осмотр полости рта
  2. магнитно-резонансная томография
  3. томография ВНЧС

4. прицельная рентгенография
- 134) ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. функциональной приспособительной реакцией зубочелюстной системы
  2. нарушением гистогенеза твёрдых тканей зубов
  3. начальной стадией проявления генерализованного пародонтита
  4. патологическим деструктивным процессом
- 135) СНИЖЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОЙ ВЫСОТЫ И ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
1. парафункцией жевательных мышц
  2. сухостью в полости рта
  3. атрофией слюнных желёз
  4. непереносимостью зубных протезов
- 136) ДВУСТОРОННИЙ, ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ К КЛАССУ
1. 1
  2. 3
  3. 2
  4. 4
- 137) К НЕАКТИВНЫМ ОРГАНАМ РЕЧИ ОТНОСЯТ
1. зубы верхней и нижней челюстей
  2. глотку
  3. язык
  4. губы
- 138) ПРИ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОЛОСТЬ ЗУБА
1. уменьшается в размере
  2. увеличивается в размере
  3. не изменяется
  4. может уменьшаться, может увеличиваться
- 139) ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
1. аномалия прикуса
  2. гингивит
  3. профессиональная гигиена полости рта
  4. заболевания сердечно-сосудистой системы
- 140) СУСТАВНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ \_\_\_\_\_ СУСТАВНОГО БУГОРКА
1. у основания ската
  2. на скате
  3. на вершине
  4. за вершиной
- 141) ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ДЛИНЫ КОРОНКИ ЗУБА
1. более половины
  2. до  $\frac{1}{3}$
  3. от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$
  4. от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$
- 142) ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, СВЯЗАННЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. бруксизм
  2. алиментарная недостаточность

3. воздействие средств гигиены
  4. химические воздействия
- 143) К ЭКЗОГЕННУМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, ПРИВОДЯЩЕМУ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
1. химическое воздействие кислот
  2. патология прикуса
  3. бруксизм
  4. частичная адентия
- 144) БРУКСИЗМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. произвольное скрежетание зубами
  2. жжение слизистой полости рта
  3. сухость полости рта
  4. болевой синдром дисфункции ВНЧС
- 145) НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ КОНСТРУКЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
  2. разрушению зубов-антагонистов
  3. клиновидному дефекту
  4. сколу облицовочного материала ортопедической конструкции
- 146) ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ
1. «чашеобразная» резорбция костной ткани в боковых отделах и горизонтальная резорбция костной ткани во фронтальных отделах верхней и нижней челюстей
  2. отсутствие резорбции костной ткани верхней и нижней челюстей
  3. прогрессирующая резорбция в боковых отделах верхней и нижней челюстей
  4. прогрессирующая резорбция костной ткани во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей
- 147) ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И (ИЛИ) ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. вертикальная
  2. компенсированная
  3. декомпенсированная
  4. горизонтальная
- 148) ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ
1. компенсированная
  2. вертикальная
  3. смешанная
  4. декомпенсированная
- 149) ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО
1. компенсаторным ростом альвеолярного отростка челюстей
  2. смещением нижней челюсти
  3. изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
  4. выдвиганием зубов
- 150) ТАМПОНИРОВАНИЕ ПРОНИКАЮЩЕГО ДЕФЕКТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СНЯТИИ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ПРОВОДЯТ
1. марлевым тампоном

2. воском
  3. ватным тампоном
  4. силиконовым материалом высокой плотности
- 151) ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДЯТ В СТАДИИ
1. тестообразной
  2. песочной
  3. тянущихся нитей
  4. набухания
- 152) ПРОЯВЛЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. пародонтит
  2. сиалоаденит
  3. пульпит
  4. периодонтит
- 153) СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ
1. своевременное зубное протезирование
  2. ежедневную чистку зубов жёсткой зубной щёткой
  3. использование отбеливающих капп
  4. проведение аллергических проб перед протезированием
- 154) СОСТАВНОЙ ЭЛЕМЕНТ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ
1. базисная пластмасса
  2. мягкая подкладка
  3. гарнитурный зуб
  4. удерживающий элемент
- 155) СРОКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ
1. 3 - 5 лет
  2. 2 - 4 года
  3. 5 лет
  4. 7 лет
- 156) МЯГКИЕ ПОДКЛАДКИ В СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ БЫВАЮТ
1. силиконовые
  2. акриловые
  3. безакриловые
  4. нейлоновые
- 157) УКАЖИТЕ ПРОТЕЗ, МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕДАЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ПОЛУФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ
1. бюгельный
  2. мостовидный
  3. частично съёмный- пластиночный
  4. полный съёмный
- 158) УКАЖИТЕ ПРОТЕЗ, МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕДАЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ
1. мостовидный
  2. бюгельный
  3. полный съёмный пластиночный
  4. частично съёмный пластиночный
- 159) ДВУХСЛОЙНЫЙ БАЗИС СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА С МЯГКОЙ ПОДКЛАДКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ
1. наличии острых костных выступов (экзостозов) на протезном ложе
  2. выраженных альвеолярных отростках с равномерно податливой слизистой оболочкой
  3. повышенном пороге болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
  4. равномерной атрофии альвеолярных отростков

- 160) ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВОЙ КОРРЕКЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДЯТ
1. на следующий день после наложения съёмного протеза
  2. только при появлении боли под протезом
  3. через неделю после наложения протеза
  4. после полной адаптации к съёмному протезу
- 161) ИЗМЕРЕНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ
1. гнатодинамометрия
  2. реопародонтография
  3. миотонометрия
  4. электромиография
- 162) ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ
1. компенсированной
  2. декомпенсированной
  3. горизонтальной
  4. вертикальной
- 163) СЪЁМНЫЙ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ВРЕМЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИЗ
1. пластмассы
  2. титанового сплава
  3. альгината
  4. керамической массы
- 164) ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ
1. зубными, суставными, мышечными
  2. лицевыми, глотательными, зубными
  3. язычными, мышечными, суставными
  4. зубными, глотательными, лицевыми
- 165) ТЕЛО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА РАСПОЛОЖЕНО
1. на аппроксимальной поверхности зуба
  2. на оральной поверхности зуба
  3. в базисе протеза под искусственными зубами
  4. на вестибулярной поверхности зуба
- 166) МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬСОВЫХ КОЛЕБАНИЙ КРОВЕНАПОЛНЕНИЯ СОСУДОВ ПАРОДОНТА, ОСНОВАННЫМ НА ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПОЛНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. реопародонтография
  2. фагодинамометрия
  3. фотоплетизмография
  4. ортопантомография
- 167) К ВИДАМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТТИСКОВ ОТНОСЯТ
1. компрессионные
  2. анатомические
  3. альгинатные
  4. диагностические

**Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1**

**3.Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет**

**Форма промежуточной аттестации – зачет**

**Вопросы зачета (ОПК-11; ПК-5, ПК-8, ПК-9):**

1. Проблемы фонетики при ортопедическом лечении полными съёмными пластиночными

протезами. Применение функциональных речевых проб при протезировании пациентов с полным отсутствием зубов.

2. Влияние съёмных пластиночных протезов на слизистую оболочку полости рта. Диагностика, лечение и профилактика протезных стоматитов.

3. Особенности протезирования пациентов с явлениями непереносимости акриловых полимерных материалов.

Физиологические основы адаптации к зубным протезам.

5. Ортопедические методы лечения в комплексной терапии заболеваний пародонта: избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов, временное и постоянное шинирование.

6. Теоретические основы и методы избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов.

7. Ортодонтическое лечение взрослых как этап подготовки полости рта к протезированию или шинированию зубов. Особенности ортодонтического лечения пациентов с патологией пародонта.

8. Биомеханические основы шинирования зубов. Виды шинирования и классификации шин.

9. Параллелометрия. Понятие, цели, задачи, методики проведения при планировании шинирующих конструкций при ортопедическом лечении заболеваний пародонта.

10. Временное шинирование. Показания, цели, задачи. Виды несъемного шинирования при заболеваниях пародонта.

11. Современные техники шинирования зубов при пародонтитах: адгезивное шинирование, вантовые системы.

12. Ортопедическое лечение шинирующими конструкциями с элементами бюгельных протезов при заболеваниях пародонта

13. Непосредственное протезирование (иммидиат-протезы). Показания, методы, клинко-лабораторные этапы изготовления.

14. Реабилитация пациентов с заболеваниями пародонта. Роль гигиены полости рта у пациентов с наличием зубных протезов при заболеваниях пародонта.

15. Повышенное стирание твердых тканей зубов. Этиология. Патогенез. Классификации повышенного стирания твердых тканей зубов.

16. Декомпенсированная форма повышенного стирания твердых тканей зубов: клиника, особенности ортопедического лечения.

17. Компенсированная форма повышенного стирания твердых тканей зубов: клиника, особенности ортопедического лечения.

18. Клиника, этиология, дифференциальная диагностика и особенности ортопедического лечения компенсированной и декомпенсированной форм повышенного стирания твердых тканей зубов.

19. Генерализованная форма повышенного стирания со снижением межальвеолярной высоты. Понятие о миосуставном дисфункциональном синдроме.

20. Генерализованная форма повышенного стирания без снижения межальвеолярной высоты. Понятие о «миостатическом рефлекс по Рубинову» и физиологической основе его перестройки.

21. Комплексные методы лечения повышенного стирания твердых тканей зубов.

22. Вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Этиология, патогенез, клиника.

23. Зубоальвеолярное удлинение. Механизм развития. Клинические формы. Дифференциальная диагностика.

24. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию: терапевтические, хирургические, ортодонтические, ортопедические.

25. Аномалии зубочелюстной системы у взрослых. Особенности ортодонтического лечения взрослых..

26. Аномалии зубочелюстной системы у взрослых. Возрастные пределы, показания и особенности ортодонтического лечения взрослых. Особенности реакции органов зубочелюстной системы взрослых на ортодонтическое лечение.

27. Аномалии прикуса, сочетающиеся с частичным отсутствием зубов, деформации зубных рядов и заболеваниями пародонта. Принципы и последовательность лечения.

28. Особенности ортопедического лечения больных с соматическими заболеваниями.

29. Ортопедическое лечение пациентов с хроническими заболеваниями полости рта

30. Диагностика и профилактика осложнений и ошибок при ортопедическом лечении различными видами зубных протезов и аппаратов

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

**4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций**

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-11	готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	<b>Знать:</b> основные медицинские изделия, применяемые в общеклинической практике, правила их использования	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных медицинских изделий, применяемых в общеклинической практике, правил их использования
		<b>Уметь:</b> Применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять медицинские изделия при решении профессиональных задач	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять медицинские изделия при решении профессиональных задач
		<b>Владеть:</b> Навыками использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные мануальные навыки использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение мануальных навыков использования медицинских изделий, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи при решении конкретных профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его	<b>Знать:</b> понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза,	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации



<p><b>анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</b></p>	<p>классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>
	<p><b>Уметь:</b> Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>
	<p><b>Владеть:</b> Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	<p><b>способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями</b></p>	<p><b>Знать:</b> Знать особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
		<p><b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<p><b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-9	<p><b>готовностью к ведению лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях</b></p>	<p><b>Знать:</b> Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара

	<b>условиях дневного стационара</b>	дневного стационара		
		<p><b>Уметь:</b>          Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>
		<p><b>Владеть:</b>          Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>

## 4.2. Шкала, и процедура оценивания

### 4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки доклада/устных реферативных сообщений:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для разбора тематического больного**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.