

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 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 «ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЕ (ПРОСТОЕ 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)	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Организация ортопедической стоматологической помощи.	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.	Патология твердых тканей зубов.	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.	Материалы, используемые для изготовления зубных протезов методом фрезерования и гальванопластики. Понятие о CAD/CAM системах и гальванопластических системах	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.	Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов.	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
5.	Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съемными конструкциями зубных протезов.	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	Пятибалльная шкала оценивания

			реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	
6.	Показания, противопоказания к применению съемных протезов с замковой системой фиксации. Стандартные и индивидуально изготавливаемые внутрикорневые фиксирующие устройства.	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.	Понятие о вкладках. Искусственные коронки	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.	Штампованные коронки. Клинико-лабораторные этапы протезирования. Цельнолитые и комбинированные коронки	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.	Общие принципы препарирования. Методы обезболивания при препарировании. Зоны безопасности.	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

10.	Современные технологии изготовления штифтовых конструкций. Восстановление культевыми штифтовыми конструкциями.	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
11.	Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания.	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
12.	Лабораторные этапы изготовления цельнолитых и комбинированных мостовидных протезов. Особенности изготовления рабочих моделей. Техника точного литья металлических сплавов.	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. 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;
- подготовка докладов/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- курация больного/ разбор тематического больного
- 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.

1. Организация ортопедической стоматологической помощи.

1 .Стоматологическую помощь в полном объеме оказывают

- 1) в территориальной стоматологической поликлинике
- 2) в стоматологическом кабинете женской консультации
- 3) в стоматологическом кабинете учебного заведения
- 4) в стоматологическом кабинете здравпункта

2 .Основная задача стоматологической поликлиники

- 1) медицинская помощь на дому
- 2) лечебно-диагностическое обслуживание
- 3) экспертиза временной нетрудоспособности
- 4) профилактика кариеса

3 .Инструменты для обследования стоматологических больных

- 1) зонд, зеркало, гладилка
- 2) шпатель, пинцет, зонд
- 3) пинцет, зеркало, зонд
- 4) шпатель, зеркало, зонд

4 .Основные методы обследования

- 1) расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, термодиагностика
- 2) термодиагностика, рентгенодиагностика
- 3) оценка гигиенического состояния, опрос, осмотр, зондирование
- 4) расспрос, осмотр, зондирование, пальпация

5 .Дополнительные методы обследования

- 1) осмотр, зондирование, перкуссия, термодиагностика
- 2) термодиагностика, лабораторные методы
- 3) расспрос, осмотр, зондирование, рентгенодиагностика
- 4) осмотр, термодиагностика, пальпация

6.Врачебный кабинет на одну стоматологическую установку должен занимать площадь не менее:

- а) 10 м²
- б) 12 м²
- в) 14 м²

7 Современная стоматологическая установка включает

- а) сухожаровой шкаф
- б) кресло автоматического управления
- в) светильник "рефлектор"
- г) письменный стол врача
- д) компрессор и приспособления для проведения необходимых манипуляций в полости рта.

8.Сухожаровая стерилизация предназначена для:

- 1) перевязочного материала
- 2) белья
- 3) ватных валиков
- 4) цельнометаллических инструментов
- 5) шовного материала

9. С помощью амидопирамовой пробы определяют

- 1) остатки крови на инструментах
- 2) остатки моющих средств
- 3) стерильность инструментов
- 4) наличие жира
- 5) наличие углеводов

10. Для определения остатков крови при контроле качества стерилизации применяют пробу:

- 1) фенолфталеиновую
 - 2) бензидиновую
 - 3) водородистую
 - 4) хлоргексидиновую
 - 5) парафиновую
- Эталон ответов

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

Тема 2.

Патология твердых тканей зубов.

1. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

1. 0,1-0,2
2. 0,2-0,3
3. 0,3-0,5
4. 0,6-0,8
5. более 0,8

2. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1. разрушенной коронкой зуба более 60%
2. значительными изменениями в периодонте
3. подвижностью III степени
4. некачественно запломбированными каналами
5. продольным переломом корня

3. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

1. штампованную искусственную коронку
2. металлический штифт, введенный в корневой канал
3. штифт в корневом канале с искусственной коронкой
4. пластмассовую коронку
5. комбинированную коронку

4. Противопоказание к изготовлению цельнолитных коронок:

1. разрушение коронки зуба
2. зубы с живой пульпой у взрослых
3. пломбирование корневых каналов на 3/4
4. зубы, пломбированные гуттаперчей
5. наличие локализованного гингивита

5. Искусственные коронки классифицируют по:

1. месторасположению
2. окклюзионным контактам
3. групповой принадлежности зубов
4. технологии изготовления
5. фиксации

6. Недостатком металлокерамических коронок является:

1. высокая эстетичность
2. восстановление окклюзионной поверхности
3. прочность
4. большой объем снимаемых тканей
5. технология изготовления

7. Искусственная коронка должна:

1. восстанавливать анатомическую форму зуба
2. опираться на десну
3. завышать прикус
4. занижать прикус
5. создать ретенционные пункты для пищи

8. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

1. низкая эстетичность

2. меньшая травматичность
3. высокая прочность
4. точное воспроизведение рельефа анатомической формы
5. плотное прилегание в пришеечной области

9. При изготовлении металло-пластмассовой коронки твердые ткани со-шлифовываются на (мм):

1. 0,20-0,22
2. 0,35-0,38
3. 1,3-1,5.
4. 1,5-2,0
5. 2,0-2,5

10. Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:

1. фиксация коронок
2. припасовка коронок
3. снятие оттисков
4. одонтопрепарирование
5. изготовление модели

Ответы

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

Тема 3.

Материалы, использующиеся для изготовления зубных протезов методом фрезования и гальваноластики. Понятие о CAD/CAM системах и гальванопластических системах

1.Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

- 1) установленные в окклюдатор
- 2) установленные в артикулятор
- 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- 4) с восковыми базисами и искусственными зубами
- 5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

2.При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают:

- 1) абсолютную силу жевательных мышц, величину дефекта зубного ряда
- 2) величину дефекта зубного ряда, состояние пародонта опорных зубов
- 3) состояние пародонта опорных зубов, жевательную эффективность
- 4) жевательную эффективность, топографию дефекта зубного ряда
- 5) топографию дефекта зубного ряда, абсолютную силу жевательных мышц

3.Изготовление временной пластмассовой каппы показано при изготовлении мостовидного протеза только:

- 1) паяного
- 2) цельнолитого
- 3) металлокерамического
- 4) металлопластмассового
- 5) любого

4.Рабочий слепок с опорными коронками снимают при изготовлении мостовидного протеза:

- 1) любого
- 2) литого
- 3) паяного
- 4) металлокерамического
- 5) металлопластмассового

5. .При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

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

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

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

7. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не

менее (в мм):

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

8. При изготовлении металлопластмассовой коронки шлифуются значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
- 3) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта
- 4) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами
- 5) создания контактного пункта с соседними зубами

9. После лабораторного этапа "Изготовление литого каркаса металлокерамической коронки" следующий клинический этап - это:

- 1) определение центральной окклюзии
- 2) припасовка каркаса металлокерамической коронки
- 3) определение центрального соотношения челюстей
- 4) повторное снятие двухслойного слепка
- 5) фиксация коронки на временный материал

10. После клинического этапа "припасовка каркаса металлокерамической коронки" следующий лабораторный этап - это:

- 1) фиксация гипсовых моделей в артикулятор
- 2) фиксация гипсовых моделей в окклюдатор
- 3) определение цвета керамической облицовки.
- 4) нанесение керамической облицовки
- 5) глазурирование

Ответы

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

Тема 4

Методы ортопедического лечения дефекта зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов

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

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

2. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

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

3. Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

- 1) прилегает к ней по всей поверхности

- 2) прилегает только на скатах альвеолярного гребня
- 3) касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
- 4) касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
- 5) не касается

4. Моделирование тела паяного мостовидного протеза производится:

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
- 3) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- 4) одновременно с моделированием опорных коронок
- 5) после этапа припасовки опорных коронок в клинике

5. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:

- 1) перед моделированием опорных коронок
- 2) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- 3) одновременно с моделированием опорных коронок
- 4) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- 5) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок

6. Несъемный мостовидный протез состоит из:

- 1) промывной части
- 2) опорных элементов и промежуточной части
- 3) опорных элементов, промежуточной части и базиса
- 4) промывной части, коронок и тела
- 5) опорных коронок, тела, промывной части

7. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

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

8. Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления:

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

9. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

- 1) виниром
- 2) фасеткой
- 3) вкладкой
- 4) коронкой
- 5) штифтовым зубом

10. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза

проводится при окклюзиях:

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

Ответы

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

Тема 5

Методы ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съёмными конструкциями зубных протезов.

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 является 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 6

Показания и противопоказания к применению съемных протезов с замковой системой фиксации.

Стандартные и индивидуально изготавливаемые внутрикорневые фиксирующие устройства

1. Связывающим звеном м\у седлами и кламмерами является :

- 1) ретенционная решетка
- 2) тело кламмера
- 3) отросток кламера
- 4) дуга

2. Дуга бюгельного протеза повторяет на верхней челюсти форму:

- 1) альвеолярного гребня
- 2) альвеолярного отростка
- 3) твердого неба
- 4) мягкого неба

3. Дуга бюгельного протеза должна отстоять от слизистой на :

- 1) 0,5 см
- 2) 1,0 см
- 3) 1,5 см

4. Составными элементами опорно-удерживающего кламмера является:

- 1) удержатель, плечо, соединитель
- 2) окклюзионная накладка, тело, плечо, отросток
- 3) антиопрокидыватель, тело, плечо, базис
- 4) базис, соединенные кламера с протезом

5. При двухсторонних концевых дефектах отсутствие всех моляров и премоляров служит показание для изготовления следующего протеза:

- 1) бюгельного
- 2) пластиночного
- 3) малого седловидного
- 4) полного съемного

6. При потере всех резцов и клыков показано изготовление :

- 1) несъемные мостовидные протезы
- 2) съемные конструкции
- 3) именно несъемные мостовидные протезы

7. Показания к изготовлению имедиат протезов:

- 1) множественный кариес
- 2) удаление зуба
- 3) деформация зубных рядов

8. Подготовка протезов при изготовлении имедиат- протезов включает :

- 1) срезание зубов планируемых на удаление
- 2) параллелометрия
- 3) создание огнеупорной модели
- 4) дублирование

9. Показания к изготовлению двухслойного базиса являются:

- 1) сухая атрофическая слизистая оболочка, покрывающая протезное ложе
- 2) дистрофия пародонта опорных зубов
- 3) только лишь дистрофия пародонта опорных зубов

10. Одной из причин воспаления слизистой оболочки протезного ложа является:

- 1) Частое введение и выведение протеза в течении дня
- 2) резкое введение и выведение протеза в течении дня

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	3		1	2	2	2	1	13	

Тема 7.

Понятие о вкладках. Искусственные коронки

1. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

1. плотно
2. с зазором 0,2 мм

3. с зазором для фиксирующего материала
4. в различных участках по-разному
5. глубоко погружаясь под десну

2. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют:

1. боры колесовидные
2. сепараторы
3. фрезы
4. односторонние сепарационные диски
5. штрипсы

3. По функции различают искусственные коронки:

1. литые
2. фасеточные
3. временные
4. пластмассовые
5. цельнолитые

4. По конструкции различают искусственные коронки:

1. телескопические
2. частично-съёмные
3. фасетки
4. восстановительные
5. пластмассовые

5. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1. вестибулярной стенки зуба
2. зубного ряда - включенный
3. зубного ряда - концевой
4. коронковой части зуба
5. отсутствующего зуба

6. К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

1. стальные боры
2. алмазные головки
3. твердосплавные боры
4. твердосплавные фрезы
5. силиконовые диски

7. При препарировании зубов под штампованные коронки культия зуба создается:

1. с параллельными стенками
2. с сохраненным экватором зуба
3. в виде конуса
4. в форме цилиндра
5. в виде обратного конуса

8. По функции различают искусственные коронки:

1. восстановительные, комбинированные
2. временные, с облицовкой
3. восстановительные, фиксирующие
4. опорные (фиксирующие), пластмассовые

9. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1. разрушенной коронкой зуба более 60%
2. значительными изменениями в периодонте
3. подвижностью III степени
4. некачественно запломбированными каналами
5. продольным переломом корня

10. Противопоказание к изготовлению цельнолитых коронок:

1. разрушение коронки зуба
2. зубы с живой пульпой у взрослых
3. пломбирование корневых каналов на 3/4
4. зубы, пломбированные гуттаперчей

5. наличие локализованного гингивита

Ответы

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

Тема 8.

Штампованные коронки. Клинико-лабораторные этапы протезирования. Цельнолитые и комбинированные коронки

1. Протез для восстановления частично разрушенных тканей естественного зуба – это:

- 1) вкладка
- 2) полукоронка
- 3) искусственная коронка
- 4) штифтовый зуб

2. Достоинства вкладки из золота:

- 1) отсутствие усадки;
- 2) высокая прочность на излом;
- 3) биологическая инертность
- 4) возможность привальцовки к эмалевому краю
- 5) повышение кариезрезистентности твердых тканей зуба;
- 6) все перечисленное верно

3. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с

- 1) разрушенной коронкой зуба более 60%
- 2) значительными изменениями в периодонте
- 3) подвижностью III степени
- 4) некачественно запломбированными каналами
- 5) продольным переломом корня

4. После клинического этапа "припасовка металлокерамической коронки в полости рта" заключительный лабораторный этап - это:

- 1) определение цвета керамической облицовки
- 2) глазурирование
- 3) полировка
- 4) повторный обжиг керамической облицовки
- 5) формирование оксидной пленки

5. Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:

- 1) определение цвета керамической облицовки
- 2) определение центральной окклюзии
- 3) изготовление временной пластмассовой коронки
- 4) препарирование зуба
- 5) снятие вспомогательного слепка

6. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

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

7. При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:

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

8. Для припасовки металлопластмассовой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

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

5) разборной гипсовой модели

9 Второй клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:

- 1) определение цвета керамической облицовки
- 2) определение центральной окклюзии
- 3) изготовление временной пластмассовой коронки
- 4) препарирование зуба
- 5) снятие вспомогательного слепка

10 .При препарировании зуба под искусственную коронку создают:

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

Ответы

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

Тема 9.

Общие принципы препарирования. Методы обезболивания при препарировании. Зоны безопасности

1. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку

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

2..Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является:

- 1) подвижность зуба третьей степени
- 2) значительное разрушение коронки зуба
- 3) подвижность зуба первой степени
- 4) наклон зуба
- 5) смещение зуба по вертикальной оси

3.Искусственная коронка должна:

- 1) восстанавливать анатомическую форму зуба
- 2) опираться на десну
- 3) завьшать прикус
- 4) занижать прикус
- 5) создать ретенционные пункты для пищи

4.При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:

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

5.При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

- 1) по всему периметру шейки зуба
- 2) на вестибулярной поверхности
- 3) с оральной и апроксимальных сторон
- 4) на апроксимальных поверхностях
- 5) с оральной стороны

6.При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

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

7.Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической

коронки является:

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

8.Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки искусственной коронки проводится

в окклюзиях:

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

9.При изготовлении металлопластмассовой коронки шлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
- 3) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта
- 4) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами
- 5) создания контактного пункта с соседними зубами

10.При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:

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

Ответы

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

Тема 10

Современные технологии изготовления штифтовых конструкций. Восстановление культевыми штифтовыми конструкциями

1. Показанием к изготовлению штифтового зуба являются:

- 1) отлом коронки зуба по режущему краю
- 2) разрушение корня зуба
- 3) кариозная полость I класса по Блэку
- 4) разрушение коронковой части зуба
- 5) отсутствие зуба

2. Основные требования к корню при изготовлении штифтового зуба:

- 1) наличие кистогранулем
- 2) положение корня над десной или на уровне десны
- 3) наличие искривления корня
- 4) наличие резорбции стенок корневого канала
- 5) подвижность корня III степени

3. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

- 1) штампованную искусственную коронку
- 2) металлический штифт, введенный в корневой канал
- 3) штифт в корневом канале с искусственной коронкой
- 4) пластмассовую коронку
- 5) комбинированную коронку

4. Длина штифта штифтового зуба должна быть равна:

- 1) 1/3 длины корня
- 2) 3/4 длины корня
- 3) полной длине корня
- 4) 1/2 длины корня
- 5) 1/5 длины корня

5. Форма штифта в штифтовом зубе должна быть:

- 1) прямоугольной
- 2) клиновидной
- 3) грушевидной
- 4) конусовидной
- 5) торпедовидной

6. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1. вестибулярной стенки зуба
2. зубного ряда - включенный
3. зубного ряда - концевой
4. коронковой части зуба
5. отсутствующего зуба

7. К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

1. стальные боры
2. алмазные головки
3. твердосплавные боры
4. твердосплавные фрезы
5. силиконовые диски

8. При препарировании зубов под штампованные коронки культия зуба создается:

1. с параллельными стенками
2. с сохраненным экватором зуба
3. в виде конуса
4. в форме цилиндра
5. в виде обратного конуса

9. По функции различают искусственные коронки:

1. восстановительные, комбинированные
2. временные, с облицовкой
3. восстановительные, фиксирующие
4. опорные (фиксирующие), пластмассовые

10. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1. разрушенной коронкой зуба более 60%
2. значительными изменениями в периодонте
3. подвижностью III степени
4. некачественно запломбированными каналами
5. продольным переломом корня

Ответы

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

Тема 11

Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания

1. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

1. окклюзионной поверхности
2. вестибулярной поверхности
3. контактных поверхностей
4. оральной поверхности
5. созданием уступа

2. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1. виниром
2. фасеткой
3. вкладкой
4. коронкой
5. имплантатом

3. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1. дефект коронковой части зуба
2. генерализованный гингивит
3. пародонтит тяжелой степени
4. включенный дефект зубного ряда
5. полное отсутствие зубов

4. Опорными частями мостовидного протеза являются:

1. коронки, полукоронки, искусственные зубы
2. вкладки, искусственные зубы
3. коронки, вкладки, штифтовые зубы
4. штифтовые зубы, искусственные зубы
5. искусственные зубы, коронки

5. Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:

1. протез с отлитыми из металла опорными частями и телом
2. полный съемный протез
3. несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям
4. штампованная коронка
5. полимеризованная конструкция

6. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

1. седловидную
2. промывную
3. касательную
4. опорную
5. телескопическую

7. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

1. седловидную
2. промывную
3. касательную
4. опорную
5. телескопическую

8. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

1. 2 минут
2. 15 минут
3. 60 минут
4. 24 часов
5. 48 часов

9. Отгиск является отображением тканей протезного ложа:

1. позитивным
2. негативным
3. активным
4. пассивным
5. агрессивным

10. Алы инагнуую слепочную массу замешивают на:

1. холодной воде
2. 3% растворе поваренной соли
3. прилагаемом к материалу катализаторе
4. горячей воде
5. физиологическом растворе

ОТВЕТЫ

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

Тема 12

Лабораторные этапы изготовления цельнолитых и комбинированных мостовидных протезов. Особенности изготовления рабочих моделей. Техника точного литья металлических сплавов

1 .Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:

- 1) установленные в окклюдатор
- 2) установленные в артикулятор
- 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- 4) с восковыми базисами и искусственными зубами
- 5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

2 .При выборе конструкции мостовидного протеза учитывают:

- 1) абсолютную силу жевательных мышц, величину дефекта зубного ряда
- 2) величину дефекта зубного ряда, состояние пародонта опорных зубов
- 3) состояние пародонта опорных зубов, жевательную эффективность
- 4) жевательную эффективность, топографию дефекта зубного ряда
- 5) топографию дефекта зубного ряда, абсолютную силу жевательных мышц

3 .Изготовление временной пластмассовой каппы показано при изготовлении мостовидного протеза только:

- 1) паяного
- 2) цельнолитого
- 3) металлокерамического
- 4) металлопластмассового
- 5) любого

4 .Рабочий слепок с опорными коронками снимают при изготовлении мостовидного протеза:

- 1) любого
- 2) литого
- 3) паяного
- 4) металлокерамического
- 5) металлопластмассового

5 . .При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

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

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

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

7.Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не

менее (в мм):

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

8.При изготовлении металлопластмассовой коронки шлифовывается значительное количество

твердых тканей и формируется уступ для:

- 1) улучшения фиксации коронки
- 2) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
- 3) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта
- 4) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами
- 5) создания контактного пункта с соседними зубами

9 .После лабораторного этапа "Изготовление литого каркаса металлокерамической коронки" следующий клинический этап - это:

- 1) определение центральной окклюзии
- 2) припасовка каркаса металлокерамической коронки
- 3) определение центрального соотношения челюстей
- 4) повторное снятие двухслойного слепка
- 5) фиксация коронки на временный материал

10. После клинического этапа "припасовка каркаса металлокерамической коронки" следующий лабораторный этап - это:

- 1) фиксация гипсовых моделей в артикулятор
- 2) фиксация гипсовых моделей в окклюдатор
- 3) определение цвета керамической облицовки.
- 4) нанесение керамической облицовки
- 5) глазурирование

Эталоны ответов:

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

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

1. Этиология, клиника, диагностика патологий твердых тканей зуба. Обоснование выбора лечения.
2. Причины возникновения боли при препарировании зубов и методы ее устранения.
3. Проблема боли, ее нейрофизиологические аспекты. Обезболивание в клинике ортопедической стоматологии (методы, средства).
4. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов безметалловыми конструкциями (фарфоровыми, цельнокерамическими, композитными коронками).
5. Характеристики материалов для изготовления металлокерамических коронок. Требования, которым должны соответствовать металлические сплавы и керамические массы. Теории связи металлических сплавов и керамических масс.
6. Ошибки и осложнения на этапах ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов.
7. Новые технологии и современные материалы для ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов.
8. Современные эластические оттисковые материалы, методика применения, сравнительная характеристика.
9. Клинико-лабораторные этапы изготовления штифтовых зубов. Виды штифтовых зубов, показания, сравнительная характеристика.
10. Современные методы восстановления отсутствующей коронковой части зуба.
11. Способы изготовления литых культевых штифтовых вкладок. Виды разборных литых культевых штифтовых вкладок.
12. Возможные ошибки и их устранение при изготовлении литых вкладок.
13. Современные технологии ортопедического лечения патологии твердых тканей зубов: вкладки (inlay, onlay, overlay, pinlay), изготовленные косвенным методом из светоотверждаемых стеклокомпозиционных материалов; виниры (veneer, laminates) из материалов типа «Art-Glass», керамики; коронки из светоотверждаемых стеклокомпозиционных материалов без металлической основы (типа «Targis-Vektris», «Art-Glass»).
14. Клиника частичного отсутствия зубов. Основные симптомы, осложнения.
15. Методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии. Подготовка пациента к ортопедическому лечению.
16. Вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Этиология, патогенез, клиника.
17. Зубоальвеолярное удлинение. Механизм развития. Клинические формы. Дифференциальная диагностика.
18. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию.
19. Значение функциональных и рентгенологических методов в диагностике патологических состояний зубочелюстной системы.

20. Частичное отсутствие зубов. Клиника. Диагностика. Виды конструкций протезов, применяемых при лечении частичного отсутствия зубов.
21. Оттиск как фактор передачи инфекции. Способы и средства дезинфекции оттисков. Определение эффективности дезинфекции оттисков.
22. Биологические и клинические аспекты лечения больных несъемными мостовидными протезами.
23. Клинико-лабораторные этапы ортопедического лечения металлокерамическими мостовидными протезами. Особенности препаровки опорных зубов.
24. Методы ретракции десны. Техники получения двухфазных оттисков.
25. Ошибки и осложнения на этапах ортопедического лечения дефектов зубных рядов несъемными конструкциями протезов.
26. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов мостовидными протезами при конвергенции зубов. Разборные мостовидные протезы, съемные мостовидные протезы.
27. Современные методы замещения дефектов зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов. Адгезивные мостовидные протезы. Показания и противопоказания. Элементы конструкции. Этапы изготовления.
28. Ошибки и осложнения на различных клинических (лабораторных) этапах изготовления металлокерамических мостовидных протезов.
29. Характеристика сплавов металлов, применяемых в ортопедической стоматологии.
30. Осложнения при ортопедическом лечении с применением разнородных металлов для изготовления зубных протезов.
31. Современные технологии при лечении частичного отсутствия зубов: мостовидные протезы из стеклокерамики без металлической основы.
32. Биологические и клинические особенности лечения больных съемными пластиночными протезами.
33. Методы определения центрального соотношения челюстей: антропометрический, анатомический, анатомо-физиологический. Анализ возможных ошибок, допущенных на этапе определения центрального соотношения челюстей. Клинические признаки ошибок, методы их устранения.
34. Характеристика методов фиксации и стабилизации съемных конструкций зубных протезов. Телескопические системы фиксации съемных конструкций зубных протезов: коронковая, балочная (штанговая). Показания и противопоказания.
35. Современные методы фиксации съемных конструкций зубных протезов – замковое крепление (аттачмены). Показания и противопоказания. Преимущества и недостатки.
36. Сравнительная характеристика методов компрессионного и литьевого прессования пластмасс на этапах изготовления съемных протезов.
37. Адаптация пациентов к частичным съемным пластиночным протезам. Характеристика и сроки основных фаз адаптации. Адаптация к зубным протезам. Влияние стоматологического лечения на качество жизни пациента.
38. Реакция тканей и органов полости рта на несъемные и съемные конструкции зубных протезов.
39. Возможные осложнения при пользовании частичными съемными пластиночными протезами. Пластмассы акрилового ряда как аллергенный, химико-токсический и травматический факторы в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта.
40. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний, вызванных материалами зубных протезов.
41. Токсико-аллергическое действие пластмассовых протезов на ткани протезного поля, клиника, диагностика, профилактика.
42. Проблема «концевого седла». Способы предупреждения негативного влияния «седла» съемного протеза на ткани и органы протезного ложа.
43. Биологические и клинические аспекты лечения пациентов бюгельными протезами.
44. Бюгельные протезы, характеристика основных конструктивных элементов. Показания и противопоказания.
45. Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.

46. Кламмерная система Нея. Типы опорно-удерживающих кламмеров, характеристика, показания к применению. Модификации кламмеров системы Нея.
47. Параллелометрия на этапах планирования конструкции бюгельного протеза. Основной принцип устройства параллелометра Цели, задачи. Методы параллелометрии. Сравнительная характеристика.
48. Литые каркасы бюгельных протезов на огнеупорных моделях. Технологические приемы и материалы, применяемые на этапах литья.
49. Методы литья каркасов бюгельных протезов. Сравнительная характеристика методов безмодельного литья и литья на огнеупорных моделях. Дефекты литья.
50. Диагностические и тактические ошибки на этапах изготовления бюгельных протезов.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка В. 30 лет

1.2. Жалобы

на

- разрушение коронковой части 2.1 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

Отлом коронки зуба произошёл в результате травмы несколько дней назад.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула:

О	П	П						Р	П			П	П		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	П		



Вопрос №1 Для подтверждения диагноза необходимо использовать инструментальные методы обследования:

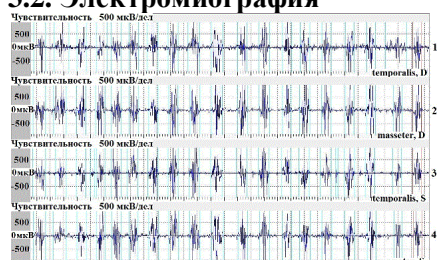
1. внутривитальную контактную рентгенографию
2. электромиографию
3. телерентгенографию
4. аксиографию

3. Результаты инструментальных методов обследования

3.1. Внутривитальная контактная рентгенография



3.2. Электромиография



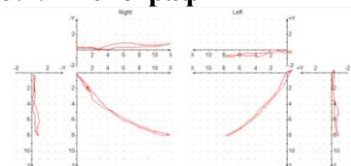
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.3. Телерентгенография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Аксиография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

Вопрос №2 Для изготовления культевой штифтовой вкладки с последующим изготовлением коронки индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу должен составлять:

1. более 0,8
2. 0,1-0,2
3. 0,3-0,5
4. 0,6-0,8

Вопрос №3 При изготовлении культевой штифтовой вкладки к корням зубов предъявляют требования:

1. стенки корня должны иметь достаточную толщину – около 1 мм
2. стенки корня должны иметь достаточную толщину – около 0,5 мм
3. корневого канал должен быть запломбирован с выведением материала за верхушку
4. патологическая подвижность корня должна быть более I степени

Вопрос №4 Длина штифта культевой штифтовой вкладки должна быть равна ____ длины корня:

1. $\frac{2}{3}$
2. $\frac{1}{3}$
3. $\frac{1}{4}$
4. $\frac{3}{4}$

Вопрос №5 Наиболее оптимальным вариантом является ортопедическое лечение 2.1 зуба с использованием:

1. культевой штифтовой вкладки и коронки
2. керамической вкладки overlay
3. металлокерамической коронки на имплантат
4. съёмного зубного протеза

Вопрос №6 Для изготовления цельнолитых культевых вкладок используют сплавы:

1. кобальт-хромовые
2. железа с углеродом
3. золота с медью
4. титана

Вопрос №7 При прямом методе моделирования культевой штифтовой вкладки используют ___ пластмассу:

1. беззольную
2. полиуретановую
3. акриловую
4. термопластическую

Вопрос №8 Для снятия оттиска при изготовлении штифтовой культевой вкладки непрямом методом применяют:

1. силиконовые двухслойные оттискные массы
2. термопластические массы
3. гипс
4. альгинатные массы

Вопрос №9 Для снятия оттиска для изготовления штифтовой конструкции используют слепочные ложки:

1. стандартные оттискные
2. индивидуальные из жёсткой пластмассы
3. стандартные пластмассовые с краями, уточнёнными воском
4. слепочные из воска

Вопрос №10 Заключительным лабораторным этапом изготовления металлокерамической коронки является:

1. глазурование коронки
2. извлечение платинового колпачка из коронки
3. окончательная коррекция формы
4. припасовка на модели

Вопрос №11 При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки должны конвергировать под углом ____ градусов:

1. 5-7
2. 10-15
3. 15-20
4. 30 и более

Вопрос №12 При препарировании под цельнокерамическую коронку оформляется уступ _____ под углом ____ градусов

1. циркулярный прямоугольный; 90
2. круговой; 135
3. круговой; 120
4. с вестибулярной стороны; 90

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

В стоматологическую клинику обратился пациент А. 37 лет.

1.2. Жалобы

на

- разрушение коронковой части 4.6 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает после эндодонтического лечения, обратился по направлению от врача-стоматолога-терапевта

1.4. Анамнез жизни

- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность не отягощена.
- Аллергоанамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Конфигурация лица не нарушена, лимфоузлы не увеличены, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Зубная формула:

													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	
	П	П											П	П		



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

1. ортопантографию
2. внутриротовую контактную рентгенографию
3. электромиографию
4. телерентгенографию
5. аксиографию

3. Результаты инструментальных методов обследования

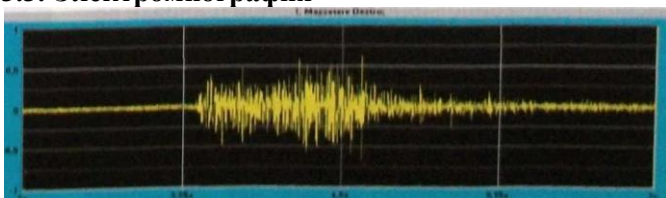
3.1. Ортопантография



3.2. Внутриротовая контактная рентгенография



3.3. Электромиография



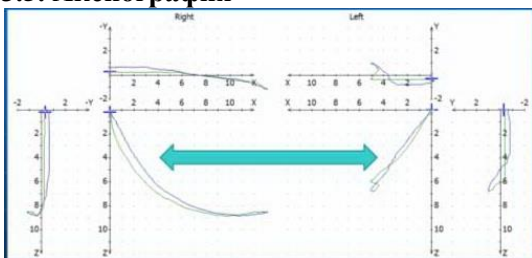
Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Телерентгенография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.5. Аксиография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза

Вопрос №2 Для изготовления керамической вкладки по типу "overlay" индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу должен составлять:

1. 0,5-0,6
2. 0,1-0,2
3. 0,9-1,5
4. 0,6-0,8

Вопрос №3 Показаниями к изготовлению вкладок чаще всего являются полости ___ и ___ классов по Блэку:

1. I; II
2. III; IV
3. IV; V
4. III; V

Вопрос №4 Противопоказаниями к применению вкладок являются:

1. поверхности зубов, малодоступные для формирования полостей под вкладки
2. толщина стенок зуба более 4 мм
3. поверхности зубов, расположенные выше экватора зуба
4. наличие вредных привычек

Вопрос №5 Снятие оттиска при изготовлении вкладки непрямым методом проводят с использованием:

1. силикона
2. гипса
3. воска
4. резины

Вопрос №6 Наиболее оптимальным вариантом для 4.6 зуба, указанного пациентом, является ортопедическое лечение с применением:

1. вкладки
2. съёмного пластиночного протеза
3. коронки на имплантат
4. бюгельного протеза

Вопрос №7 Для изготовления вкладки используют материалы:

1. керамические
2. карборундовые
3. стекловолоконные
4. железоуглеродистые

Вопрос №8 Одонтопрепарирование под керамическую вкладку overlay производят _____ борами:

1. алмазными
2. карборундовыми
3. силиконовыми
4. стальными

Вопрос №9 Для фиксации керамических вкладок применяют цементы:

1. двойного отверждения
2. цинк-фосфатные
3. цинк-эвгенольные
4. на водной основе

Вопрос №10 Для правильной обработки керамической поверхности вкладки применяют:

1. плавиковую кислоту
2. спирт
3. хлоргексидин
4. ортофосфорную кислоту

Вопрос №11 Окончательным клиническим этапом подготовки керамической вкладки к фиксации является обработка:

1. керамическим праймером
2. спиртом
3. хлоргексидином
4. соляной кислотой

Вопрос №12 Кратность посещения врача стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет :

1. 2 раза в год
2. 4 раза в год
3. 12 раз в год
4. 6 раз в год

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

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 38 лет.

1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи на левой стороне.

1.3. Анамнез заболевания

Обращался к врачу-стоматологу 1 года назад. На 2.5 и 2.7 зубах выпали ранее изготовленные пломбы. Причинные зубы ранее были неоднократно лечены в связи развитием кариеса. 2.6 зуб сильно разрушился и болел, его пролечить не удалось, был удалён. 2.5 и 2.7 зубы были депульпированы, каналы запломбированы и поставлены композитные пломбы.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена.

Зубная формула:

													П	О	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	

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: на 2.5, 2.7 зубах имеются композитные пломбы, краевое прилегание не нарушено. Зондирование по краю пломб и перкуссия безболезненны. Подвижность 2.5, 2.7 зубов в пределах физиологической нормы.

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

1. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
2. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
3. витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
4. люминесцентную стоматоскопию
5. магнитно-резонансную томографию
6. телерентгенографию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии: 2.5, 2.7 зубы – периапикальные ткани без видимых изменений, каналы obturated до вершечек.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)

Индекс разрушения окклюзионной поверхности 2.5, 2.7 зубов – (ИРОПЗ) > 0,6.

3.3. Витальное окрашивание твёрдых тканей зуба

Данный метод обследования не является обязательным при данной патологии, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

3.4. Люминесцентная стоматоскопия

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

3.5. Магниторезонансная томография

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

3.6. Телерентгенография

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

Вопрос №2 Основным диагнозом в данной клинической ситуации является :

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита 2.6 зуба
2. хронический пародонтит локализованный 2.5 зуба
3. кариес эмали стадия белого (мелового) пятна (начальный кариес) 3.5 зуба
4. хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулёма) 4.6 зуба

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Для замещения дефекта зубного ряда пациенту необходимо изготовить _____ на 2.5, 2.7 зубы :

1. мостовидный протез с опорой
2. культевые вкладки
3. металлопластмассовые искусственные коронки
4. фарфоровые коронки

Вопрос №4 На первом этапе лечения необходимо _____ 2.5, 2.7 и получить оттиски на следующий день или через день :

1. провести препарирование опорных зубов
2. установить анкерные штифты в зубы
3. поставить композитные пломбы на зубы
4. провести депульпирование зубов

Вопрос №5 После получения оттисков необходимо определить:

1. центральную окклюзию
2. центральное соотношение челюстей
3. переднюю окклюзию
4. боковую правую окклюзию

Вопрос №6 После определения центральной окклюзии необходимо на следующем клиническом этапе припасовать на зубы 2.5, 2.7

1. каркас металлокерамического мостовидного протеза
2. опорные коронки паянного мостовидного протеза
3. каркас металлопластмассового мостовидного протеза
4. готовый металлокерамический мостовидный протез

Вопрос №7 На этапе припасовки каркаса металлокерамического мостовидного протеза необходимо определить цвет _____ на 2.5, 2.7 зубы :

1. керамической облицовки
2. паянного мостовидного протеза
3. готового мостовидного протеза
4. каркаса протеза

Вопрос №8 После припасовки каркаса металлокерамического мостовидного протеза необходимо провести наложение и припасовку _____ мостовидного протеза на _____ зубы:

1. готового металлокерамического; 2.5, 2.7
2. каркаса металлокерамического; 2.5, 2.7
3. готового паянного; 2.5, 2.7
4. готового полимеризованного; 2.5, 2.7

Вопрос №9 После припасовки и глазурования готового металлокерамического мостовидного протеза необходимо зафиксировать его на _____ зубы на временный цемент (на 2-3 недели) :

1. 2.5, 2.7
2. 2.6, 2.7
3. 2.5, 2.8
4. 2.5, 2.6

Вопрос №10 При фиксации на постоянный цемент особое внимание обращают на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков _____ зубов:

1. 2.5, 2.7
2. 2.3, 2.7
3. 2.6, 2.8
4. 2.4, 2.8

Вопрос №11 Необходимо посещать врача-стоматолога с целью профилактического осмотра один раз в :

1. 6 месяцев
2. 12 месяцев
3. 3 года
4. 5 лет

Вопрос №12 На верхней челюсти коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах делают до ___ зуба включительно :

1. 5
2. 3
3. 2
4. 7

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

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

Пациент Ж. 36 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 1.6, 2.6 зубов;
- нарушение функции жевания;
- нарушение функции речеобразования.

1.3. Анамнез заболевания

1.6, 2.6 зубы были удалены 4 месяца назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П	О		П								Pt	О	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
	П	П											П		

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: патологический.

Локальный статус: отсутствуют 1.6, 2.6 зубы.

Вопрос №1 К дополнительному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, относят:

1. ортопантомографию
2. электромиографию
3. телерентгенограмму
4. реопародонтографию

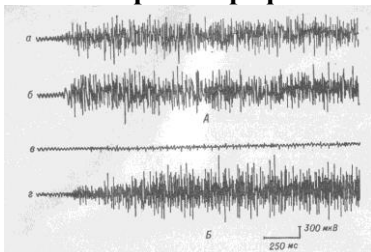
3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Ортопантомография



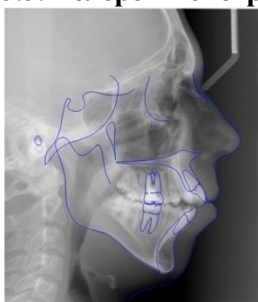
1.6, 2.6 зубы отсутствуют.

3.2. Электромиография



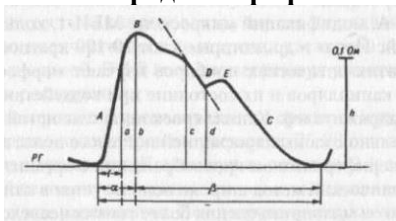
Исследование не имеет диагностического значения в данном клиническом случае.

3.3. Телерентгенограмма



Исследование не имеет диагностического значения в данном клиническом случае.

3.4. Реопародонтография



Исследование не имеет диагностического значения в данном клиническом случае.

Вопрос №2 Клиническим диагнозом по классификации МКБ-10 является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита
2. другие и неуточнённые аномалии размеров и формы зубов
3. другие уточнённые изменения зубов и их опорного аппарата
4. другие наследственные нарушения структуры зуба (дисплазия дентина, раковидные зубы)

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Согласно классификации Кеннеди дефект зубного ряда в данной клинической ситуации является дефектом :

1. включённым, в боковом отделе
2. включённым, переднего отдела
3. двусторонним концевым
4. односторонним концевым

Вопрос №4 Наиболее оптимальными вариантами ортопедического лечения в данной клинической ситуации являются:

1. мостовидный протез и имплантация
2. временная каппа и имедиат протез
3. полный съёмный протез и аппарат Энгля
4. шинирование и армирование

Вопрос №5 Для снятия оттиска применяют массу:

1. силиконовую
2. каучуковую
3. гипсовую
4. термопластическую

Вопрос №6 При изготовлении мостовидного протеза для снятия анатомического оттиска применяют альгинатные и _____ массы:

1. А-силиконовые
2. упиновые
3. гипсовые
4. каучуковые

Вопрос №7 При работе с CAD/CAM-технологией для получения цифровых 3D-моделей используют:

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

Вопрос №8 Материалы, имеющие свойство многократно менять свою консистенцию в зависимости от температуры, в которую их помещают, называют:

1. термопластичными
2. каучуковыми
3. силиконовыми
4. кварцевыми

Вопрос №9 Окончательным лабораторным этапом изготовления металлокерамических мостовидных протезов является _____ металлокерамического протеза:

1. глазурирование
2. прессование
3. моделирование
4. отливка

Вопрос №10 Для изготовления каркаса металлокерамических мостовидных протезов применяют сплавы: золотые, серебряно-палладиевые, а также:

1. кобальтохромовые и никель-хромовые
2. платиновые и титановые
3. керамические и оловянные
4. молибденовые и латунные

Вопрос №11 К твердеющему оттисковому материалу относят:

1. гипс
2. альгинат
3. силикон
4. каучук

Вопрос №12 Экспозиция дезинфекции С-силиконовых оттисков составляет _____ минут в дезинфицирующем растворе:

1. 30
2. 60
3. 120
4. 90

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 5

1.1. Ситуация

В ортопедическое отделение стоматологической клиники обратился пациент К. 41 года.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 1.5, 1.6, 2.5, 2.6, 3.6, 4.6 зубов;
- нарушение функции жевания.

1.3. Анамнез заболевания

1.5, 1.6, 2.5, 2.6, 3.6, 4.6 зубы начал удалять в связи с заболеванием кариеса и его осложнением несколько лет назад. Ранее за ортопедическим лечением не обращался.

1.4. Анамнез жизни

- Работает.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- 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	О	О										О	О	Pt	
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.

Прикус ортогнатический.

Вопрос №1 Для выбора тактики лечения необходимо применить дополнительный метод обследования:

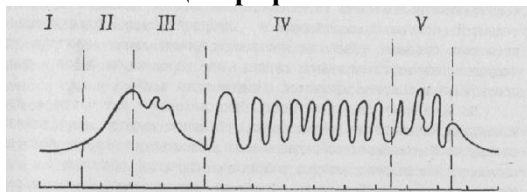
1. ортопантомографию
2. мастикациографию
3. электроэнцефалографию
4. аксиографию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Ортопантомография

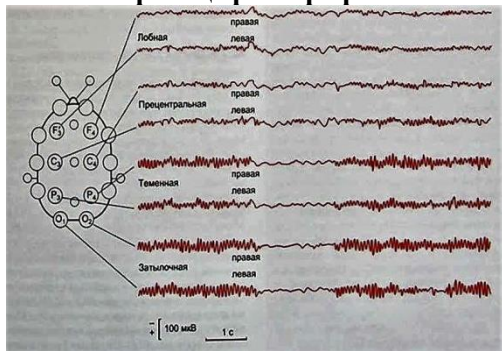


3.2. Мастикациография



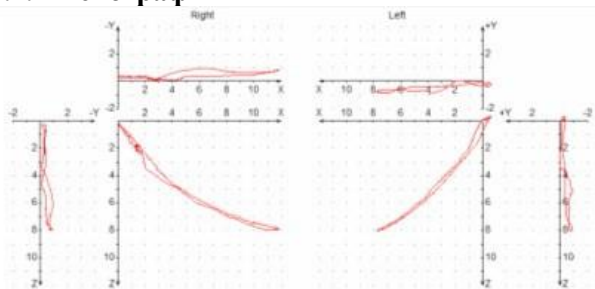
Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

3.3. Электроэнцефалография



Не входит в перечень методов обследования при данной патологии.

3.4. Аксиография



Данный метод обследования не является обязательным в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Клиническим диагнозом по классификации МКБ-10 является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита
2. другие и неуточнённые аномалии размеров и формы зубов
3. другие уточнённые изменения зубов и их опорного аппарата
4. другие наследственные нарушения структуры зуба (дисплазия дентина, раковидные зубы)

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Вариантами лечения данного дефекта являются имплантация и:

1. мостовидный протез
2. индивидуальная каппа
3. арамидноешинирование
4. аппарат Энгля

Вопрос №4 Для снятия анатомического оттиска используется _____ оттискная масса:

1. силиконовая
2. карборундовая
3. сульфатная
4. силикатная

Вопрос №5 К противопоказанию получения слепков относят:

1. аллергию на слепочные материалы
2. повышенное артериальное давление
3. пониженное артериальное давление
4. вредные привычки

Вопрос №6 Одним из свойств оттискного материала является:

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

Вопрос №7 Перевод физической формы реального объекта в цифровую форму (трёхмерную компьютерную модель объекта) производится с использованием:

1. 3D-сканирования
2. кефалометрии
3. антропометрии
4. 3D-моделирования

Вопрос №8 Негативное (обратное) изображение поверхности твёрдых и мягких тканей, расположенных на протезном ложе и его границах, называют:

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

Вопрос №9 При работе с CAD/CAM-технологией для получения цифровых 3D-моделей используют:

1. сканер
2. фотоаппарат
3. принтер

4. лазер

Вопрос №10 Для снятия рабочего оттиска при изготовлении мостовидного протеза используется _____ оттисковая масса:

1. силиконовая
2. каучуковая
3. гипсовая
4. термопластическая

Вопрос №11 Профилактика дефектов зубного ряда заключается в своевременном:

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

Вопрос №12 Кратность посещения врача-стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ раз/раза в год:

1. 2
2. 3
3. 1
4. 6

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 2

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Пациент К. 32 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 4.6 зуба;
- нарушение функции жевания;
- нарушение функции речеобразования.

1.3. Анамнез заболевания

4.6 зуб был удалён 3 месяца назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

		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	
	П	О	П										К			

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус патологический.

Локальный статус: Отсутствует 4.6 зуб, 4.5 и 4.7 зубы лечены по поводу осложненного кариеса, на 1.6 и 3.6 зубах металлокерамические коронки.

Вопрос №1 К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза и дальнейшего лечения, относят :

1. ортопантомографию

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. аномалии положения зубов
3. нарушения формирования зубов
4. эксфолиация зубов вследствие системных нарушений

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Классом дефекта по классификации Кеннеди является:

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

Вопрос №4 Для лечения данного дефекта используются варианты конструкции зубного протеза: несъёмная и:

1. съёмная
2. полулабильная
3. жёсткая
4. лабильная

Вопрос №5 При изготовлении мостовидного протеза для снятия рабочего оттиска используется оттискная масса:

1. силиконовая
2. альгинатная
3. гипсовая
4. термопластическая

Вопрос №6 При изготовлении мостовидного протеза для снятия анатомического оттиска используются альгинатные и _____ оттискные массы:

1. А-силиконовые
2. С-силиконовые
3. термопластические
4. гидроколлоидные

Вопрос №7 К методам определения центральной окклюзии относят функциональный и:

1. инструментальный
2. физиологический
3. антропометрический
4. анатомический

Вопрос №8 Завершающим клиническим этапом изготовления металлокерамических мостовидных протезов является:

1. припасовка и фиксация на постоянный цемент
2. изготовление, припасовка и фиксация провизорных коронок
3. припасовка каркаса мостовидного протеза
4. фиксация на временный цемент

Вопрос №9 Завершающим лабораторным этапом изготовления металлокерамических мостовидных протезов является:

1. глазурирование керамики
2. литьё, очистка протеза
3. нанесение керамической массы
4. замена воска на металл

Вопрос №10 Для изготовления каркаса металлокерамических мостовидных протезов используются драгоценные сплавы металлов: золотые и:

1. серебряно-палладиевые
2. молибденовые
3. оловянные
4. кобальт-хромовые

Вопрос №11 Дефекты зубных рядов принято условно подразделять на:

1. малые, средние, большие
2. протяжённые, среднепротяжённые, цилиндрические
3. узкие, широкие, косые

4. осложнённые, неосложнённые, дугообразные

Вопрос №12 Кратность посещения врача-стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ в год:

1. 2 раза
2. 1 раз
3. 3 раза
4. 4 раза

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

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

Пациент Г. 36 лет обратился клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 3.6, 4.6 зубов;
- нарушение функции жевания.

1.3. Анамнез заболевания

3.6, 4.6 зубы были удалены около года назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П	П									П	П	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		О									П		О		О

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: патологический.

Локальный статус: отсутствуют 3.6, 4.6 зубы

Вопрос №1 К дополнительному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, относят:

1. ортопантомографию
2. электроодонтодиагностику
3. спектрометрию
4. аксиографию

3. Результаты дополнительного метода обследования

3.1. Ортопантомография

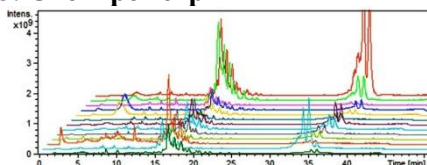
3.6, 4.6 зубы отсутствуют.



3.2. Электроодонтодиагностика

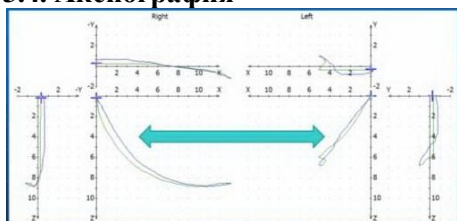
Электроодонтодиагностика (ЭОД) является методом исследования, с помощью которого можно оценить жизнеспособность пульпы зуба при травматическом повреждении, новообразовании, воспалении или любом другом заболевании зубов и челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Спектрометрия



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

3.4. Аксиография



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

Вопрос №2 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 гипопизарный гигантизм верхней и нижней челюстей
4. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Согласно классификации Кеннеди дефект зубного ряда в данной клинической ситуации является дефектом:

1. включённым, в боковом отделе
2. включённым, переднего отдела
3. двусторонним концевым
4. односторонним концевым

Вопрос №4 Наиболее оптимальными вариантами ортопедического лечения в данной клинической ситуации являются _____ протез и имплантация:

1. мостовидный
2. имедиат
3. полный съёмный
4. консольный

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

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

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

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

Вопрос №7 Для получения цифровых 3D моделей при использовании в работе CAD/CAM технологии используют:

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

Вопрос №8 Этап формирования десны после установления формирователя занимает в среднем :

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

Вопрос №9 Одним из способов фиксации коронки на имплантат является:

1. винтовой
2. штекерный
3. пробковый
4. клееный

Вопрос №10 Абатмент является в полости рта внутриротовой:

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

Вопрос №11 Самым биосовместимым материалом считается:

1. титан
2. амальгама
3. серебро
4. латунь

Вопрос №12 Экспозиция дезинфекции С-силиконовых оттисков в дезинфицирующем растворе составляет :

1. 30 минут
2. 60 минут
3. 15 минут
4. 45 минут

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

Пациент 26 лет обратился клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 3.5 зуба,
- нарушение функции жевания.

1.3. Анамнез заболевания

3.5 зуб был удалён 3 месяца назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

	П	П	П	П		П	П	П			П	П	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	П	П									О	П	П	

Осмотр полости рта: слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус патологический.

Локальный статус: отсутствует 3.5 зуб.

Вопрос №1 К дополнительному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза, относят:

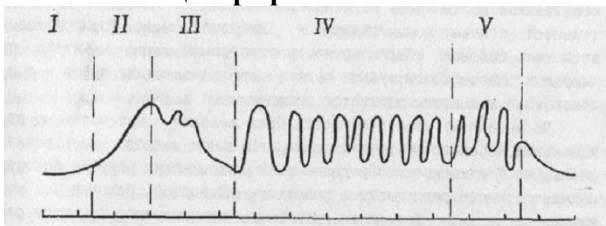
1. ортопантомографию
2. мастикациографию
3. телерентгенограмму
4. реопародонтографию

3. Результаты дополнительного метода обследования

3.1. Ортопантомография

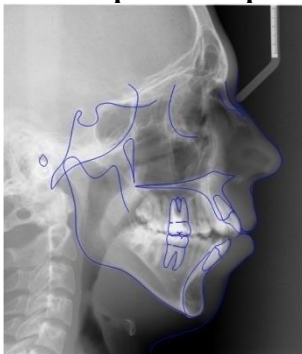


3.2. Мастикациография



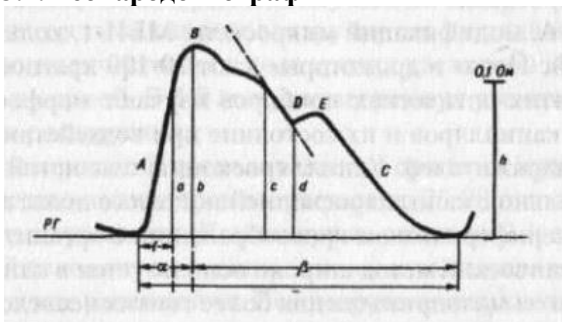
Исследование не входит в перечень диагностических методов при данной патологии.

3.3. Телерентгенограмма



Исследование не имеет диагностического значения в данном клиническом случае.

3.4. Реопародонтография



Исследование не имеет диагностического значения в данном клиническом случае.

Вопрос №2 Клиническая картина соответствует диагнозу :

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни

2. аномалии соотношений зубных дуг
3. акромегалия и гипофизарный гигантизм
4. основные аномалии размеров челюстей

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 В соответствии с классификацией по Кеннеди у пациента наблюдают дефект:

1. включённый в боковом отделе
2. включённый переднего отдела
3. двусторонний концевой
4. односторонний концевой

Вопрос №4 К оптимальным вариантам ортопедического лечения в данной клинической ситуации относят применение:

1. мостовидного протеза, имплантата
2. временной каппы, имедиат протеза
3. аппарата Энгля, аппарата Катца
4. шинирования, армирования

Вопрос №5 Для снятия оттиска применяют материал:

1. силиконовый
2. каучуковый
3. гипсовый
4. карборундовый

Вопрос №6 Оттискный материал должен обладать:

1. тиксотропностью
2. разрыхляемостью
3. порообразованием
4. влагопитываемостью

Вопрос №7 Слепок с зубов у пациента получают с помощью:

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

Вопрос №8 После установления формирователя десна у пациента формируется в течение :

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

Вопрос №9 Коронка фиксируется с имплантатом _____ способом:

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

Вопрос №10 Абатмент является в полости рта интратротовой:

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

Вопрос №11 К твердеющему оттискному материалу относят:

1. гипс
2. альгинат
3. силикон
4. каучук

Вопрос №12 Экспозиция С-силиконовых оттисков в дезинфицирующем растворе составляет :

1. 30 минут
2. 60 минут
3. 120 минут
4. 90 минут

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

В стоматологическую клинику обратился пациент Л. 36 лет.

1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи.

1.3. Анамнез заболевания

- 2 года назад проведено сложное удаление 3.6 зуба по причине хронического периодонтита.
- 3 месяца назад был удалён 4.6 зуб по причине обострения хронического периодонтита, после чего пациент стал отмечать затруднение при приёме твёрдой пищи.

1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: эпидемический паротит в детстве, ОРЗ.
- Сопутствующие заболевания: хронический бронхит.
- Со слов пациента, аллергические реакции на медикаменты и продукты питания отсутствуют.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Кожные покровы обычной окраски, конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта в полном объёме, безболезненно.



Осмотр полости рта. Зубная формула:

С	К		КД									С	ПС	К	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
С	П	О			О								О		О

Слизистая оболочка рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. Определяется отсутствие 3.6, 4.6 зубов, в данной области – умеренная убыль костной ткани. Пальпация безболезненна.

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

1. визуальное и пальпаторное определение степени атрофии альвеолярной части нижней челюсти
2. лучевое исследование нижней челюсти
3. электроодонтодиагностику 3.7, 4.7 зубов
4. лучевое исследование придаточных пазух носа
5. УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области
6. сиалографию правой околоушной слюнной железы

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Визуальное и пальпаторное определение степени атрофии альвеолярной части нижней челюсти

Отсутствие выраженной атрофии костной ткани, позволяющее провести дентальную имплантацию.

3.2. Лучевое исследование нижней челюсти

Ширина костной ткани в щёчно-язычном отделе - 6 мм.

Расстояние между корнями соседних зубов - 8 мм.

Количество кости над нижнечелюстным каналом - 10 мм.

3.3. Электроодонтодиагностика 3.7, 4.7 зубов

Показатель - 8 мкА. Данная величина не является определяющей диагност.

3.4. Лучевое исследование придаточных пазух носа

Исследование не имеет значения при постановке диагноза и составления плана лечения у данного больного.

3.5. УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области

Исследование не имеет значения при постановке диагноза и составления плана лечения у данного больного.

3.6. Сиалография правой околоушной слюнной железы

При данной патологии не имеет клинического значения.

Вопрос №2 Основным предполагаемым диагнозом является:

1. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
2. атрофия беззубого альвеолярного края
3. импактные зубы
4. другие нарушения развития зубов

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Причиной возникновения частичного отсутствия зубов на нижней челюсти у пациента является удаление зубов по причине:

1. осложнённого кариеса
2. пародонтита
3. травматического поражения
4. ятрогенных осложнений

Вопрос №4 Перед дентальной имплантацией необходимо провести оценку общего состояния пациента, полости рта, терапевтическую санацию и:

1. удаление зубов и корней, не подлежащих сохранению
2. эндодонтическое лечение 3.5 зуба
3. эндодонтическое лечение 3.5 и 3.7 зубов
4. ортопедическое лечение

Вопрос №5 При подготовке к проведению дентальной имплантации необходима документально подтверждённая консультация врача-стоматолога:

1. -ортопеда
2. -терапевта
3. -пародонтолога
4. -ортодонта

Вопрос №6 При решении вопроса о возможном использовании дентальной имплантации в области каждого предполагаемого места установки имплантата у данного пациента необходимо определить состояние слизистой оболочки:

1. полости рта
2. верхнечелюстной пазухи
3. клиновидной пазухи
4. решётчатого лабиринта

Вопрос №7 Методики имплантации и последующего протезирования проводятся в соответствии с:

1. выбранной имплантационной системой
2. пожеланием пациента
3. расчётом общей стоимости лечения
4. техническими возможностями стоматологической клиники

Вопрос №8 К местным противопоказаниям для проведения дентальной имплантации относят:

1. недостаточное расстояние до канала нижнечелюстного нерва

2. сахарный диабет 2 типа
3. гипертоническую болезнь
4. шизофрению

Вопрос №9 Определение объёма и структуры костного ложа наиболее точно проводится с помощью обследования:

1. рентгенологического
2. ультразвукового
3. пальпаторного
4. сцинтиграфического

Вопрос №10 К факторам, препятствующим немедленному началу протезирования, относят:

1. неудалённые корни зубов под слизистой оболочкой
2. наличие мостовидных протезов в полости рта
3. парестезии лицевого нерва
4. наличие астигматизма

Вопрос №11 Относительным противопоказанием для проведения дентальной имплантации является:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта
2. удовлетворительная гигиена полости рта
3. наличие мостовидных протезов в полости рта
4. ношение пациентом съёмных зубных протезов

Вопрос №12 Успех остеоинтеграции дентального имплантата оценивают как низкий в случае минимальной толщины:

1. кортикальной пластинки в области операции
2. слизистой оболочки в области операции
3. слизистой верхнечелюстной пазухи
4. верхней челюсти в области бугра

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

В стоматологическую клинику обратился пациент М. 43 лет.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие зуба на нижней челюсти справа;
- затруднение при приёме пищи.

1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациента, зуб на нижней челюсти справа был удалён около пяти месяцев назад по причине осложнений кариеса.

1.4. Анамнез жизни

- Аллергические реакции отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.
- Считает себя практически здоровым.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области не увеличены.

Осмотр полости рта. Зубная формула:

		С														
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	

3. выступать на 2 мм над уровнем

4. выступать на 3 мм над уровнем

Вопрос №5 Для достижения первичной стабилизации дентального имплантата минимальное значение силы, с которым он будет установлен в кость, составляет (в Нсм):

1. 25-30

2. 5

3. 10

4. 15-20

Вопрос №6 Рекомендованный диаметр дентального имплантата, который будет установлен пациенту в данной клинической ситуации, составляет (в мм):

1. 4,0

2. 1,0

3. 2,0

4. 3,0

Вопрос №7 Минимальное расстояние от имплантата до нижнечелюстного канала составляет (в мм):

1. 1,0

2. 0,7

3. 0,3

4. 0,5

Вопрос №8 Для успешной установки имплантатов ширина костной ткани в щёчно-язычном отделе должна быть не менее (в мм) :

1. 6,0

2. 2,0

3. 4,0

4. 3,0

Вопрос №9 Оптимальная длина дентального имплантата в данной клинической ситуации оставляет (в мм):

1. 11-14

2. 7

3. 6

4. 8-9

Вопрос №10 Минимальная толщина костной ткани, которая окружает дентальный имплантат, должна составлять (в мм):

1. 0,5

2. 0,1

3. 0,2

4. 1,5

Вопрос №11 При проведении двухэтапной дентальной имплантации вторым этапом операции является :

1. установка формирователя десны

2. установка винта-заглушки

3. фиксация временной коронки

4. фиксация постоянной коронки

Вопрос №12 Расстояние между двумя имплантатами должно составлять не менее (в мм):

1. 2,0-3,0

2. 0,5

3. 1,0

4. 0,5-1,5

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

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 36 лет.

1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- разрушение коронковой части 4.6 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

- Зуб был лечен эндодонтически по поводу пульпита 1 месяц назад. Ранее не протезировалась.

1.4. Анамнез жизни

- Со слов пациентки, практически здорова.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. При открывании и закрывании рта отмечается наличие девиации.



Зубная формула:

		П	П											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
	П	R										П			

Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Коронковая часть 4.6 зуба разрушена, имеется временная пломба на жевательной поверхности.

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

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

3. Результаты аппаратных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

- корневые каналы 4.6 зуба запломбированы до верхушки;
- изменения в периапикальных тканях отсутствуют.

3.2. Функциография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Определение цвета зубов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения 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

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 _____ 4.6 зуба :

1. Другой кариес. Разрушение коронковой части
2. Хронический гингивит
3. Хронический локализованный пародонтит
4. Локализованное повышенное стирание

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Целью изготовления искусственной коронки является:

1. восстановление анатомической формы и функции зуба, предупреждение развития вторичной деформации в области зубов-антагонистов
2. предупреждение развития повышенного стирания зубов-антагонистов во фронтальных и боковых отделах верхней и нижней челюстей
3. предупреждение развития функциональной перегрузки пародонта опорного зуба и прогрессирования заболеваний слизистой оболочки полости рта
4. восстановление целостности зубного ряда и предотвращение возникновения непереносимости, вызванной конструкционными материалами

Вопрос №5 Первым клиническим этапом изготовления искусственной коронки является:

1. получение оттисков с обеих челюстей для изготовления временных коронок
2. препарирование зуба под постоянные коронки
3. выбор цвета рядом расположенных зубов и антагонистов на противоположной челюсти
4. фиксация коронки на постоянный цемент

Вопрос №6 План лечения пациентки заключается в :

1. изготовлении штифтовой конструкции и искусственной коронки на 4.6 зуб
2. постановке лечебной прокладки и пломбировании 4.6 зуба композитным материалом
3. постановке лечебной прокладки и изготовлении вкладки на 4.6 зуб
4. постановке изолирующей прокладки и изготовлении съёмного протеза на нижнюю челюсть

Вопрос №7 Для изготовления цельнолитых искусственных коронок рабочий оттиск получают с использованием:

1. силиконовых оттискных масс
2. альгинатных оттискных масс
3. гипса
4. базисной пластмассы

Вопрос №8 Для изготовления цельнолитых искусственных коронок оттиски получают с помощью:

1. стандартной ложки
2. индивидуальной ложки
3. фрагментарной ложки

- воскового шаблона

Вопрос №9 Окончательным лабораторным этапом изготовления искусственной цельнолитой коронки является:

- полировка
- фиксация коронки
- нанесение покрытия
- глазурирование

Вопрос №10 Для фиксации временных коронок используются:

- цементы для временной фиксации
- стеклоиономерные цементы
- цементы двойного отверждения
- композитные материалы

Вопрос №11 Окончательным клиническим этапом изготовления искусственной металлокерамической коронки является:

- фиксация
- выверение окклюзии
- полировка коронки
- глазурирование

Вопрос №12 Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить 1 раз в ___ месяцев:

- 6
- 9
- 12
- 18

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 4

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 44 лет.

1.2. Жалобы

на

- скол зуба на нижней челюсти слева;
- застревание пищи между 3.6 и 3.5 зубами при приёме пищи.

1.3. Анамнез заболевания

- К врачу-стоматологу обращалась более 5 лет назад.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, без видимых патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Конфигурация лица не изменена. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме.

Локальный статус: 3.5 зуб – частичный дефект коронковой части зуба, индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) – 90%, восстановленный пломбой из амальгамы, краевое прилегание-нарушено, скол дистальной стенки коронковой части на уровне десны. Зондирование полости безболезненно. Горизонтальная и вертикальная перкуссия отрицательная.

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

- прицельная внутриротовая рентгенография
- электроодонтометрия
- осмотр
- исследование диагностических моделей

3. Результаты обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии у 3.5 зуба: корневые каналы равномерно obturированы рентгеноконтрастным материалом; периапикальных изменений нет.

3.2. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Осмотр

Осмотр – основной клинический метод обследования.

3.4. Исследование диагностических моделей

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Целью определения индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) является:

1. выбор конструкции зубного протеза (вкладка, штифтовая культевая вкладка, искусственная коронка)
2. определение целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определение чувствительности тканей
3. определение электровозбудимости пульпы зуба
4. определение глубины пародонтального кармана

5. Результаты обследования

5.1. Выбор конструкции зубного протеза

У пациента ИРОПЗ – 90%. Выбор конструкции зубного протеза.

5.2. Определение целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определение чувствительности тканей

Для определения целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определения чувствительности тканей проводится зондирование.

5.3. Определение электровозбудимости пульпы зуба

Электроодонтометрия – исследование, с помощью которого измеряется электровозбудимость пульпы.

5.4. Определение глубины пародонтального кармана

Для определения глубины пародонтального кармана проводится зондирование.

Вопрос №3 Клиническим диагнозом пациента является:

1. Частичный дефект коронковой части 3.5 зуба
2. Фрактура корня 3.5 зуба
3. Апикальный периодонтит
4. Локальный пародонтит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Причиной застревания пищи между 3.6 и 3.5 зубами является:

1. отсутствие контактного пункта
2. локальный пародонтит
3. нефизиологичные движения нижней челюсти
4. повышенное стирание зубов

Вопрос №5 При дополнительном отсутствии у данного пациента 2.1 зуба сопутствующим клиническим диагнозом является :

1. частичное вторичное отсутствие зубов 4 класса по Кеннеди на верхней челюсти
2. хронический пародонтит
3. повышенное стирание
4. частичное вторичное отсутствие зубов 1 класса по Кеннеди на верхней челюсти

Вопрос №6 Для изготовления штифтово-культевой вкладки непрямым методом в первое посещение врачу необходимо :

1. получить двухслойный рабочий оттиск
2. получить альгинатный рабочий оттиск
3. смоделировать вкладку из воска
4. смоделировать вкладку из беззольной пластмассы

Вопрос №7 В данной клинической ситуации способом восстановления анатомической формы зуба является:

1. штифтовая конструкция

2. реставрация из композитного материала
3. полукоронка
4. винир

Вопрос №8 Рекомендуемая длина распломбирования канала корня зуба под штифтовую культевую вкладку равна:

1. удвоенной длине искусственной культи
2. половине длины искусственной культи
3. $\frac{1}{5}$ длины канала
4. $\frac{1}{3}$ длины канала

Вопрос №9 Для изготовления штифтово-культевой вкладки прямым методом в первое посещение врачу необходимо :

1. смоделировать вкладку из воска или беззольной пластмассы
2. получить рабочий оттиск альгинатной массой
3. смоделировать вкладку из керамики
4. зафиксировать вкладку на временный цемент

Вопрос №10 Противопоказанием к изготовлению штифтовых конструкций является:

1. хронический гранулирующий периодонтит
2. полное разрушение коронковой части зуба
3. полная obturация корневых каналов пломбировочным материалом
4. разрушение тканей корня выше уровня десны

Вопрос №11 Материалом для изготовления штифтово-культевых вкладок является:

1. серебряно-палладиевый сплав
2. А-силикон
3. С-силикон
4. сплав «Супер-ЛБ»

Вопрос №12 Для фиксации штифтовой культевой вкладки из серебряно-палладиевого сплава используется:

1. стеклоиономерный цемент
2. безэвгеноловый цемент для временной фиксации
3. водный дентин
4. масляный дентин

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 5

1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратился мужчина 36 лет.

1.2. Жалобы

на кратковременные быстропроходящие боли на холод в области боковых зубов слева.

1.3. Анамнез заболевания

2.6 и 3.6 зубы – были восстановлены пломбами неоднократно, пломбы менялись в связи с разрушением, последний раз 1 год назад. Около месяца назад начала застревать пища между зубами на верхней и нижней челюстях слева.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает менеджером.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: отец, 72 года, пользуется несъёмными протезами.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре видимых изменений не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

														П/С		
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/С		

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

При осмотре полости рта наблюдается дефект коронковой части 2.6, 3.6 зубов, частично восстановленных пломбами, 2 класс по Блэку, дефекты на контактных поверхностях. При зондировании кариозных полостей определяются кратковременная болезненность. Перкуссия зубов безболезненна.

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

1. электроодонтометрию 2.6, 3.6 зубов
2. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
3. пальпацию регионарных лимфатических узлов
4. гнатодинамометрию 2.6, 3.6 зубов
5. определение демпфирующих свойств периодонта 2.6, 3.6 зубов

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Электроодонтометрия 2.6, 3.6 зубов

Электровозбудимость пульпы 2.6 зуба – 6 мкА, 3.6 зуба – 5 мкА. Значения электровозбудимости пульпы 2.6, 3.6 зубов соответствуют значениям нормы.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба

Индекс разрушения окклюзионной поверхности 2.6, 3.6 зубов (ИРОПЗ) > 0,6, но менее 0,8.

3.3. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Гнатодинамометрия 2.6, 3.6 зубов

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.5. Определение демпфирующих свойств периодонта 2.6, 3.6 зубов

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. кариес дентина 2.6, 3.6 зубов
2. хронический пародонтит локализованный
3. кариес эмали стадия белого пятна 2.6, 3.6 зубов
4. пародонтоз

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Необходимо изготовить на 2.6, 3.6 зубы _____ коронки:

1. цельнолитые металлокерамические; сначала на 2.6, затем на 3.6 зуб
2. цельнолитые металлокерамические; одновременно
3. цельнолитые металлокерамические; сначала на 3.6, затем на 2.6 зуб
4. постоянные пластмассовые; одновременно

Вопрос №4 Для создания комфортного состояния для пациента и предотвращения травмы пародонта и смещения нижней челюсти на период изготовления искусственных коронок необходимо _____ изготовление временных коронок _____ на 2.6 и 3.6 зубы :

1. одновременное; из пластмассы
2. поочередное; из пластмассы
3. одновременное; цельнолитых
4. поочередное; цельнолитых

Вопрос №5 Для изготовления временных пластмассовых коронок на 2.6, 3.6 зубы в первое посещение необходимо получить:

1. альгинатные оттиски
2. восковые базисы
3. разборные модели
4. гипсовые столбики

Вопрос №6 Начинать препарирование под искусственную коронку в данной клинической ситуации следует с _____ и удаления повреждённых частей пломбы и размягчённого дентина ____ зуба:

1. проведения анестезии; 2.6
2. препарирования окклюзионной поверхности; 3.6
3. препарирования апроксимальных поверхностей; 2.6
4. проведения анестезии; 1.5

Вопрос №7 Препарирование зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку следует проводить по окклюзионной поверхности на толщину сплава металла и керамической облицовки от ____ до ____ мм _____ апроксимальных поверхностей в:

1. 1,6; 1,8; с наклоном; 5-7 градусов
2. 1,0; 1,2; без наклона; виде цилиндра
3. 0,6; 0,8; с наклоном; 15-17 градусов
4. 2,6; 2,8; с наклоном; 25-27 градусов

Вопрос №8 Получение рабочего оттиска проводится _____ после препарирования зуба:

1. на следующий день или через день
2. через 7 дней
3. через 14 дней
4. в течение периода от 7 до 14 дней

Вопрос №9 При изготовлении временной коронки необходимо добиться её _____ прилегания к культе зуба и апроксимальным стенкам соседних зубов, а также:

1. плотного; беспрепятственного смыкания зубных рядов
2. неплотного; беспрепятственного смыкания зубных рядов
3. плотного; занижения нижнего отдела лица в центральной окклюзии
4. плотного; завышения нижнего отдела лица в центральной окклюзии

Вопрос №10 Во второе посещение необходимо получение рабочего оттиска _____ и вспомогательного оттиска _____ слепочной массой:

1. двухслойного силиконового; альгинатной
2. двухслойного альгинатного; силиконовой
3. альгинатного; двухслойного силиконовой
4. гипсом; силиконовой

Вопрос №11 В третье посещение необходимо _____ каркас металлокерамической коронки на 2.6 зубе:

1. припасовать
2. отполировать
3. зафиксировать
4. обезжирить

Вопрос №12 В четвертое посещение необходимо наложить и припасовать готовую металлокерамическую коронку на ____ зубе:

1. 2.6
2. 2.5
3. 3.6
4. 1.5

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

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент И. 32 лет.

1.2. Жалобы

на затруднённое пережёвывание пищи на левой стороне.

1.3. Анамнез заболевания

2.4, 2.5 зубы неоднократно лечены в связи с развитием кариеса. Жалобы появились около 2 месяцев назад.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Вредные привычки: не имеет.
- Рос и развивался нормально.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

												П	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	

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

2.4, 2.5 зубы – коронковая часть частично разрушена, восстановлена композитным материалом. Зондирование по краю пломбы и перкуссия безболезненны. Подвижность 2.4, 2.5 зубов в пределах физиологической нормы.

Вопрос №1 К необходимым дополнительным методам обследования в данной клинической ситуации относят:

1. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
2. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
3. витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
4. люминесцентную стоматоскопию
5. магниторезонансную томографию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

2.4, 2.5 зубы – витальные.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба

Индекс разрушения окклюзионной поверхности 2.4, 2.5 зубов (ИРОПЗ) > 0,6.

3.3. Витальное окрашивание твёрдых тканей зуба

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза «кариес зубов», проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача)

3.4. Люминесцентная стоматоскопия

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

3.5. Магниторезонансная томография

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

Вопрос №2 Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

1. кариес дентина 2.4, 2.5 зубов
2. хронический пародонтит локализованный
3. кариес эмали стадии белого пятна 2.4, 2.5 зубов
4. пародонтоз

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Необходимо изготовить на 2.4, 2.5 зубы:

1. цельнокерамические коронки

2. постоянные пластмассовые коронки
3. виниры
4. вкладки

Вопрос №4 Для создания комфортного состояния для пациента и предотвращения травмы пародонта на период изготовления искусственной коронки на первом этапе необходимо изготовление временных коронок на _____ зубы:

1. 2.4, 2.5
2. 1.4, 1.5
3. 3.4, 3.5
4. 4.4, 4.5

Вопрос №5 На первом этапе лечения необходимо получить оттиски для изготовления временных _____ коронок на _____ зубы:

1. пластмассовых; 2.4, 2.5
2. цельнолитых; 2.4, 2.5
3. металлокерамических; на 2.4, 2.5
4. металлокерамических; на 1.4, 1.5

Вопрос №6 Под цельнокерамические коронки применяется препарирование с циркулярным уступом под углом (в градусах):

1. 90
2. 110
3. 135
4. 105

Вопрос №7 В следующее посещение после препарирования зубов необходимо получение рабочего оттиска _____ и вспомогательного оттиска _____ слепочной массой:

1. двухслойного силиконовой массой; альгинатной
2. двухслойного альгинатной массой; силиконовой
3. альгинатной массой; двухслойного силиконовой
4. гипсом; термопластической

Вопрос №8 Рабочий оттиск получают оттискными ложками:

1. стандартными из нержавеющей стали
2. индивидуальными восковыми
3. индивидуальными термопластическими
4. индивидуальными пластмассовыми

Вопрос №9 В следующее посещение после этапа получения рабочих оттисков необходимо зафиксировать положение зубных рядов в _____ окклюзии:

1. центральной
2. дистальной
3. боковой правой
4. передней

Вопрос №10 На следующем этапе лечения после фиксации центральной окклюзии необходимо провести наложение и припасовку готовых _____ коронок на _____ зубы:

1. цельнокерамических; 2.4, 2.5
2. цельнолитых; 2.4, 2.5
3. штампованных; 2.4, 2.5
4. цельнокерамических; 1.4, 1.5

Вопрос №11 Следующим клиническим этапом лечения после припасовки коронок будет фиксация на:

1. постоянный цемент
2. водный дентин
3. масляный дентин
4. силиконовую массу

Вопрос №12 После припасовки коронки в клинике до фиксации на постоянный цемент следует лабораторный этап _____ коронок на _____ зубы :

1. глазурирования цельнокерамических; 2.4, 2.5
2. глазурирования цельнокерамических; 1.4, 1.5
3. полировки цельнокерамических; 2.4, 2.5
4. глазурирования металлокерамических; 2.4, 2.5

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 4 Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов мостовидными протезами.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Р. 39 лет. Был направлен врачом-стоматологом-терапевтом после проведённого эндодонтического лечения.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие коронки зуба в области верхней челюсти справа.

1.3. Анамнез заболевания

Пациент обратился в клинику к врачу-стоматологу-терапевту с жалобами на боли при накусывании на зуб в области верхней челюсти справа. В результате проведённого обследования, изучения рентгенологических снимков пациенту проведено повторное эндодонтическое лечение 1.4 зуба ввиду недостаточной obturации корневых каналов с возникновением очагов периапикального воспаления. После проведённого повторного эндодонтического лечения пациенту показано ортопедическое восстановление коронковой части 1.4 зуба вследствие значительной утраты твёрдых тканей и невозможности заместить дефект терапевтическими методами.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Условия жизни и труда без особенностей.
- Вредных привычек не имеет.
- Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

1.5. Объективный статус

Конфигурация лица не изменена, шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Зубная формула:

О		П		Р									П		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		П											П		О

Локальный статус: в области 1.4 зуба наблюдается значительное разрушение коронковой части зуба.



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

1. прицельный снимок
2. электромиографию
3. телерентгенографию
4. электроодонтодиагностику (ЭОД)

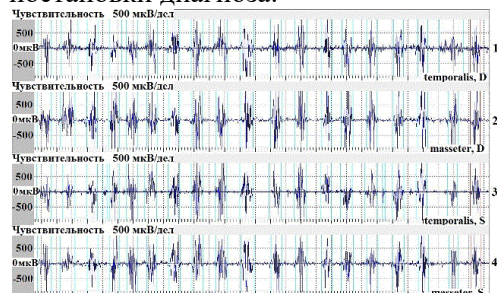
3. Результаты метода обследования

3.1. Прицельный снимок



3.2. Электромиография

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.



3.3. Телерентгенография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Электроодонтодиагностика (ЭОД)



Значение ЭОД – 2-6 мкА. Электроодонтодиагностика является методом исследования, с помощью которого можно оценить жизнеспособность пульпы зуба при травматическом повреждении, новообразовании, воспалении или любом другом заболевании зубов и челюстей.

Вопрос №2 Индекс, предложенный В.Ю. Миликевичем, позволяет определить:

1. степень разрушения окклюзионной поверхности зуба
2. качество одонтопрепарирования зуба
3. степень подвижности зуба
4. вид ортогнатического смыкания челюстей

Вопрос №3 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу у 1.4 зуба составляет:

1. более 0,8
2. 0,2-0,3
3. 0,4-0,5
4. менее 0,6

Вопрос №4 У причинного 1.4 зуба отсутствуют поверхности :

1. окклюзионная, мезиальная и дистальная
2. апроксимальные
3. контактные

4. вестибулярная и нёбная

Вопрос №5 При изготовлении культовых штифтовых конструкций проводят распломбировку корневого канала на _____ его длины:

1. $\frac{2}{3}$
2. $\frac{3}{4}$
3. $\frac{1}{4}$
4. $\frac{7}{8}$

Вопрос №6 Для снятия оттиска под вкладку применяются _____ слепочные массы :

1. А-силиконовые
2. С-силиконовые
3. эластические
4. альгинатные

Вопрос №7 Одонтопрепарирование под штифтовую культовую вкладку производится _____ борами:

1. алмазными
2. карборундовыми
3. циркониевыми
4. платиновыми

Вопрос №8 Наиболее оптимальным вариантом лечения 1.4 зуба является ортопедическое лечение с применением:

1. штифтовой культовой вкладки и коронки
2. металлокерамической коронки на имплантат
3. керамической вкладки типа overlay
4. паянного мостовидного протеза

Вопрос №9 Для изготовления штифтовой культовой вкладки применяют сплавы:

1. кобальто-хромовый
2. ртутно-палладиевый
3. композито-циркониевый
4. стекло-волоконный

Вопрос №10 Для фиксации культовой штифтовой вкладки применяют:

1. стеклоиономерный цемент
2. композит
3. амальгаму
4. бонд

Вопрос №11 После фиксации культовой вкладки приступают к этапу:

1. препарирования культи зуба
2. снятия оттиска индивидуальной ложкой
3. фиксации искусственной коронки
4. наложения швов

Вопрос №12 Кратность посещения врача стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ в год:

1. 2 раза
2. 4 раза
3. 12 раз
4. 6 раз

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 44 лет.

1.2. Жалобы

на

- застревание пищи между 4.6 и 4.7 зубами.

1.3. Анамнез заболевания

- К врачу-стоматологу обращалась более 4 лет назад.
- Неприятные ощущения в области десневого края беспокоят в течение последнего месяца.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме.

Зубная формула:

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/С														

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

Локальный статус: 4.6 зуб – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена титановым анкерным штифтом и композитным материалом с нарушением краевого прилегания, индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) более 80%. На дистальной контактной поверхности зуба определяется пломба с нависающим краем. Зондирование и перкуссия безболезненны. Подвижность 4.6 зуба в пределах физиологической нормы, глубина пародонтального зондирования – до 1-2 мм (на дистальной контактной поверхности). Зуб изменён в цвете, ранее лечен с помощью резорцин-формалинового метода.

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

1. прицельную внутриротовую рентгенографию
2. электроодонтометрию
3. реопародонтографию
4. периотестометрию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии: 4.6 зуба:

- корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины корня;
- периапикальные ткани без видимых изменений (изменений в периапикальных тканях не выявлено).

3.2. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Периотестометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу используется с целью определения :

1. конструкции зубного протеза
2. целостности твёрдых тканей зуба
3. электровозбудимости пульпы зуба
4. глубины пародонтального кармана

5. Результаты методов обследования

5.1. Определение конструкции зубного протеза

В зависимости от степени разрушения коронковой части зуба подбирается соответствующая конструкция зубного протеза: пломбирование, изготовление вкладок, коронок, штифтовых конструкций. У пациента ИРОПЗ 4.6 зуба – 80%.

5.2. Определение целостности твёрдых тканей зуба

Для определения целостности твёрдых тканей зуба проводится зондирование.

5.3. Определение электровозбудимости пульпы зуба

Для измерения электровозбудимости пульпы проводится электроодонтометрия.

5.4. Определение глубины пародонтального кармана

Для определения глубины пародонтального кармана проводится зондирование.

Вопрос №3 Предполагаемым основным клиническим диагнозом 4.6 зуба является:

1. другой кариес зубов
2. повышенное стирание зубов
3. хронический апикальный периодонтит
4. хронический пародонтит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Наиболее вероятной причиной застревания пищи между 4.6 и 4.7 зубами является:

1. отсутствие контактного пункта
2. нефизиологичное движение нижней челюсти
3. локальный пародонтит
4. повышенное стирание зубов

Вопрос №5 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 80% является показанием к изготовлению:

1. культевой штифтовой конструкции
2. вкладки типа инлей
3. полукоронки
4. экваторной коронки

Вопрос №6 Для изготовления штифтово-культевой вкладки непрямым методом в первое посещение необходимо:

1. получить двухслойный рабочий оттиск
2. получить альгинатный рабочий оттиск
3. смоделировать вкладку из воска
4. смоделировать вкладку из беззольной пластмассы

Вопрос №7 Для изготовления штифтово-культевой вкладки прямым методом в первое посещение врачу необходимо:

1. смоделировать вкладку из воска или беззольной пластмассы
2. получить рабочий оттиск альгинатной массой
3. смоделировать вкладку из керамики
4. зафиксировать вкладку на временный цемент

Вопрос №8 Рекомендуемая длина распломбирования канала корня зуба под штифтовую культевую вкладку равна:

1. удвоенной длине искусственной культы
2. половине длины искусственной культы
3. $\frac{1}{2}$ длины корня
4. $\frac{1}{3}$ длины корня

Вопрос №9 К противопоказаниям по применению штифтовых конструкций относят:

1. некупированные патологические изменения в периапикальных тканях
2. полное разрушение коронковой части зуба
3. полную obturацию корневых каналов пломбировочным материалом
4. тонкие стенки коронковой части зуба

Вопрос №10 Для фиксации на зуб штифтовой культевой вкладки из металлического сплава используется:

1. стеклоиономерный цемент
2. безэвгенольный цемент
3. водный дентин
4. масляный дентин

Вопрос №11 Для фиксации на зуб штифтовой культевой вкладки из диоксида циркония используется:

1. цемент двойного отверждения
2. безэвгенольный цемент

3. масляный дентин
4. водный дентин

Вопрос №12 Основным методом восстановления культи зуба при ИРОПЗ 50% является изготовление:

1. вкладки
2. пломбы из стеклоиономерного цемента
3. пломбы из композита светового отверждения
4. коронки

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

На приём в поликлинику обратилась женщина 42 лет.

1.2. Жалобы

на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

1.3. Анамнез заболевания

1.6 зуб депульпирован с пломбированием каналов 10 лет назад. Был восстановлен пломбой.

Отломкоронковой части 1.6 зуба вместе с пломбой произошёл 2 дня назад. Последний раз у врача-стоматолога была 3 месяца назад на профилактическом осмотре.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает учителем математики.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 80 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр.

Без видимых изменений.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

		R														
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	
.																

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

При осмотре полости рта наблюдается полное отсутствие коронковой части 1.6 зуба.

Вопрос №1 К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят:

1. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
2. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
3. пальпацию регионарных лимфатических узлов
4. мастикациографию
5. определение пародонтальных индексов
6. пальпацию по переходной складке

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

Каналы корня 1.6 зуба запломбированы до верхушек. В периапикальных тканях изменений не наблюдается.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)

Для 1.6 зуба ИРОПЗ > 0,8

3.3. Пальпация регионарных лимфатических узлов

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

3.4. Мастикациография

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

3.5. Определение пародонтальных индексов

Данный метод обследования не является обязательным при данной патологии, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

3.6. Пальпация по переходной складке

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

Вопрос №2 Основным диагнозом является :

1. другой кариес зубов
2. хронический пародонтит локализованный
3. кариес эмали
4. пульпит хронический гиперпластический

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 На 1.6 зуб необходимо изготовить _____ искусственную коронку:

1. культевую вкладку и
2. металлопластмассовую
3. пластмассовую
4. металлокерамическую

Вопрос №4 На начальном этапе лечения необходимо _____ 1.6 зуб/зуба :

1. провести удаление размягчённого дентина
2. поставить светоотверждаемую пломбу на
3. провести ретракцию десны в области
4. поставить пломбу из стеклоиономерного цемента на

Вопрос №5 После удаления размягчённого дентина необходимо распломбировать каналы 1.6 зуба на :

1. $\frac{2}{3}$ длины корней
2. всю длину корней
3. 3,0 мм
4. 4,0 мм

Вопрос №6 После распломбирования каналов необходимо на 1.6 зуб :

1. смоделировать культевую вкладку из пластмассы
2. изготовить металлокерамическую коронку
3. поставить светоотверждаемую пломбу
4. изготовить стальную штампованную коронку

Вопрос №7 После моделирования культевой вкладки из пластмассы и её отливки из сплава металла необходимо на 1.6 зуб :

1. припасовать культевую вкладку
2. закрутить анкерные штифты
3. поставить цементную пломбу
4. изготовить постоянную пластмассовую коронку

Вопрос №8 После припасовки культевую вкладку необходимо зафиксировать цементом на зуб :

1. 1.6
2. 1.7
3. 1.5
4. 1.4

Вопрос №9 После фиксации цементом культевой вкладки 1.6 зуба необходимо :

1. препарировать культю вместе с вкладкой

2. поставить на культевую вкладку светоотверждаемую пломбу
3. поставить на культевую вкладку цементную пломбу
4. поставить на культевую вкладку пломбу из водного дентина

Вопрос №10 При препарировании зуба под штампованную коронку боковые стенки должны иметь форму:

1. цилиндра
2. кругового конуса
3. усечённой пирамиды
4. пирамиды

Вопрос №11 Для изготовления штампованной коронки получение оттиска (слепок) следует производить _____ оттискными (слепочными) массами:

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

Вопрос №12 При препарировании зуба под штампованную коронку боковые поверхности зуба следует препарировать соответственно _____ зуба :

1. клинической шейке
2. клиническому экватору
3. окклюзионной поверхности
4. анатомической шейке

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 5

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратилась женщина 38 лет.

1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи.

1.3. Анамнез заболевания

2.6 зуб депульпирован с пломбированием каналов 5 лет назад. Был восстановлен пломбой. Около месяца назад начала застревать пища между зубами. Последний раз была у врача-стоматолога 8 месяцев назад по поводу лечения кариеса 2.4 зуба.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает воспитателем в детском саду.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 78 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре видимых изменений не выявлено. Осмотр полости рта. Зубная формула:

												П		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	

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: При осмотре полости рта наблюдается дефект коронковой части 2.6 зуба, частично восстановленный пломбой, имеются признаки травмы зубодесневого сосочка. Пломба на 2.4 зубе соответствует предъявляемым требованиям.

Вопрос №1 К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят :

1. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
2. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
3. пальпацию регионарных лимфатических узлов
4. гнатодинамометрию
5. определение демпфирующих свойств периодонта
6. пальпацию по переходной складке

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенографию

Каналы корня 2.6 зуба запломбированы до верхушек. В периапикальных тканях изменений не наблюдается.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)

Для 2.6 зуба ИРОПЗ > 0,7.

3.3. Пальпация регионарных лимфатических узлов

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

3.4. Гнатодинамометрия

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.5. Определение демпфирующих свойств периодонта

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.6. Пальпация по переходной складке

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

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является :

1. другой кариес зубов
2. хронический пародонтит локализованный
3. кариес эмали 2.6 зуба
4. синдром болевой дисфункции ВНЧС (синдром Костена)

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 На 2.6 зуб необходимо изготовить :

1. цельнолитую коронку
2. мостовидный протез
3. съёмный протез
4. цементную пломбу

Вопрос №4 Для создания комфортного состояния для пациента и предотвращения травмы пародонта на период изготовления искусственной коронки на 2.6 зуб необходимо:

1. изготовить временную коронку
2. поставить светоотверждаемую пломбу
3. провести ретракцию десны у 2.6 зуба
4. поставить пломбу из стеклоиномерного цемента

Вопрос №5 В первое посещение необходимо изготовить на 2.6 зуб временную коронку из:

1. пластмассы
2. фарфора
3. стали
4. керамики

Вопрос №6 Препарирование зуба под цельнолитую коронку следует проводить по окклюзионной поверхности на _____ сплава металла (_____ мм), апроксимальные поверхности зуба обрабатывают:

1. толщину; 0,5; с наклоном в пределах 5-7 градусов
2. две толщины; 1,0; в виде цилиндра
3. две толщины; 1,0; с наклоном в пределах 15-17 градусов

4. три толщины; 1,5; с наклоном в пределах 25-27 градусов

Вопрос №7 Получение рабочего оттиска проводится _____ 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. через 5 дней; препарировании депульпированного зуба
3. через 7 дней; препарировании зуба с витальной пульпой
4. через 9 дней; препарировании зуба с культевой вкладкой

Вопрос №8 При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие :

1. катехоламины
2. нитроглицерин
3. валидол
4. валокордин

Вопрос №9 В следующее посещение необходимо получение рабочего оттиска _____ и вспомогательного _____ слепочной массой :

1. двуслойного силиконовой массой; альгинатной
2. двойного альгинатного; силиконовой
3. двойного альгинатного; двуслойного силиконовой
4. гипсом; двойного полисульфидной

Вопрос №10 В следующее посещение необходимо зафиксировать положение зубных рядов в _____ окклюзии:

1. центральной
2. передней
3. боковой
4. задней

Вопрос №11 В следующее посещение необходимо провести наложение и припасовку готовой цельнолитой коронки с :

1. уточнением прилегания коронки к культе зуба по всей поверхности
2. уточнением цвета искусственной коронки на предмет соответствия естественным зубам
3. учётом блокировки движений нижней челюсти
4. учётом наличия места для последующей облицовки

Вопрос №12 После припасовки коронки в клинике следующим этапом является лабораторная _____ готовой цельнолитой коронки :

1. полировка
2. глазуровка
3. обжиг
4. отбеливание

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 обратилась женщина 42 лет.

1.2. Жалобы

на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

1.3. Анамнез заболевания

1.6 зуб депульпирован с пломбированием каналов 10 лет назад. Был восстановлен пломбой.

Отломкоронковой части 1.6 зуба вместе с пломбой произошёл 2 дня назад. Последний раз у врача-стоматолога была 3 месяца назад на профилактическом осмотре.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает учителем математики.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.

Тема 7

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Пациент Г. 36 лет обратился клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 3.6, 4.6 зубов;
- нарушение функции жевания.

1.3. Анамнез заболевания

3.6, 4.6 зубы были удалены около года назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Без вредных привычек.
- Наследственность неотягощена.
- Аллергоанамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П	П									П	П	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		О									П		О		О

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: патологический.

Локальный статус: отсутствуют 3.6, 4.6 зубы

Вопрос №1 К дополнительному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, относят:

5. ортопантомографию
6. электроодонтодиагностику
7. спектрометрию
8. аксиографию

3. Результаты дополнительного метода обследования

3.1. Ортопантомография

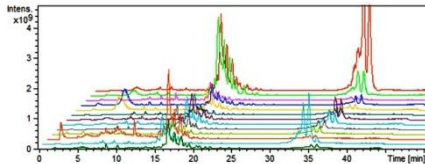
3.6, 4.6 зубы отсутствуют.



3.2. Электроодонтодиагностика

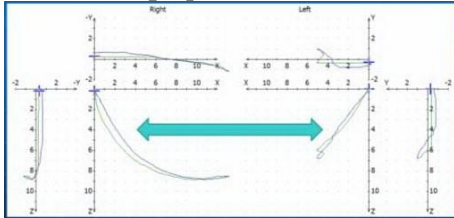
Электроодонтодиагностика (ЭОД) является методом исследования, с помощью которого можно оценить жизнеспособность пульпы зуба при травматическом повреждении, новообразовании, воспалении или любом другом заболевании зубов и челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Спектрометрия



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

3.4. Аксиография



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

Вопрос №2 Диагнозом по МКБ-10 в данной клинической ситуации является:

5. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
6. аномалии соотношений зубных дуг неуточнённые на верхней и нижней челюстях
7. акромегалия и гипопитарный гигантизм верхней и нижней челюстей
8. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Согласно классификации Кеннеди дефект зубного ряда в данной клинической ситуации является дефектом:

5. включённым, в боковом отделе
6. включённым, переднего отдела
7. двусторонним концевым
8. односторонним концевым

Вопрос №4 Наиболее оптимальными вариантами ортопедического лечения в данной клинической ситуации являются _____ протез и имплантация:

5. мостовидный
6. имедиат
7. полный съёмный
8. консольный

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

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

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

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

Вопрос №7 Для получения цифровых 3D моделей при использовании в работе CAD/CAM технологии используют:

5. сканер
6. фотоаппарат
7. принтер
8. лазер

Вопрос №8 Этап формирования десны после установления формирователя занимает в среднем :

5. 14 дней

6. 7 дней
7. 21 день
8. 28 дней

Вопрос №9 Одним из способов фиксации коронки на имплантат является:

5. винтовой
6. штекерный
7. пробковый
8. клееный

Вопрос №10 Абатмент является в полости рта внутриротовой:

5. опорой
6. заглушкой
7. фасеткой
8. мембраной

Вопрос №11 Самым биосовместимым материалом считается:

5. титан
6. амальгама
7. серебро
8. латунь

Вопрос №12 Экспозиция дезинфекции С-силиконовых оттисков в дезинфицирующем растворе составляет :

5. 30 минут
6. 60 минут
7. 15 минут
8. 45 минут

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

Задача 2

При наложении цельнолитого протеза на опорные зубы, повышается прикус на промежуточной части протеза в центральной окклюзии. В карточке отсутствует запись об определении и фиксации центральной окклюзии. Возможные причины и ваши дальнейшие действия.

Ответ:

1. Не правильно зафиксирована центральная окклюзия, произвольно, без прикусных валиков
2. Необходимо изготовить прикусные валики. Определить и зафиксировать центральную окклюзию. Протез переделать
3. Проконтролировать клинические этапы в амбулаторной карте пациента

Задача 3

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 45 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу-ортопеду не обращалась лет восемь. Последнее удаление зубов было 4 года назад. Объективно при осмотре: Оставшиеся зубы на верхней и нижней челюстях имеют 1 степень подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на $\frac{1}{3}$. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов.

Зубная формула:

Зубная формула														
	П	П	О	П							П	П	К	
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
О	П	К								К	+	+	К	П

Ортопантограмма:



Задания:

1. Запишите пункт жалобы в истории болезни пациента.
2. Заполните местный статус в истории болезни пациента.
3. Укажите этиологический фактор разрушенных зубов.
4. Укажите дополнительные методы обследования.
5. Составьте комплексный план реабилитации пациента.
6. Составьте план терапевтического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
7. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
8. Составьте план ортопедического лечения.
9. С помощью какого статического метода можно математически обосновать выбор количества опорных зубов при планировании мостовидного протеза?
10. Какой специалист стоматологического профиля необходим данной пациентке.
11. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
12. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ:

1. На отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание.
2. При осмотре оставшиеся зубы на верхней и нижней челюстях имеют 1 степень подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на $\frac{1}{3}$. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов.
3. Streptococcus mutans, Str. Viridans.
4. Рентгенологические методы исследования (КЛКТ, внутриротовая рентгенография).
5. 1. Профессиональная гигиена полости рта. 2. Терапевтическая санация. 3. Хирургическая санация полости рта. 4. Рациональное протезирование. 5. Диспансеризация.
6. План терапевтического лечения:
Санировать полость рта. Провести эндодонтическое лечение всех зубов, планируемых под искусственные коронки.

7. Задачи ортопедического лечения.

Восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти.

Восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти.

Восстановить анатомическую форму фронтальных зубов на нижней челюсти.

Нормализовать окклюзионные соотношения зубов верхней и нижней челюстей.

Нормализовать высоту нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии.

Обеспечить защиту от функциональной перегрузки, опорных зубов.

Обеспечить неподвижность зубам верхней и нижней челюсти.

8. План ортопедического лечения.

Мостовидный протез на нижней челюсти с опорами 33++36.37.

Мостовидный протез на верхней челюсти 1.4+1.6,1.7 зубов.

Шинировать фронтальную группу зубов на верхней челюсти с помощью волоконно-композитных технологий.

Восстановить анатомическую форму передних зубов на нижней челюсти с помощью реставрационных технологий или керамическими винирами.

Восстановить 2.6, 4.6 зубы искусственными коронками.

9. С помощью таблицы одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского, привлекая коэффициенты, можно математически обосновать выбор количества опорных зубов в конструкции мостовидного протеза.

10. Пародонтолог.

11. Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

12. Диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

Тема 8

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Пациент Г. 36 лет обратился клинику ортопедической стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие 3.6, 4.6 зубов;
- нарушение функции жевания.

1.3. Анамнез заболевания

3.6, 4.6 зубы были удалены около года назад в результате осложнения кариеса.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не нарушена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П	П										П	П	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		О									П		О		О	

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: патологический.

Локальный статус: отсутствуют 3.6, 4.6 зубы

Вопрос №1 К дополнительному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, относят:

9. ортопантомографию
10. электроодонтодиагностику
11. спектрометрию
12. аксиографию

3. Результаты дополнительного метода обследования

3.1. Ортопантомография

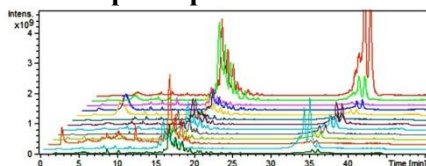
3.6, 4.6 зубы отсутствуют.



3.2. Электроодонтодиагностика

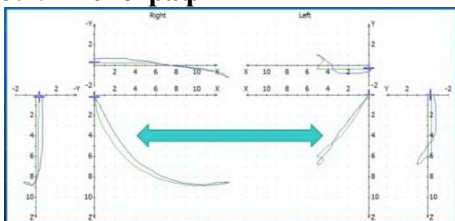
Электроодонтодиагностика (ЭОД) является методом исследования, с помощью которого можно оценить жизнеспособность пульпы зуба при травматическом повреждении, новообразовании, воспалении или любом другом заболевании зубов и челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Спектрометрия



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

3.4. Аксиография



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

Вопрос №2 Диагнозом по МКБ-10 в данной клинической ситуации является:

9. потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
10. аномалии соотношений зубных дуг неуточнённые на верхней и нижней челюстях
11. акромегалия и гипопизарный гигантизм верхней и нижней челюстей
12. основные аномалии размеров верхней и нижней челюстей

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Согласно классификации Кеннеди дефект зубного ряда в данной клинической ситуации является дефектом:

9. включённым, в боковом отделе
10. включённым, переднего отдела
11. двусторонним концевым
12. односторонним концевым

Вопрос №4 Наиболее оптимальными вариантами ортопедического лечения в данной клинической ситуации являются _____ протез и имплантация:

9. мостовидный
10. имедиат
11. полный съёмный
12. консольный

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

9. 2-3 месяца
10. 4-5 месяцев
11. 6-7 месяцев
12. 5-6 месяцев

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

9. 5-6 месяцев
10. 8-9 месяцев
11. 7-8 месяцев
12. 2-3 месяца

Вопрос №7 Для получения цифровых 3D моделей при использовании в работе CAD/CAM технологии используют:

9. сканер
10. фотоаппарат
11. принтер
12. лазер

Вопрос №8 Этап формирования десны после установления формирователя занимает в среднем :

9. 14 дней
10. 7 дней
11. 21 день
12. 28 дней

Вопрос №9 Одним из способов фиксации коронки на имплантат является:

9. винтовой
10. штекерный
11. пробковый
12. клееный

Вопрос №10 Абатмент является в полости рта внутриротовой:

9. опорой
10. заглушкой
11. фасеткой
12. мембраной

Вопрос №11 Самым биосовместимым материалом считается:

9. титан
10. амальгама
11. серебро
12. латунь

Вопрос №12 Экспозиция дезинфекции С-силиконовых оттисков в дезинфицирующем растворе составляет :

9. 30 минут
10. 60 минут
11. 15 минут
12. 45 минут

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

Задача 2

При наложении цельнолитого протеза на опорные зубы, повышается прикус на промежуточной части протеза в центральной окклюзии. В карточке отсутствует запись об определении и фиксации центральной окклюзии. Возможные причины и ваши дальнейшие действия.

Ответ:

4. Не правильно зафиксирована центральная окклюзия, произвольно, без прикусных валиков
5. Необходимо изготовить прикусные валики. Определить и зафиксировать центральную окклюзию. Протез переделать

6. Проконтролировать клинические этапы в амбулаторной карте пациента

Задача 3

В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 45 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу-ортопеду не обращалась лет восемь. Последнее удаление зубов было 4 года назад. Объективно при осмотре: Оставшиеся зубы на верхней и нижней челюстях имеют 1 степень подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отмечается истирание фронтальной группы зубов нижней челюсти на $\frac{1}{3}$. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов.

Зубная формула:

Зубная формула														
	П	П	О	П						П		П	К	
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
О	П	К								К	+	+	К	П

Ортопантограмма:



Задания:

1. Запишите пункт жалобы в истории болезни пациента.
2. Заполните местный статус в истории болезни пациента.
3. Укажите этиологический фактор разрушенных зубов.
4. Укажите дополнительные методы обследования.
5. Составьте комплексный план реабилитации пациента.
6. Составьте план терапевтического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
7. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
8. Составьте план ортопедического лечения.
9. С помощью какого статического метода можно математически обосновать выбор количества опорных зубов при планировании мостовидного протеза?
10. Какой специалист стоматологического профиля необходим данной пациентке.
11. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
12. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ:

1. На отсутствие зубов в боковых участках на нижней челюсти и затруднённое жевание.

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		К			

4.7 зуб отсутствует, слизистая оболочка в области отсутствующего зуба бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.

Диагноз: K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита (частичное отсутствие зубов).

Пациенту рекомендовано лечение: дентальная имплантация в области отсутствующего 4.7 зуба.

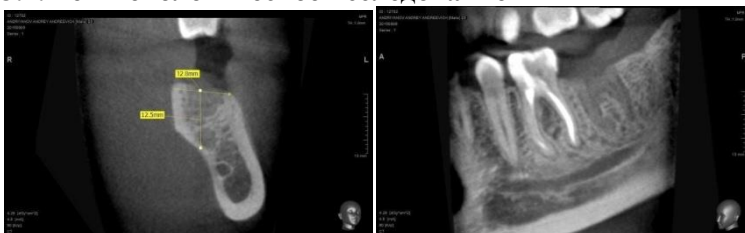


Вопрос №1 К дополнительному методу обследования, необходимому для планирования дентальной имплантации в данной клинической ситуации, относят:

5. рентгенологическое исследование
6. кондилографию
7. электромиографию
8. ультразвуковое исследование

3. Результаты дополнительного метода обследования

3.1. Рентгенологическое исследование



На компьютерной томографии визуализируется:

- Ширина альвеолярного гребня - 12,8 мм,
- Расстояние до нижнечелюстного канала - 17,1 мм,
- Расстояние до подъязычного вдавления - 12,5 мм.

По соотношению кортикального и губчатого слоя данный тип костной ткани можно отнести к типу D2.

Патологических изменений, очагов воспаления не выявлено.

3.2. Кондилография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Электромиография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Ультразвуковое исследование

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 После операции дентальной имплантации остеоинтеграция на нижней челюсти достигается в течение (в месяцах):

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

Вопрос №3 Ось дентального имплантата по отношению к оси зубов должна :

5. быть параллельна
6. отклоняться на 15°
7. отклоняться на 12°
8. отклоняться на 10°

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 36 лет.

1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- затруднённое пережёвывание пищи;
- разрушение коронковой части 4.6 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

- Зуб был лечен эндодонтически по поводу пульпита 1 месяц назад. Ранее не протезировалась.

1.4. Анамнез жизни

- Со слов пациентки, практически здорова.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. При открывании и закрывании рта отмечается наличие девиации.



Зубная формула:

		П	П											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
	П	R										П			

Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Коронковая часть 4.6 зуба разрушена, имеется временная пломба на жевательной поверхности.

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

5. прицельную внутриротовую рентгенографию
6. функциографию
7. определение цвета зубов
8. электроодонтометрию

3. Результаты аппаратных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

- корневые каналы 4.6 зуба запломбированы до верхушки;
- изменения в периапикальных тканях отсутствуют.

3.2. Функциография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Определение цвета зубов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

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

7. томографию ВНЧС при закрытом и открытом рте
8. прицельную контактную рентгенографию

9. ортопантомографию
10. обзорную рентгенографию черепа в носоподбородочной проекции
11. гнатодинамометрию
12. 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

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 _____ 4.6 зуба :

5. Другой кариес. Разрушение коронковой части
6. Хронический гингивит
7. Хронический локализованный пародонтит
8. Локализованное повышенное стирание

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Целью изготовления искусственной коронки является:

5. восстановление анатомической формы и функции зуба, предупреждение развития вторичной деформации в области зубов-антагонистов
6. предупреждение развития повышенного стирания зубов-антагонистов во фронтальных и боковых отделах верхней и нижней челюстей
7. предупреждение развития функциональной перегрузки пародонта опорного зуба и прогрессирования заболеваний слизистой оболочки полости рта
8. восстановление целостности зубного ряда и предотвращение возникновения непереносимости, вызванной конструкционными материалами

Вопрос №5 Первым клиническим этапом изготовления искусственной коронки является:

5. получение оттисков с обеих челюстей для изготовления временных коронок
6. препарирование зуба под постоянные коронки
7. выбор цвета рядом расположенных зубов и антагонистов на противоположной челюсти
8. фиксация коронки на постоянный цемент

Вопрос №6 План лечения пациентки заключается в :

5. изготовлении штифтовой конструкции и искусственной коронки на 4.6 зуб
6. постановке лечебной прокладки и пломбировании 4.6 зуба композитным материалом
7. постановке лечебной прокладки и изготовлении вкладки на 4.6 зуб
8. постановке изолирующей прокладки и изготовлении съёмного протеза на нижнюю челюсть

Вопрос №7 Для изготовления цельнолитых искусственных коронок рабочий оттиск получают с использованием:

5. силиконовых оттискных масс
6. альгинатных оттискных масс
7. гипса
8. базисной пластмассы

Вопрос №8 Для изготовления цельнолитых искусственных коронок отиски получают с помощью:

5. стандартной ложки
6. индивидуальной ложки
7. фрагментарной ложки
8. воскового шаблона

Вопрос №9 Окончательным лабораторным этапом изготовления искусственной цельнолитой коронки является:

5. полировка
6. фиксация коронки
7. нанесение покрытия
8. глазурирование

Вопрос №10 Для фиксации временных коронок используются:

5. цементы для временной фиксации
6. стеклоиономерные цементы
7. цементы двойного отверждения
8. композитные материалы

Вопрос №11 Окончательным клиническим этапом изготовления искусственной металлокерамической коронки является:

5. фиксация
6. выверение окклюзии
7. полировка коронки
8. глазурирование

Вопрос №12 Профилактический осмотр пациентов после ортопедического лечения необходимо проводить 1 раз в ___ месяцев:

5. 6
6. 9
7. 12
8. 18

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 10

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 44 лет.

1.2. Жалобы

на

- скол зуба на нижней челюсти слева;
- застревание пищи между 3.6 и 3.5 зубами при приёме пищи.

1.3. Анамнез заболевания

- К врачу-стоматологу обращалась более 5 лет назад.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, без видимых патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Конфигурация лица не изменена. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Открытие рта свободное, безболезненное, в полном объёме.

Локальный статус: 3.5 зуб – частичный дефект коронковой части зуба, индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) – 90%, восстановленный пломбой из амальгамы, краевое прилегание-нарушено, скол дистальной стенки коронковой части на уровне десны.

Зондирование полости безболезненно. Горизонтальная и вертикальная перкуссия отрицательная.

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

5. прицельная внутриротовая рентгенография
6. электроодонтометрия
7. осмотр
8. исследование диагностических моделей

3. Результаты обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии у 3.5 зуба: корневые каналы равномерно obturированы рентгеноконтрастным материалом; периапикальных изменений нет.

3.2. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Осмотр

Осмотр – основной клинический метод обследования.

3.4. Исследование диагностических моделей

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Целью определения индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) является:

5. выбор конструкции зубного протеза (вкладка, штифтовая культевая вкладка, искусственная коронка)
6. определение целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определение чувствительности тканей
7. определение электровозбудимости пульпы зуба
8. определение глубины пародонтального кармана

5. Результаты обследования

5.1. Выбор конструкции зубного протеза

У пациента ИРОПЗ – 90%. Выбор конструкции зубного протеза.

5.2. Определение целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определение чувствительности тканей

Для определения целостности твёрдых тканей зуба, их плотности, определения чувствительности тканей проводится зондирование.

5.3. Определение электровозбудимости пульпы зуба

Электроодонтометрия – исследование, с помощью которого измеряется электровозбудимость пульпы.

5.4. Определение глубины пародонтального кармана

Для определения глубины пародонтального кармана проводится зондирование.

Вопрос №3 Клиническим диагнозом пациента является:

5. Частичный дефект коронковой части 3.5 зуба
6. Фрактура корня 3.5 зуба
7. Апикальный периодонтит
8. Локальный пародонтит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Причиной застревания пищи между 3.6 и 3.5 зубами является:

5. отсутствие контактного пункта
6. локальный пародонтит
7. нефизиологичные движения нижней челюсти
8. повышенное стирание зубов

Вопрос №5 При дополнительном отсутствии у данного пациента 2.1 зуба сопутствующим клиническим диагнозом является :

5. частичное вторичное отсутствие зубов 4 класса по Кеннеди на верхней челюсти
6. хронический пародонтит
7. повышенное стирание
8. частичное вторичное отсутствие зубов 1 класса по Кеннеди на верхней челюсти

Вопрос №6 Для изготовления штифтово-культевой вкладки непрямым методом в первое посещение врачу необходимо :

5. получить двухслойный рабочий оттиск

6. получить альгинатный рабочий оттиск
7. смоделировать вкладку из воска
8. смоделировать вкладку из беззольной пластмассы

Вопрос №7 В данной клинической ситуации способом восстановления анатомической формы зуба является:

5. штифтовая конструкция
6. реставрация из композитного материала
7. полукоронка
8. винир

Вопрос №8 Рекомендуемая длина распломбирования канала корня зуба под штифтовую культевую вкладку равна:

5. удвоенной длине искусственной культи
6. половине длины искусственной культи
7. $\frac{1}{3}$ длины канала
8. $\frac{1}{2}$ длины канала

Вопрос №9 Для изготовления штифтово-культевой вкладки прямым методом в первое посещение врачу необходимо :

5. смоделировать вкладку из воска или беззольной пластмассы
6. получить рабочий оттиск альгинатной массой
7. смоделировать вкладку из керамики
8. зафиксировать вкладку на временный цемент

Вопрос №10 Противопоказанием к изготовлению штифтовых конструкций является:

5. хронический гранулирующий периодонтит
6. полное разрушение коронковой части зуба
7. полная obturация корневых каналов пломбировочным материалом
8. разрушение тканей корня выше уровня десны

Вопрос №11 Материалом для изготовления штифтово-культевых вкладок является:

5. серебряно-палладиевый сплав
6. А-силикон
7. С-силикон
8. сплав «Супер-ЛБ»

Вопрос №12 Для фиксации штифтовой культевой вкладки из серебряно-палладиевого сплава используется:

5. стеклоиономерный цемент
6. безэвгеноловый цемент для временной фиксации
7. водный дентин
8. масляный дентин

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 в поликлинику обратился мужчина 36 лет.

1.2. Жалобы

на кратковременные быстропроходящие боли на холод в области боковых зубов слева.

1.3. Анамнез заболевания

2.6 и 3.6 зубы – были восстановлены пломбами неоднократно, пломбы менялись в связи с разрушением, последний раз 1 год назад. Около месяца назад начала застревать пища между зубами на верхней и нижней челюстях слева.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Работает менеджером.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: отец, 72 года, пользуется несъёмными протезами.
- Аллергоанамнез: не отягощён.

- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре видимых изменений не выявлено.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

														П/С		
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/С		

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

При осмотре полости рта наблюдается дефект коронковой части 2.6, 3.6 зубов, частично восстановленных пломбами, 2 класс по Блэку, дефекты на контактных поверхностях. При зондировании кариозных полостей определяются кратковременная болезненность. Перкуссия зубов безболезненна.

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

6. электроодонтометрию 2.6, 3.6 зубов
7. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
8. пальпацию регионарных лимфатических узлов
9. гнатодинамометрию 2.6, 3.6 зубов
10. определение демпфирующих свойств периодонта 2.6, 3.6 зубов

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Электроодонтометрия 2.6, 3.6 зубов

Электровозбудимость пульпы 2.6 зуба – 6 мкА, 3.6 зуба – 5 мкА. Значения электровозбудимости пульпы 2.6, 3.6 зубов соответствуют значениям нормы.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба

Индекс разрушения окклюзионной поверхности 2.6, 3.6 зубов (ИРОПЗ) > 0,6, но менее 0,8.

3.3. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Гнатодинамометрия 2.6, 3.6 зубов

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.5. Определение демпфирующих свойств периодонта 2.6, 3.6 зубов

Исследование не является обязательным при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

5. кариес дентина 2.6, 3.6 зубов
6. хронический пародонтит локализованный
7. кариес эмали стадия белого пятна 2.6, 3.6 зубов
8. пародонтоз

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Необходимо изготовить на 2.6, 3.6 зубы _____ коронки:

5. цельнолитые металлокерамические; сначала на 2.6, затем на 3.6 зуб
6. цельнолитые металлокерамические; одновременно
7. цельнолитые металлокерамические; сначала на 3.6, затем на 2.6 зуб
8. постоянные пластмассовые; одновременно

Вопрос №4 Для создания комфортного состояния для пациента и предотвращения травмы пародонта и смещения нижней челюсти на период изготовления искусственных коронок необходимо _____ изготовление временных коронок _____ на 2.6 и 3.6 зубы :

5. одновременное; из пластмассы

Тема 11

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент И. 32 лет.

1.2. Жалобы

на затруднённое пережёвывание пищи на левой стороне.

1.3. Анамнез заболевания

2.4, 2.5 зубы неоднократно лечены в связи с развитием кариеса. Жалобы появились около 2 месяцев назад.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Вредные привычки: не имеет.
- Рос и развивался нормально.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

												П	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	

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

2.4, 2.5 зубы – коронковая часть частично разрушена, восстановлена композитным материалом. Зондирование по краю пломбы и перкуссия безболезненны. Подвижность 2.4, 2.5 зубов в пределах физиологической нормы.

Вопрос №1 К необходимым дополнительным методам обследования в данной клинической ситуации относят:

6. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
7. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
8. витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
9. люминесцентную стоматоскопию
10. магниторезонансную томографию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

2.4, 2.5 зубы – витальные.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба

Индекс разрушения окклюзионной поверхности 2.4, 2.5 зубов (ИРОПЗ) > 0,6.

3.3. Витальное окрашивание твёрдых тканей зуба

Данный метод обследования не является обязательным при постановке диагноза «кариес зубов», проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача)

3.4. Люминесцентная стоматоскопия

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

3.5. Магниторезонансная томография

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «кариес зубов», не является обязательным для постановки диагноза.

Вопрос №2 Основным диагнозом в данной клинической ситуации является:

5. кариес дентина 2.4. 2.5 зубов

6. хронический пародонтит локализованный
7. кариес эмали стадии белого пятна 2.4, 2.5 зубов
8. пародонтоз

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Необходимо изготовить на 2.4, 2.5 зубы:

5. цельнокерамические коронки
6. постоянные пластмассовые коронки
7. виниры
8. вкладки

Вопрос №4 Для создания комфортного состояния для пациента и предотвращения травмы пародонта на период изготовления искусственной коронки на первом этапе необходимо изготовление временных коронок на _____ зубы:

5. 2.4, 2.5
6. 1.4, 1.5
7. 3.4, 3.5
8. 4.4, 4.5

Вопрос №5 На первом этапе лечения необходимо получить оттиски для изготовления временных _____ коронок на _____ зубы:

5. пластмассовых; 2.4, 2.5
6. цельнолитых; 2.4, 2.5
7. металлокерамических; на 2.4, 2.5
8. металлокерамических; на 1.4, 1.5

Вопрос №6 Под цельнокерамические коронки применяется препарирование с циркулярным уступом под углом (в градусах):

5. 90
6. 110
7. 135
8. 105

Вопрос №7 В следующее посещение после препарирования зубов необходимо получение рабочего оттиска _____ и вспомогательного оттиска _____ слепочной массой:

5. двухслойного силиконовой массой; альгинатной
6. двухслойного альгинатной массой; силиконовой
7. альгинатной массой; двухслойного силиконовой
8. гипсом; термопластической

Вопрос №8 Рабочий оттиск получают оттискными ложками:

5. стандартными из нержавеющей стали
6. индивидуальными восковыми
7. индивидуальными термопластическими
8. индивидуальными пластмассовыми

Вопрос №9 В следующее посещение после этапа получения рабочих оттисков необходимо зафиксировать положение зубных рядов в _____ окклюзии:

5. центральной
6. дистальной
7. боковой правой
8. передней

Вопрос №10 На следующем этапе лечения после фиксации центральной окклюзии необходимо провести наложение и припасовку готовых _____ коронок на _____ зубы:

5. цельнокерамических; 2.4, 2.5
6. цельнолитых; 2.4, 2.5
7. штампованных; 2.4, 2.5
8. цельнокерамических; 1.4, 1.5

Вопрос №11 Следующим клиническим этапом лечения после припасовки коронок будет фиксация на:

5. постоянный цемент
6. водный дентин
7. масляный дентин

- 8. силиконовую массу

Вопрос №12 После припасовки коронки в клинике до фиксации на постоянный цемент следует лабораторный этап _____ коронок на _____ зубы :

- 5. глазурирования цельнокерамических; 2.4, 2.5
- 6. глазурирования цельнокерамических; 1.4, 1.5
- 7. полировки цельнокерамических; 2.4, 2.5
- 8. глазурирования металлокерамических; 2.4, 2.5

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

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Р. 39 лет. Был направлен врачом-стоматологом-терапевтом после проведенного эндодонтического лечения.

1.2. Жалобы

на

- отсутствие коронки зуба в области верхней челюсти справа.

1.3. Анамнез заболевания

Пациент обратился в клинику к врачу-стоматологу-терапевту с жалобами на боли при накусывании на зуб в области верхней челюсти справа. В результате проведенного обследования, изучения рентгенологических снимков пациенту проведено повторное эндодонтическое лечение 1.4 зуба ввиду недостаточной obturации корневых каналов с возникновением очагов периапикального воспаления. После проведенного повторного эндодонтического лечения пациенту показано ортопедическое восстановление коронковой части 1.4 зуба вследствие значительной утраты твердых тканей и невозможности заместить дефект терапевтическими методами.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Условия жизни и труда без особенностей.
- Вредных привычек не имеет.
- Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.

1.5. Объективный статус

Конфигурация лица не изменена, шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Зубная формула:

О		П		Р									П		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		П											П		О

Локальный статус: в области 1.4 зуба наблюдается значительное разрушение коронковой части зуба.



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

- 5. прицельный снимок
- 6. электромиографию

7. телерентгенографию
8. электроодонтодиагностику (ЭОД)

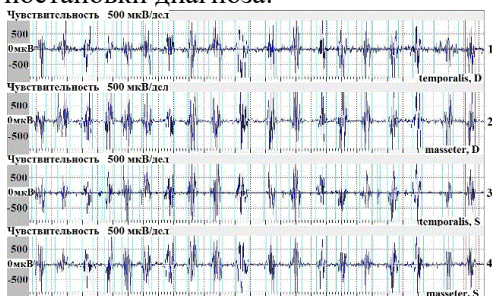
3. Результаты метода обследования

3.1. Прицельный снимок



3.2. Электромиография

Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.



3.3. Телерентгенография



Данный метод обследования не включён в Требования к амбулаторно-поликлинической диагностике при диагнозе «дефект коронковой части зуба», не является обязательным для постановки диагноза.

3.4. Электроодонтодиагностика (ЭОД)



Значение ЭОД – 2-6 мкА. Электроодонтодиагностика является методом исследования, с помощью которого можно оценить жизнеспособность пульпы зуба при травматическом повреждении, новообразовании, воспалении или любом другом заболевании зубов и челюстей.

Вопрос №2 Индекс, предложенный В.Ю. Миликевичем, позволяет определить:

5. степень разрушения окклюзионной поверхности зуба
6. качество одонтопрепарирования зуба
7. степень подвижности зуба
8. вид ортогнатического смыкания челюстей

Вопрос №3 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу у 1.4 зуба составляет:

5. более 0,8
6. 0,2-0,3
7. 0,4-0,5
8. менее 0,6

Вопрос №4 У причинного 1.4 зуба отсутствуют поверхности :

5. окклюзионная, мезиальная и дистальная
6. апроксимальные
7. контактные
8. вестибулярная и нёбная

Вопрос №5 При изготовлении культовых штифтовых конструкций проводят распломбировку корневого канала на _____ его длины:

5. $\frac{2}{3}$
6. $\frac{3}{4}$
7. $\frac{1}{4}$
8. $\frac{7}{8}$

Вопрос №6 Для снятия оттиска под вкладку применяются _____ слепочные массы :

5. А-силиконовые
6. С-силиконовые
7. эластические
8. альгинатные

Вопрос №7 Одонтопрепарирование под штифтовую культовую вкладку производится _____ борами:

5. алмазными
6. карборундовыми
7. циркониевыми
8. платиновыми

Вопрос №8 Наиболее оптимальным вариантом лечения 1.4 зуба является ортопедическое лечение с применением:

5. штифтовой культовой вкладки и коронки
6. металлокерамической коронки на имплантат
7. керамической вкладки типа overlay
8. паянного мостовидного протеза

Вопрос №9 Для изготовления штифтовой культовой вкладки применяют сплавы:

5. кобальто-хромовый
6. ртутно-палладиевый
7. композито-циркониевый
8. стекло-волоконный

Вопрос №10 Для фиксации культовой штифтовой вкладки применяют:

5. стеклоиономерный цемент
6. композит
7. амальгаму
8. бонд

Вопрос №11 После фиксации культовой вкладки приступают к этапу:

5. препарирования культи зуба
6. снятия оттиска индивидуальной ложкой
7. фиксации искусственной коронки
8. наложения швов

Вопрос №12 Кратность посещения врача стоматолога в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ в год:

5. 2 раза
6. 4 раза
7. 12 раз
8. 6 раз

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

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка 44 лет.

1.2. Жалобы

на

- застревание пищи между 4.6 и 4.7 зубами.

1.3. Анамнез заболевания

- К врачу-стоматологу обращалась более 4 лет назад.
- Неприятные ощущения в области десневого края беспокоят в течение последнего месяца.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме.

Зубная формула:

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/С													

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

Локальный статус: 4.6 зуб – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена титановым анкерным штифтом и композитным материалом с нарушением краевого прилегания, индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) более 80%. На дистальной контактной поверхности зуба определяется пломба с нависающим краем. Зондирование и перкуссия безболезненны. Подвижность 4.6 зуба в пределах физиологической нормы, глубина пародонтального зондирования – до 1-2 мм (на дистальной контактной поверхности). Зуб изменён в цвете, ранее лечен с помощью резорцин-формалинового метода.

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

5. прицельную внутриротовую рентгенографию
6. электроодонтометрию
7. реопародонтографию
8. периотестометрию

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

По данным прицельной внутриротовой рентгенографии: 4.6 зуба:

- корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины корня;
- периапикальные ткани без видимых изменений (изменений в периапикальных тканях не выявлено).

3.2. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Периотестометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу используется с целью определения :

5. конструкции зубного протеза
6. целостности твёрдых тканей зуба
7. электровозбудимости пульпы зуба
8. глубины пародонтального кармана

5. Результаты методов обследования

5.1. Определение конструкции зубного протеза

В зависимости от степени разрушения коронковой части зуба подбирается соответствующая конструкция зубного протеза: пломбирование, изготовление вкладок, коронок, штифтовых конструкций. У пациента ИРОПЗ 4.6 зуба – 80%.

5.2. Определение целостности твёрдых тканей зуба

Для определения целостности твёрдых тканей зуба проводится зондирование.

5.3. Определение электровозбудимости пульпы зуба

Для измерения электровозбудимости пульпы проводится электроодонтометрия.

5.4. Определение глубины пародонтального кармана

Для определения глубины пародонтального кармана проводится зондирование.

Вопрос №3 Предполагаемым основным клиническим диагнозом 4.6 зуба является:

5. другой кариес зубов
6. повышенное стирание зубов
7. хронический апикальный периодонтит
8. хронический пародонтит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Наиболее вероятной причиной застревания пищи между 4.6 и 4.7 зубами является:

5. отсутствие контактного пункта
6. нефизиологичное движение нижней челюсти
7. локальный пародонтит
8. повышенное стирание зубов

Вопрос №5 Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 80% является показанием к изготовлению:

5. культевой штифтовой конструкции
6. вкладки типа инлей
7. полукоронки
8. экваторной коронки

Вопрос №6 Для изготовления штифтово-культевой вкладки непрямым методом в первое посещение необходимо:

5. получить двухслойный рабочий оттиск
6. получить альгинатный рабочий оттиск
7. смоделировать вкладку из воска
8. смоделировать вкладку из беззольной пластмассы

Вопрос №7 Для изготовления штифтово-культевой вкладки прямым методом в первое посещение врачу необходимо:

5. смоделировать вкладку из воска или беззольной пластмассы
6. получить рабочий оттиск альгинатной массой
7. смоделировать вкладку из керамики
8. зафиксировать вкладку на временный цемент

Вопрос №8 Рекомендуемая длина распломбирования канала корня зуба под штифтовую культевую вкладку равна:

5. удвоенной длине искусственной культы
6. половине длины искусственной культы
7. $\frac{1}{5}$ длины корня
8. $\frac{1}{3}$ длины корня

Вопрос №9 К противопоказаниям по применению штифтовых конструкций относят:

5. некупированные патологические изменения в периапикальных тканях
6. полное разрушение коронковой части зуба
7. полную obturацию корневых каналов пломбировочным материалом
8. тонкие стенки коронковой части зуба

Вопрос №10 Для фиксации на зуб штифтовой культевой вкладки из металлического сплава используется:

5. стеклоиономерный цемент
6. безэвгенольный цемент
7. водный дентин
8. масляный дентин

Вопрос №11 Для фиксации на зуб штифтовой культевой вкладки из диоксида циркония используется:

5. цемент двойного отверждения
6. безэвгенольный цемент
7. масляный дентин
8. водный дентин

Вопрос №12 Основным методом восстановления культы зуба при ИРОПЗ 50% является изготовление:

5. вкладки
6. пломбы из стеклоиономерного цемента
7. пломбы из композита светового отверждения
8. коронки

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 12

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратилась женщина 42 лет.

1.2. Жалобы

на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект.

1.3. Анамнез заболевания

1.6 зуб депульпирован с пломбированием каналов 10 лет назад. Был восстановлен пломбой.

Отломкоронковой части 1.6 зуба вместе с пломбой произошёл 2 дня назад. Последний раз у врача-стоматолога была 3 месяца назад на профилактическом осмотре.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает учителем математики.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 80 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр.

Без видимых изменений.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

		R													
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
.															

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

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

При осмотре полости рта наблюдается полное отсутствие коронковой части 1.6 зуба.

Вопрос №1 К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят:

13. прицельную внутривисочную контактную рентгенографию
14. определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)
15. пальпацию регионарных лимфатических узлов
16. мастикациографию

17. определение пародонтальных индексов

18. пальпацию по переходной складке

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

Каналы корня 1.6 зуба запломбированы до верхушек. В периапикальных тканях изменений не наблюдается.

3.2. Определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ)

Для 1.6 зуба ИРОПЗ > 0,8

3.3. Пальпация регионарных лимфатических узлов

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

3.4. Мастикациография

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

3.5. Определение пародонтальных индексов

Данный метод обследования не является обязательным при данной патологии, проводится по потребности (на усмотрение лечащего врача).

3.6. Пальпация по переходной складке

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

Вопрос №2 Основным диагнозом является :

9. другой кариес зубов

10. хронический пародонтит локализованный

11. кариес эмали

12. пульпит хронический гиперпластический

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 На 1.6 зуб необходимо изготовить _____ искусственную коронку:

9. культевую вкладку и

10. металлопластмассовую

11. пластмассовую

12. металлокерамическую

Вопрос №4 На начальном этапе лечения необходимо _____ 1.6 зуб/зуба :

9. провести удаление размягчённого дентина

10. поставить светоотверждаемую пломбу на

11. провести ретракцию десны в области

12. поставить пломбу из стеклоиономерного цемента на

Вопрос №5 После удаления размягчённого дентина необходимо распломбировать каналы 1.6 зуба на :

9. $\frac{2}{3}$ длины корней

10. всю длину корней

11. 3,0 мм

12. 4,0 мм

Вопрос №6 После распломбирования каналов необходимо на 1.6 зуб :

9. смоделировать культевую вкладку из пластмассы

10. изготовить металлокерамическую коронку

11. поставить светоотверждаемую пломбу

12. изготовить стальную штампованную коронку

Вопрос №7 После моделирования культевой вкладки из пластмассы и её отливки из сплава металла необходимо на 1.6 зуб :

9. припасовать культевую вкладку

10. закрутить анкерные штифты

11. поставить цементную пломбу

12. изготовить постоянную пластмассовую коронку

Вопрос №8 После припасовки культевую вкладку необходимо зафиксировать цементом на зуб :

9. 1.6

10. 1.7

11. 1.5
12. 1.4

Вопрос №9 После фиксации цементом культевой вкладки 1.6 зуба необходимо :

9. препарировать культю вместе с вкладкой
10. поставить на культевую вкладку светоотверждаемую пломбу
11. поставить на культевую вкладку цементную пломбу
12. поставить на культевую вкладку пломбу из водного дентина

Вопрос №10 При препарировании зуба под штампованную коронку боковые стенки должны иметь форму:

9. цилиндра
10. кругового конуса
11. усечённой пирамиды
12. пирамиды

Вопрос №11 Для изготовления штампованной коронки получение оттиска (слепка) следует производить _____ оттискными (слепочными) массами:

9. альгинатными
10. гидроколлоидными
11. термопластическими
12. силиконовыми

Вопрос №12 При препарировании зуба под штампованную коронку боковые поверхности зуба следует препарировать соответственно _____ зуба :

9. клинической шейке
10. клиническому экватору
11. окклюзионной поверхности
12. анатомической шейке

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

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

На приём в поликлинику обратилась женщина 38 лет.

1.2. Жалобы

на

- затруднённое пережёвывание пищи.

1.3. Анамнез заболевания

2.6 зуб депульпирован с пломбированием каналов 5 лет назад. Был восстановлен пломбой. Около месяца назад начала застревать пища между зубами. Последний раз была у врача-стоматолога 8 месяцев назад по поводу лечения кариеса 2.4 зуба.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает воспитателем в детском саду.
- Перенесённые заболевания, операции отрицает.
- Наследственность: мать потеряла зубы в 78 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Вредные привычки: не имеет.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре видимых изменений не выявлено. Осмотр полости рта. Зубная формула:

												П		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	

Вопрос №6 Препарирование зуба под цельнолитую коронку следует проводить по окклюзионной поверхности на _____ сплава металла (_____ мм), апроксимальные поверхности зуба обрабатывают:

5. толщину; 0,5; с наклоном в пределах 5-7 градусов
6. две толщины; 1,0; в виде цилиндра
7. две толщины; 1,0; с наклоном в пределах 15-17 градусов
8. три толщины; 1,5; с наклоном в пределах 25-27 градусов

Вопрос №7 Получение рабочего оттиска проводится _____ после препарирования зуба, получение рабочего оттиска в первое посещение возможно при :

5. на следующий день или через день; отсутствии травмы десны в пришеечной области
6. через 5 дней; препарировании депульпированного зуба
7. через 7 дней; препарировании зуба с витальной пульпой
8. через 9 дней; препарировании зуба с культевой вкладкой

Вопрос №8 При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие :

5. катехоламины
6. нитроглицерин
7. валидол
8. валокордин

Вопрос №9 В следующее посещение необходимо получение рабочего оттиска _____ и вспомогательного _____ слепочной массой :

5. двуслойного силиконовой массой; альгинатной
6. двойного альгинатного; силиконовой
7. двойного альгинатного; двуслойного силиконовой
8. гипсом; двойного полисульфидной

Вопрос №10 В следующее посещение необходимо зафиксировать положение зубных рядов в _____ окклюзии:

5. центральной
6. передней
7. боковой
8. задней

Вопрос №11 В следующее посещение необходимо провести наложение и припасовку готовой цельнолитой коронки с :

5. уточнением прилегания коронки к культе зуба по всей поверхности
6. уточнением цвета искусственной коронки на предмет соответствия естественным зубам
7. учётом блокировки движений нижней челюсти
8. учётом наличия места для последующей облицовки

Вопрос №12 После припасовки коронки в клинике следующим этапом является лабораторная _____ готовой цельнолитой коронки :

5. полировка
6. глазуровка
7. обжиг
8. отбеливание

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) ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ
 1. штифтовой конструкции
 2. вкладки
 3. полукоронки
 4. экваторной коронки
- 2) ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. включённый дефект зубного ряда
2. дефект естественной коронки зуба
3. повышенное стирание зубов
4. пародонтит тяжёлой степени
- 3) ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ
 1. вкладки
 2. полукоронки
 3. штифтового зуба
 4. экваторной коронки
- 4) ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. разрушение коронковой части зуба на уровне десневого края
 2. отлом угла режущего края зуба
 3. разрушение корня зуба на $\frac{1}{3}$
 4. кариозная полость I класса по Блэку
- 5) К ФОРМАМ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСЯТСЯ
 1. седловидная, промывная, касательная
 2. промывная, цельнолитая, диаторическая
 3. касательная, перекрёстная, с гирляндой
 4. седловидная, промывная, с гирляндой
- 6) НЕСЪЁМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К
 1. физиологическим
 2. полуфизиологическим
 3. нефизиологическим
 4. анатомо-физиологичным
- 7) БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА
 1. слизистую оболочку протезного ложа и естественные зубы
 2. естественные зубы
 3. височно-нижнечелюстной сустав
 4. слизистую оболочку полости рта, мышцы
- 8) ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА
 1. разборной гипсовой модели
 2. силиконовом оттиске
 3. восковой пластине
 4. металлическом штампе
- 9) МИКРОПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА И РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕЗ ПЕРЕКРЫТИЯ БУГОРКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. inlay
 2. pinlay
 3. onlay
 4. overlay
- 10) ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ ПОЛОСТЬ ЗУБА ОБРАБАТЫВАЮТ ОРТОФОСФОРНОЙ КИСЛОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ (В СЕКУНДАХ)
 1. 20
 2. 5
 3. 60
 4. 50
- 11) ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ
 1. цементы

2. репин
3. масляный дентин
4. акриловые пластмассы
- 12) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ КЕРАМИЧЕСКУЮ МАССУ НАНОСЯТ НА
 1. металлический каркас
 2. штампованный колпачок
 3. платиновый колпачок
 4. штампик из огнеупорного материала
- 13) РАЗБОРНАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ОТЛИВАЕТСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ
 1. цельнолитой коронки
 2. штампованной коронки
 3. бюгельного протеза
 4. пластиночного протеза
- 14) ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. определение цвета зуба
 2. определение цвета керамической облицовки
 3. определение центральной окклюзии
 4. изготовление временной пластмассовой коронки
- 15) ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБА ПОД ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРОВОДЯТ
 1. алмазными борами
 2. развертками
 3. карборундовыми фрезами
 4. металлическими фрезами
- 16) КОЛИЧЕСТВО УДАЛЯЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОД ИСКУССТВЕННУЮ КОРОНКУ ЗАВИСИТ ОТ
 1. конструкции коронки
 2. фиксирующего материала
 3. возраста пациента
 4. анатомической формы зуба
- 17) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ШТАМПОВАННЫЕ КОРОНКИ КУЛЬТЯ ЗУБА СОЗДАЁТСЯ
 1. в форме цилиндра
 2. в виде обратного конуса
 3. в виде куба
 4. с сохранённым экватором зуба
- 18) МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ
 1. непосредственно в полости рта
 2. на модели в окклюдаторе
 3. на компьютере
 4. на модели в артикуляторе
- 19) ПОСЛЕДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. фиксация
 2. проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
 3. коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
 4. коррекция контактных пунктов
- 20) МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ
 1. на разборной гипсовой модели
 2. на оттиске
 3. на бумаге
 4. в полости рта

- 21) ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА НА ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ ПРИМЕНЯЮТ ВОСК
1. моделировочный для мостовидных протезов
 2. базисный
 3. липкий
 4. лавакс
- 22) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА ШТИФТА ОТНОСИТЕЛЬНО ДЛИНЫ КОРНЯ СОСТАВЛЯЕТ
1. $\frac{2}{3}$
 2. $\frac{1}{3}$
 3. $\frac{1}{2}$
 4. всю длину корня
- 23) ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ
1. тестообразной
 2. песочной
 3. тянущихся нитей
 4. резиноподобной
- 24) ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА
1. пластиночного при частичном отсутствии зубов
 2. консольного при частичном отсутствии зубов
 3. несъёмного мостовидного протеза
 4. пластиночного при полном отсутствии зубов
- 25) СЪЁМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К
1. нефизиологичным
 2. физиологичным
 3. полуфизиологичным
 4. анатомо-физиологичным
- 26) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ УСТУП ПОД УГЛОМ
1. 90° круговой
 2. 135° круговой
 3. 135° только с вестибулярной стороны
 4. 90° только с вестибулярной стороны
- 27) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ КУЛЬТЕ ЗУБА ПРИДАЮТ ФОРМУ
1. цилиндра с параллельными стенками
 2. с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба
 3. в виде конуса
 4. в виде обратного конуса
- 28) ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК МЕТОДОМ НАРУЖНОЙ ШТАМПОВКИ ПРИМЕНЯЮТ ШТАМПЫ, ОТЛИТЫЕ ИЗ
1. легкоплавкого сплава
 2. нержавеющей стали
 3. хромо-кобальтового сплава
 4. серебряно-палладиевого сплава
- 29) СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТЫ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРИВОДИТ К
1. ослаблению фиксации коронки
 2. травме пародонта
 3. затруднённому положению коронки
 4. эстетическому дефекту в области шейки зуба

- 30) ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА
1. штамповано-паяного
 2. любого
 3. цельнолитого
 4. металлокерамического
- 31) ПЕРЕД СНЯТИЕМ ДВУХСЛОЙНОГО ОТТИСКА РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ НЕОБХОДИМА, ЧТОБЫ
1. получить точный отпечаток поддесневой части зуба
 2. получить точный отпечаток наддесневой части зуба
 3. остановить кровотечение
 4. обезболить десневой край
- 32) ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ
1. выбора пути введения бюгельного протеза
 2. определения центральной окклюзии
 3. определения методики дублирования модели
 4. выбора модели
- 33) ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. касательная
 2. седловидная
 3. промывная
 4. диаторическая
- 34) ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
 2. повышенному стиранию зубов-антагонистов
 3. множественному кариесу
 4. флюорозу эмали
- 35) ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА СОСТОИТ В
1. соединении всех элементов кламмера и стабилизирующей функции
 2. соединении кламмера с металлическим каркасом
 3. фиксирующей функции
 4. опорной и удерживающей функций
- 36) ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ СОСТОИТ В
1. передаче жевательного давления на пародонт опорных зубов
 2. фиксации протеза
 3. ретенции протеза
 4. опорной и удерживающей функций
- 37) МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ
1. ложечкообразную
 2. плоскую
 3. ласточкина хвоста
 4. квадрата
- 38) ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ
1. опорную
 2. стабилизирующую
 3. ретенционную
 4. соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза
- 39) ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ
1. на межбугорковой бороздке премоляров и моляров

2. в области шейки зуба
 3. на режущем крае зуба
 4. на денальном бугре клыков
- 40) ЗОНОЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
1. гингивальная
 2. жевательная поверхность
 3. экватор
 4. окклюзионная
- 41) ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА СОСТОИТ В
1. фиксации протеза
 2. шинировании зуба
 3. перераспределении жевательной нагрузки
 4. опоре
- 42) ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ
1. ретенционной
 2. поднутрения
 3. окклюзионной
 4. безопасности
- 43) ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ СОСТОИТ В
1. установке модели верхней челюсти в артикулятор
 2. записи суставных углов
 3. записи движений нижней челюсти
 4. записи резцового пути
- 44) ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИМ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. искусственная коронка
 2. каркас металлопластмассовой коронки
 3. культевая вкладка
 4. каркас металлокерамической коронки
- 45) МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА(ММ)
1. 0,3
 2. 0,5-1,0
 3. 1,0-1,5
 4. 1,5-2,0
- 46) К КОРОНКАМ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИМ ОТНОСИТСЯ
1. фарфоровая
 2. металлокерамическая
 3. литая
 4. штампованная
- 47) К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ
1. штампованные, литые
 2. металлокерамические
 3. металлоакриловые
 4. пластмассовые
- 48) К КОМБИНИРОВАННЫМ КОРОНКАМ ОТНОСИТСЯ
1. металлокерамическая
 2. фарфоровая
 3. пластмассовая
 4. литая
- 49) К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

1. цельнокерамические, пластмассовые
 2. металлокерамические
 3. металлоакриловые
 4. цельнолитые
- 50) ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ
1. металлические, неметаллические, комбинированные
 2. литые, штампованные
 3. штампованные
 4. полимеризованные
- 51) ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ
1. опорные, шинирующие, восстановительные
 2. металлокерамические, металлопластмассовые
 3. литые, полимеризованные
 4. пластмассовые, композитные
- 52) ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ
1. штампованные, полимеризованные, литые,
 2. пластмассовые, фарфоровые
 3. восстановительные, опорные
 4. опорные, металлокерамические
- 53) ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
1. искусственной коронкой
 2. вкладкой
 3. штифтовой конструкцией
 4. пломбой
- 54) ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
1. штифтовой конструкцией
 2. пломбой
 3. вкладкой
 4. искусственной коронкой
- 55) ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТОВЛИВАЕТСЯ ИЗ
1. акриловых пластмасс
 2. термопластических масс
 3. силиконовых масс
 4. альгинатных масс
- 56) ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОЛПАЧОК _____, СВЕРХУ ПОКРЫВАЮЩИЙСЯ _____ КОРОНКОЙ
1. металлический; металлической
 2. фарфоровый; фарфоровой
 3. пластмассовый; пластмассовой
 4. пластмассовый; металлической
- 57) ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ ЗУБ ВОССТАНАВЛИВАЮТ
1. штифтовой конструкцией
 2. экваторной коронкой
 3. полукоронкой
 4. съёмным протезом
- 58) ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА
1. пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица

2. восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента и является описательным
 3. определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межжюкклюдонного промежутка
 4. наличии свободного межжюкклюдонного промежутка
- 59) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ ОДНОПОЛОСТНОЙ МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)
1. 6-8
 2. 10-15
 3. 15-20
 4. 20-25
- 60) ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ ШЛИФУЮТ НА (В ММ)
1. 0,2-0,3
 2. 0,5-0,6
 3. 0,7-0,8
 4. 0,9-1,0
- 61) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬНУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП
1. по всему периметру зуба
 2. только на небной поверхности зуба
 3. на вестибулярной и апроксимальных сторонах
 4. только с апроксимальных сторон
- 62) ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАДУСАХ)
1. 6-8
 2. 10-15
 3. 15-20
 4. 20 – 25
- 63) УСТУП ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ (В ГРАДУСАХ)
1. 90
 2. 120
 3. 130
 4. 135
- 64) ТОЛЩИНА ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В ММ)
1. 1,0-1,5
 2. 0,3-0,5
 3. 0,5-0,9
 4. 0,1-0,2
- 65) ТОЛЩИНА КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)
1. 0,3
 2. 0,1
 3. 0,2
 4. 0,8
- 66) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ
1. уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
 2. лучшей фиксации коронки
 3. уменьшения риска расцементировки коронки

4. повышения устойчивости зуба
- 67) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ
 1. параллельность
 2. конусность 6-8°
 3. конусность 15-20°
 4. конусность 10-15°
- 68) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ
 1. силиконовые
 2. альгинатные
 3. термопластические
 4. твёрдокристаллические
- 69) ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ
 1. силиконовой
 2. альгинатной
 3. термопластической
 4. гипсовой
- 70) ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИЯ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. воду комнатной температуры
 2. воду с добавлением соли
 3. катализатор
 4. воду с добавлением соды
- 71) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ
 1. при значительной конвергенции зубов
 2. при отсутствии конвергенции
 3. по желанию пациента
 4. у пожилых пациентов
- 72) ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ
 1. стандартные металлические перфорированные
 2. пластмассовые индивидуальные
 3. восковые индивидуальные
 4. стандартные пластмассовые для беззубых челюстей
- 73) ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. необходимость значительного укорочения при препарировании
 2. изготовление штампованных коронок
 3. наличие интактных зубов
 4. старческий возраст пациентов
- 74) ТОЛЩИНА ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)
 1. 1,0-1,5
 2. 0,5-0,7
 3. 2,8-3,0
 4. 3,5-3,8
- 75) АЛЬГИНАТНАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ
 1. штампованной
 2. литой
 3. металлопластмассовой
 4. металлокерамической
- 76) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ С БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СОШЛИФОВКУ

1. соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр
 2. на толщину материала коронки
 3. только экватора
 4. формируя конус 9-10°
- 77) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ
1. конвергировать под углом 6-8°
 2. слегка дивергировать
 3. быть строго параллельны
 4. конвергировать под углом 10-15°
- 78) ТОЛЩИНА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)
1. 1,8-2,0
 2. 0,5-0,9
 3. 1,0-1,2
 4. 0,2-0,4
- 79) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ГИПСА ПРИ ЕГО ЗАМЕШИВАНИИ ДОБАВЛЯЕТСЯ
1. поваренная соль
 2. сахар
 3. спирт
 4. тетраборат натрия (бура)
- 80) АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА
1. воде
 2. воде с добавлением соли
 3. тёплой воде
 4. прилагателем к материалу катализаторе
- 81) СИЛИКОНОВАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ
1. металлопластмассовой
 2. штампованной с облицовкой
 3. штампованной стальной
 4. штампованной золотой
- 82) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ
1. силиконовую
 2. альгинатную
 3. цинкооксиэвгеноловую
 4. гипсовую
- 83) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ
1. силиконовую
 2. альгинатную
 3. цинкооксиэвгеноловую
 4. Стенс
- 84) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ ИЛИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ РАБОЧИЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ
1. силиконовой
 2. альгинатной
 3. гипсовой
 4. Стенсом
- 85) КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

2. полировка коронки
 3. изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
 4. моделирование литой коронки
- 86) ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. моделирование литой коронки
 2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
 3. припасовка литой коронки в полости рта
 4. препарирование зуба под литую металлическую коронку
- 87) КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта
 2. изготовление разборной комбинированной модели
 3. полировка металлопластмассовой коронки
 4. моделирование каркаса металлопластмассовой коронки
- 88) КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. припасовка металлокерамической коронки в полости рта
 2. моделирование каркаса металлокерамической коронки
 3. глазурирование металлокерамической коронки
 4. изготовление разборной комбинированной модели
- 89) ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. полировка металлопластмассовой коронки
 2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
 3. препарирование зуба под металлопластмассовую коронку
 4. припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта.
- 90) ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. глазурирование металлокерамической коронки
 2. определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей
 3. припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта
 4. припасовка металлокерамической коронки в полости рта
- 91) ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТУПА-СКОСА ПОД УГЛОМ 135° ГРАДУСОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ КОРОНКИ С ОБЛИЦОВКОЙ НЕОБХОДИМЫ БОРЫ
1. торпедовидные
 2. шаровидные
 3. пикообразные
 4. цилиндрические
- 92) ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТТИСКОВ ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОПОЛОСКАТЬ РОТ
1. концентрированным раствором поваренной соли
 2. тёплой водой
 3. содовым раствором
 4. раствором перманганата калия
- 93) ЭТАП ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ВКЛЮЧАЕТ
1. подбор стандартной оттискной ложки
 2. изготовление индивидуальной ложки
 3. подбор оттискной ложки при помощи функциональных проб
 4. перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня
- 94) УДЕРЖАНИЕ АЛЬГИНАТНОЙ ОТТИСКНОЙ МАССЫ НА НЕПЕРФОРИРОВАННОЙ ЛОЖКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

1. лейкопластыря и адгезива
 2. обработки краёв ложки изоколом
 3. обработки краёв ложки спиртом
 4. обработки краёв ложки перекисью водорода
- 95) У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
1. давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска
 2. замешиваться на воде
 3. не растворяться в дезинфицирующем растворе
 4. сохранять целостность при выведении из полости рта
- 96) КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА
1. базисного
 2. моделировочного
 3. лишкого
 4. бюгельного
- 97) ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД НАНЕСЕНИЕМ И ОБЖИГОМ КЕРАМИКИ ВКЛЮЧАЕТ
1. пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса; формирование окисной плёнки (обжиг)
 2. обезжиривание каркаса; пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг)
 3. формирование окисной плёнки (обжиг); пескоструйную обработку, обезжиривание
 4. пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг); обезжиривание
- 98) РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ
1. силиконовым
 2. термопластическим
 3. альгинатным
 4. твёрдокристаллическим
- 99) СВЯЗЬ КЕРАМИКИ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. химическая
 2. гальваническая
 3. механическая
 4. биологическая
- 100) СВЯЗЬ ПЛАСТМАССЫ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. механическая
 2. химическая
 3. гальваническая
 4. биологическая
- 101) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ КЕРАМИЧЕСКИЕ МАССЫ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ОБЖИГА (°С)
1. 850-900
 2. 560-775
 3. 775-865
 4. 350-560
- 102) ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. хрупкость
 2. раздражающее действие на слизистую оболочку
 3. изменение цвета
 4. повышенная стираемость

- 103) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОБЛИЦОВКИ ПЕРВЫМ СЛОЕМ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. грунтовый (опаковый)
 2. эмалевый
 3. дентинный
 4. глазурь
- 104) ДЛЯ СНЯТИЯ С ЗУБА ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БОР
1. твёрдосплавный турбинный
 2. карборундовый
 3. односторонний алмазный диск
 4. колесовидный
- 105) ТОЛЩИНУ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
1. микрометром
 2. эстезиометром
 3. электромиографом
 4. гнатодинаметром
- 106) СОЗДАНИЕ БОЛЬШОЙ КОНУСНОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПРИВЕДЁТ К
1. расцементировке коронки
 2. повреждению десневого края опорного зуба
 3. повреждению пародонта опорного зуба
 4. отколу керамической массы
- 107) ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ
1. парафункция жевательных мышц (бруксизм)
 2. бипрогнатический прикус
 3. прогенический прикус
 4. ортогнатический прикус
- 108) ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ КАРКАСА ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ УСАДКИ СПЛАВА ПРИ ЛИТЬЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
1. компенсационный лак
 2. золотая фольга
 3. платиновая фольга
 4. легкоплавкий сплав
- 109) ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ
1. перлы
 2. компенсационный лак
 3. окисную пленку
 4. адаптивный колпачок
- 110) ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ
1. недостаточная высота коронок естественных зубов
 2. плоская форма естественных зубов
 3. чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов
 4. наличие депульпированных зубов
- 111) ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 0,8
 2. атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени
 3. подвижность корня II-III степени

4. разрушение твёрдых тканей зуба ниже уровня десневого края до $\frac{1}{2}$ длины корня
- 112) ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОМУ МОСТОВИДНОМУ ПРОТЕЗУ, ВКЛЮЧАЮТ
1. восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов, соответствие цвета керамической облицовки цвету естественных зубов
 2. погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну
 3. плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки
 4. исправления аномалий развития зубочелюстной системы
- 113) НАЛИЧИЕ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
1. гальванизма
 2. пародонтита
 3. пародонтоза
 4. артрита височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- 114) ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЛАВОВ
1. разнородных
 2. серебряно-палладиевых
 3. кобальт-хромовых
 4. на основе золота
- 115) ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В В УЧЁТНОЙ ФОРМЕ № 043/У УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ
1. развитие настоящего заболевания
 2. жалобы больного
 3. перенесённые и сопутствующие заболевания
 4. внешний осмотр
- 116) ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ
1. внешний осмотр
 2. жалобы больного
 3. перенесённые и сопутствующие заболевания
 4. развитие настоящего заболевания
- 117) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. рентгенография
 2. осмотр
 3. пальпация
 4. опрос
- 118) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.7 ОБОЗНАЧАЕТ
1. второй моляр нижней челюсти слева
 2. центральный резец нижней челюсти слева
 3. клык нижней челюсти справа
 4. первый моляр верхней челюсти справа
- 119) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.1 ОБОЗНАЧАЕТ
1. центральный резец верхней челюсти справа
 2. первый моляр верхней челюсти справа
 3. центральный резец нижней челюсти слева
 4. первый премоляр нижней челюсти справа
- 120) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.3 ОБОЗНАЧАЕТ
1. клык верхней челюсти слева
 2. первый премоляр нижней челюсти слева
 3. центральный резец верхней челюсти слева
 4. клык нижней челюсти справа

- 121) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 4.3 ОБОЗНАЧАЕТ
1. клык нижней челюсти справа
 2. первый моляр нижней челюсти справа
 3. второй моляр нижней челюсти слева
 4. клык нижней челюсти слева
- 122) ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ РЕЗЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
1. диастема
 2. трема
 3. межзубное пространство
 4. щелевидный промежуток
- 123) ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЗУБАМИ, КРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЗЫВАЕТСЯ
1. трема
 2. диастема
 3. межзубное пространство
 4. щелевидный промежуток
- 124) ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВРАЧ ДОЛЖЕН
1. закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
 2. сказать больному о своём подозрении
 3. отказать больному в оказании стоматологической помощи
 4. продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
- 125) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.1 ОБОЗНАЧАЕТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕЗЕЦ ЧЕЛЮСТИ
1. верхней слева
 2. верхней справа
 3. нижней слева
 4. нижней справа
- 126) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.6 ОБОЗНАЧАЕТ
1. первый моляр верхней челюсти справа
 2. центральный резец верхней челюсти слева
 3. первый премоляр нижней челюсти справа
 4. второй моляр нижней челюсти слева
- 127) ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.5 ОБОЗНАЧАЕТ
1. второй премоляр нижней челюсти слева
 2. первый премоляр нижней челюсти справа
 3. центральный резец верхней челюсти справа
 4. второй моляр нижней челюсти слева
- 128) ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С МОЛЯРОВ _____ И ЗАКАНЧИВАЮТ МОЛЯРАМИ
1. правых верхних; нижними правыми
 2. левых верхних; нижними левыми
 3. левых нижних; левыми верхними
 4. правых нижних; правыми верхними
- 129) ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ
1. вестибуло-оральном и мезио-дистальном
 2. вертикальном
 3. круговом
 4. вестибуло-оральном
- 130) СХЕМА, ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. одонтопародонтограмма

2. гнатодинамометрия
 3. реопародонтограмма
 4. мастикациография
- 131) МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ
1. гальванометрия
 2. электроодонтометрия
 3. артрография
 4. реодентография
- 132) ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РАВЕН (МКА)
1. 2-6
 2. 20-40
 3. 40-60
 4. 60-90
- 133) ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ
1. пинцетом
 2. элеватором
 3. гладилкой
 4. экскаватором
- 134) СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. частичное разрушение коронки зуба
 2. флюороз
 3. клиновидный дефект
 4. гипоплазия эмали
- 135) СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. полное разрушение коронки зуба
 2. эрозия твёрдых тканей зуба
 3. гиперплазия эмали
 4. аномалия развития и прорезывания зубов
- 136) МЕТОД СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ
1. опрос
 2. пальпацию
 3. осмотр
 4. зондирование
- 137) КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. перкуссия
 2. мастикациография
 3. электроодонтодиагностика
 4. томография
- 138) КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. пальпация
 2. электромиография
 3. электроодонтодиагностика
 4. прицельная рентгенография
- 139) ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ЭНТИН ПОДРАЗДЕЛЯЛ НА
1. 3 степени
 2. 2 степени
 3. 4 степени
 4. 5 степеней
- 140) ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА I СТЕПЕНИ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. перемещением зуба в вестибулооральном направлении

2. вращением зуба в лунке во всех направлениях вокруг своей оси
 3. перемещением зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении
 4. перемещением зуба в вестибулооральном, медиодистальном, вертикальном направлениях
- 141) К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ
1. зондирование
 2. электроодонтодиагностика
 3. томография
 4. мастикациография
- 142) ГРАНИЦА МЕЖДУ ЭМАЛЬЮ КОРОНКИ И ЦЕМЕНТОМ КОРНЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ
1. анатомическая шейка зуба
 2. клиническая шейка зуба
 3. экватор зуба
 4. граница над- и поддесневой частей зуба
- 143) ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ВРАЧЕБНОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЁМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. история болезни
 2. бланк направления
 3. заказ-наряд
 4. талон назначения больного к врачу
- 144) ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА ПРЕДЛОЖЕНА
1. Курляндским В.Ю.
 2. Гельманом С.Е.
 3. Рубиновым С.И.
 4. Агаповым Н.И.
- 145) В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ КОРОНКИ И КОРНЯ ЗУБА ОДИН К
1. 2
 2. 1
 3. 3
 4. 4
- 146) К МАЛЫМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
1. не более 3
 2. от 4 до 6
 3. более 6
 4. более 8
- 147) К СРЕДНИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
1. от 4 до 6
 2. не более 3
 3. более 6
 4. более 8
- 148) К БОЛЬШИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ
1. более 6
 2. не более 3
 3. от 4 до 6
 4. от 1 до 2
- 149) К ПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВОГО ЗУБА ОТНОСЯТ
1. устойчивые корни с частично сохранившейся культей
 2. глубокое разрушение корня под десной
 3. искривлённые корни с тонкими стенками
 4. заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни
- 150) ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ
1. недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку

2. отсутствия 3 зубов на одной стороне челюсти без потери дистальной опоры
 3. использования для фиксации съёмного протеза
 4. отсутствия 4 резцов без потери жевательной функции
- 151) ПОКАЗАНИЕМ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ УБЫЛЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИРОПЗ
1. 0,6-0,8
 2. 0,8 и более
 3. 0,2-0,4
 4. 0,4-0,6
- 152) РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ
1. от 40 до 75 % в разных возрастных группах
 2. 98—99% старше 35 лет
 3. 28-30% от 35 до 44 лет
 4. 86% в группе 35-44 лет
- 153) В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ ПРОИЗОШЕЛ ОТЛОМ КОРОНКИ ЗУБА 2.1 НА $\frac{2}{3}$ ЕЁ ДЛИНЫ. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗГОТОВЛЕНИЕ
1. штифтовой конструкции с последующим изготовлением металлокерамической или безметалловой коронки
 2. металлокерамической или безметалловой коронки
 3. керамического винира
 4. керамической вкладки
- 154) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГАЛЬВАНОЗА В ПОЛОСТИ РТА СЛУЖИТ
1. наличие в полости рта протезов разнородных металлических сплавов
 2. заболевания пародонта
 3. несоответствие границ съёмных зубных протезов протезному ложу
 4. наличие полных съёмных пластиночных протезов из акриловых базисных материалов
- 155) МЕТОД МОДЕЛИРОВКИ ЛИТОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ СОСТОИТ В
1. погружении гипсового штампа в разогретый воск с последующей моделировкой
 2. нанесении базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов
 3. изготовлении трёх колпачков из полимерной пленки различной толщины
 4. изготовлении платинового колпачка и нанесение на него воска
- 156) КАЧЕСТВО ОККЛЮЗИОННОГО КОНТАКТА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВЕРЯЕТСЯ
1. с помощью тонкой артикуляционной бумаги
 2. визуально
 3. прикусным шаблоном
 4. через 6 месяцев при наличии жалоб
- 157) ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГАЛЬВАНИЗМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
1. гальванометрия
 2. электроодонтометрия
 3. рентгенография
 4. компьютерная томограмма
- 158) ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТЕОНЕКРОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ
1. рентгенография
 2. электроодонтометрия
 3. гальванометрия

4. миография
- 159) ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ИХ СООТНОШЕНИЙ, ИЗУЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ПРОВОДЯТСЯ НА МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ
1. диагностических
 2. анатомических
 3. дополнительных
 4. рабочих
- 160) ПРОЦЕСС ПРИДАНИЯ ОСОБЫХ СВОЙСТВ МЕТАЛЛАМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ ДРУГИХ МЕТАЛЛОВ (ЭЛЕМЕНТОВ) НАЗЫВАЕТСЯ
1. легированием
 2. закалкой
 3. аффинажем
 4. фрезерованием
- 161) КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. хромо-кобальтовый сплав
 2. альгинатная масса
 3. гипс
 4. воск
- 162) ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ШИРИНА УСТУПА СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
1. 1,0-1,2
 2. 2-3
 3. 0,5-0,7
 4. 3,5
- 163) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. короткий искривлённый корень зуба
 2. наличие многокорневых зубов с непараллельными каналами
 3. гиперплазированная десна, закрывающая корень
 4. наличие искусственной коронки на зубе-антагонисте
- 164) МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ
1. на модели
 2. на оттиске
 3. на бумаге
 4. в полости рта
- 165) СЕПАРАЦИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЭТАП СНЯТИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА
1. апроксимальной
 2. вестибулярной
 3. оральной
 4. окклюзионной
- 166) АБРАЗИВНЫМИ ИНСТРУМЕНТАМИ ДЛЯ ОДНОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ПОД КОРОНКУ ЯВЛЯЮТСЯ
1. алмазные боры
 2. стальные боры
 3. развертки
 4. твёрдосплавные фрезы
- 167) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ СОЕДИНЕНИЕ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ
1. создания ретенционных пунктов «перлов»
 2. химического соединения

3. образования окисной плёнки
 4. взаимной диффузии материалов
- 168) ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ РАЗБОРНУЮ МОДЕЛЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ДЛЯ
1. удобства моделирования и припасовки коронки
 2. предотвращения усадки сплава
 3. точности литья коронки
 4. дублирования модели из огнеупорного материала
- 169) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. полировка
 2. глазурование
 3. припасовка на модели
 4. заключительный обжиг
- 170) ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФОРМИРУЮТ ФАЛЬЦ С ЦЕЛЬЮ
1. исключения сколов эмали
 2. предупреждения смещения вкладки
 3. исключения опрокидывающего момента
 4. улучшения эстетики
- 171) ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЮТ ЗОНОЙ
1. окклюзионной
 2. поднутрения
 3. ретенционной
 4. кламмерной
- 172) ПРИ ГАЛЬВАНОЗАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОТЕЗЫ
1. из безметалловой керамики
 2. из металлокерамики
 3. металлические с NiTi покрытием
 4. штампованно-паяные
- 173) ГРАНУЛЯРНАЯ ПОРИСТОСТЬ В ПЛАСТМАССЕ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
1. нарушения пропорций полимера и мономера
 2. быстрого нагрева кюветы
 3. недостаточного сжатия пластмассы
 4. нарушения температуры нагрева кюветы
- 174) МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА СНИМАЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
1. 1,5-2,0
 2. 0,25-0,3
 3. 0,3-0,5
 4. 2,5-3,0
- 175) ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. касательная
 2. промывная
 3. седловидная
 4. диаторическая
- 176) КИСЛОТОЙ, КОТОРОЙ ПРОТРАВЛИВАЮТ СФОРМИРОВАННУЮ ПОЛОСТЬ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. ортофосфорная

2. плавиковая
3. азотная
4. соляная

177) ВКЛАДКА, ГРАНИЦЫ КОТОРОЙ НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ БУГРОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. инлей
2. онлей
3. оверлей
4. пинлей

178) ПРИЧИНОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

1. чрезмерная конусность культы зуба
2. чрезмерная толщина литого каркаса
3. усадка металла при литье
4. некачественное литье

179) ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП РАСПОЛАГАЕТСЯ

1. по всему периметру шейки зуба
2. на вестибулярной поверхности
3. с оральной и апроксимальных сторон
4. на апроксимальных поверхностях

180) ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПОД ЛИТЫЕ КОРОНКИ ПРОИЗВОДЯТ

1. борами с алмазным напылением
2. металлическими фрезами
3. карборундовыми фрезами
4. карборундовыми дисками

181) ДИСКОЛОРИЗАЦИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА) ВОЗМОЖНА ПРИ

1. флюорозе
2. гепатите
3. гастрите
4. пародонтите

182) КАЖДЫЙ ЗУБ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ ИМЕЕТ ДВА АНТАГОНИСТА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ 3.1, 4.1 ЗУБОВ И

1. 1.8 и 2.8
2. 3.8 и 4.8
3. 3.6 и 4.6
4. 1.1 и 2.1

183) АНАТОМИЧЕСКАЯ ШЕЙКА ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

1. переходу эмали в цемент корня
2. границе над – и поддесневой частей зуба
3. экватору зуба
4. десневому краю

184) К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКЕ ЗУБОВ ПРИВОДИТ

1. частичная потеря зубов
2. хроническая травма слизистой оболочки полости рта
3. кислотный некроз
4. острый гингивит

185) МИКРОТВЕРДОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО (В Н/ММ²)

1. 390
2. 80
3. 120
4. 100

- 186) МИКРОТВЕРДОСТЬ ЗАЩИЩЕННОГО ЭМАЛЬЮ ДЕНТИНА ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО (В Н/ММ²)
1. 80
 2. 390
 3. 120
 4. 150
- 187) ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЛИНЫ КОРОНКИ ЗУБА
1. до $\frac{1}{3}$
 2. от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$
 3. от $\frac{2}{3}$ и более
 4. от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$
- 188) ВРОЖДЁННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1. синдроме Капдепона
 2. гипофункции гипофиза
 3. нейродистрофических нарушениях
 4. дисфункции паращитовидных желёз
- 189) ПРОТЕЗЫ ИЗ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ
1. гальванизма
 2. пародонтита
 3. пародонтоза
 4. остеомиелита
- 190) ПРЕПАРИРОВАНИЕ ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ПОД ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ БЕЗ УЧЁТА ИХ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. травматическому пульпиту
 2. снижению высоты нижнего отдела лица
 3. повышенному стиранию твёрдых тканей зубов
 4. пародонтиту
- 191) ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ ИХ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. горизонтальная форма деформации с наклоном зуба более 45°
 2. препарирование под цельнолитую коронку с керамической облицовкой
 3. резорбция костной ткани альвеолярного отростка на $\frac{1}{3}$ длины корня
 4. препарирование под винир
- 192) ЗА ВЕЛИЧИНУ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЫ ПРИНИМАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ
1. независимо от стороны, но наибольший
 2. с оральной стороны
 3. с медиальной стороны
 4. с вестибулярной стороны
- 193) СХЕМА (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ), ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. одонтопародонтограммой
 2. реопародонтограммой
 3. мастикациограммой
 4. электромиограммой
- 194) В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (ММОЛЬ/Л)
1. 3,3-5,5

2. 9,4-11,8
 3. 5,5-6,0
 4. 11,8-14,2
- 195) ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ
1. 1-2 месяца
 2. 1 день
 3. 7 дней
 4. 6-12 месяцев
- 196) ЧАЩЕ ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СПЛАВАМИ
1. разнородными
 2. серебряно-палладиевыми
 3. кобальтохромовыми
 4. на основе золота
- 197) К СИМПТОМАМ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСИТСЯ
1. извращение вкусовой чувствительности
 2. подвывих в ВНЧС
 3. гипермобильность мышечкового отростка
 4. пульпит зуба
- 198) ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЮТ (МВ)
1. 80
 2. 120
 3. 130
 4. 150
- 199) С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ ПРОВОДЯТ
1. экспозиционно-провокационную пробу
 2. измерение температурной чувствительности полости рта
 3. тест лактобациллярного числа
 4. поляризационно-оптическую микроскопию
- 200) МЕТОД, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ У ЛИЦ С ЯВЛЕНИЯМИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ К КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ
1. скарификационно-пленочный тест
 2. гнатодинамометрия
 3. периотестметрия
 4. проба Ряховского
- 201) PH - СЛЮНЫ ПРИ СТОМАТИТЕ ТОКИСКО-ХИМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
1. сдвигается в кислую сторону
 2. не изменяется
 3. сдвигается в щелочную сторону
 4. сдвигается в кислую сторону только при употреблении продуктов питания
- 202) ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ
1. жжение в полости рта
 2. нарушение окклюзионного взаимоотношения зубных рядов
 3. боль в ВНЧС
 4. плохая фиксация протезов
- 203) У БОЛЬНЫХ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ К АКРИЛОВЫМ ПЛАСТМАССАМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗГОТАВЛИВАТЬ ПРОТЕЗЫ
1. с мягкой подкладкой
 2. повышающие
 3. с удлинением границ протезного ложа
 4. с укорочением границ протезного ложа

- 204) ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ У ЛИЦ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА
1. не должна плотно прилегать к слизистой оболочке
 2. должна механически отдавливать пораженный очаг
 3. должна плотно прилегать к слизистой оболочке
 4. не изготавливается
- 205) БЕЗ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕННЫ КОРОНКИ
1. ортодонтические штампованные
 2. комбинированные
 3. керамические
 4. пластмассовые
- 206) ПЕРВИЧНОЙ ЦЕЛЮЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. установить диагноз
 2. выбрать метод лечения
 3. провести функциональные пробы
 4. составить план лечения
- 207) КОМПЛЕКС ПАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СВЯЗАННЫХ С НАЛИЧИЕМ ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАЛЬВАНИЧЕСКИХ ТОКОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПОЛОСТИ РТА МЕЖДУ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
1. гальваноз
 2. гальванопластика
 3. гальванотехника
 4. гальваностегия
- 208) ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ ПОД СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ БАЗИСОВ
1. на мягкой силиконовой подкладке
 2. с удлиненными границами
 3. композитных
 4. насыщенных красителем
- 209) НАИБОЛЕЕ ИНЕРТНЫЕ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ
1. золота
 2. никеля
 3. кобальта
 4. алюминия
- 210) ПОКАЗАТЕЛИ PH СЛЮНЫ В НОРМЕ НАХОДЯТСЯ В ПРЕДЕЛАХ
1. 6,8-7,2
 2. 4,6-6,8
 3. 2,2-4,6
 4. 7,2-8,0
- 211) ПРОЦЕСС РАЗРУШЕНИЯ МЕТАЛЛОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ХИМИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НАЗЫВАЕТСЯ
1. коррозией
 2. стабилизацией
 3. реакцией восстановления
 4. гальваностегией
- 212) НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННЫЕ КОРРОЗИИ СПЛАВЫ
1. разнородные
 2. на основе никеля
 3. на основе золота
 4. на основе кобальта

- 213) **НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННЫЕ КОРРОЗИИ СПЛАВЫ ПРИ СМЕЩЕНИИ PH В КИСЛУЮ СТОРОНУ НА ОСНОВЕ**
1. никеля
 2. кобальта
 3. золота
 4. титана
- 214) **ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ ГАЛЬВАНИЗМЕ**
1. жжение в полости рта
 2. болезненные ощущения по ходу тройничного нерва
 3. наличие хруста в ВНЧС
 4. нарушение пережевывания пищи
- 215) **ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ В ПОЛОСТИ РТА – ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ**
1. аллергическом стоматите, вызванным зубными протезами
 2. несовершенном амелогенезе
 3. клиновидном дефекте
 4. кариесе зубов
- 216) **СИМПТОМ ЖЖЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА – ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ**
1. токсическом стоматите
 2. несовершенном дентиногенезе
 3. хроническом пародонтите
 4. сиалодените
- 217) **ПОВЫШЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ**
1. токсический стоматит
 2. сиалоаденит
 3. пародонтит в стадии обострения
 4. множественный кариес зубов
- 218) **ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ**
1. жжение языка, губ
 2. боль в ВНЧС
 3. нарушение окклюзии
 4. снижение тонуса жевательных мышц
- 219) **ПОКРЫВНЫЕ ПРОТЕЗЫ – ЭТО**
1. съемные протезы, базис которых покрывает оставшиеся в полости рта корни зубов
 2. несъемные протезы
 3. бюгельные протезы с опорно-удерживающей системой фиксации
 4. съемные и мостовидные протезы, соединенные замковым креплением
- 220) **ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ ПОКАЗАНО ПРИ**
1. наличии на челюсти одиночно стоящих зубов или корней с незначительной атрофией пародонта
 2. одно- и двусторонних дистально неограниченных дефектах зубных рядов
 3. плохой гигиене полости рта
 4. полном отсутствии зубов
- 221) **КОРНИ ОДИНОЧНО СТОЯЩИХ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ НЕОБХОДИМО**
1. оценить проведенное эндодонтическое лечение
 2. удалить
 3. провести подсадку костной ткани
 4. провести пробу Ряховского

- 222) ПРОВЕДЕНИЕ ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ТРЕБУЕТ ИЗГОТОВЛЕНИЯ
1. воскового базиса с окклюзионным валиком
 2. индивидуальной ложки
 3. моделей из супергипса
 4. силиконового индекса
- 223) ЗУБНЫЕ РЯДЫ В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ
1. разобщены на 2-4 мм
 2. сомкнуты
 3. разобщены на 0,5-1 мм
 4. разобщены на 5 -7 мм
- 224) ПРИПАСОВКА ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ
1. врачом в полости рта
 2. самим пациентом
 3. врачом на модели
 4. зубным техником на модели
- 225) ДВИЖЕНИЯ МЕЖДУ СОСТАВНЫМИ ЧАСТЯМИ ЖЕСТКОГО АТТАЧМЕНА
1. не допускаются
 2. допускаются в 1-ой плоскости
 3. допускаются в 2-х плоскостях
 4. допускаются в 3-х плоскостях
- 226) ОБЪЕМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОД ТЕЛЕСКОПИЧЕСКУЮ КОРОНКУ В СРАВНЕНИИ С МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ
1. больше на 0,3 мм
 2. меньше на 0,3 мм
 3. больше на 0,6 мм
 4. одинаковое
- 227) МАТРИЦА СФЕРИЧЕСКОГО АТТАЧМЕНА ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА
1. съемной части конструкции
 2. зубах антагонистах
 3. несъемной части конструкции
 4. мостовидном протезе
- 228) ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА – ЭТО
1. система из двух коронок, одна из которых зацементирована на отпрепарированном опорном зубе, другая находится в каркасе съемной части протеза
 2. коронка, которая зацементирована на опорном зубе
 3. система из коронки, которая зацементирована на опорном зубе и кламмера, находящегося в съемной части протеза
 4. фрагмент съемного протеза
- 229) ПОКАЗАНИЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОДИНОЧНО-СТОЯЩИХ ЗУБОВ ИЛИ КОРНЕЙ ЗУБОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ
1. при атрофии стенок альвеолы не более 1/2 корня
 2. наличие хронического гранулирующего периодонтита
 3. подвижность зубов 2-3 степени
 4. разрушение корня ниже уровня десны
- 230) КОЛИЧЕСТВО И КАЧЕСТВО СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ
1. влияет на адгезию полного съемного протеза
 2. влияет на фиксацию несъемного протеза
 3. не влияет на адгезию полного съемного протеза
 4. влияет на фиксацию штифтово-культевых вкладок

- 231) ОПТИМАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОТЕЗА ПРИ МАЛОМ КОЛИЧЕСТВЕ СОХРАНИВШИХСЯ НА ЧЕЛЮСТИ ОДИНОЧНО СТОЯЩИХ ЗУБАХ (1-4) С РЕЗОРБЦИЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА $\frac{1}{4}$ ДЛИНЫ КОРНЕЙ
1. покрывной с телескопической системой фиксации
 2. мостовидный, штампованно-паяный
 3. мостовидный цельнолитой
 4. бюгельный
- 232) ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ СОСТАВЛЯЕТ
1. выше 0,8
 2. 0,5-0,6
 3. 0,6-0,8
 4. 0,2-0,4
- 233) ПРЯМОЙ СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ВКЛАДКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
1. в полости рта
 2. на модели в артикуляторе
 3. методом CAD/CAM
 4. на модели в окклюдаторе
- 234) ПОЛИВИНИЛСИЛОКСАНОВЫЕ СЛЕПОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МАТЕРИАЛОВ
1. эластических
 2. гидроколлоидных
 3. термопластических
 4. твердокристаллических

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

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

3.1 Форма промежуточной аттестации – зачет

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

1. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета. Организация рабочего места врача стоматолога-ортопеда. Техника безопасности и гигиена труда врача стоматолога-ортопеда.
2. Зуботехническая лаборатория: санитарно-гигиенические нормативы помещения, оборудование, инструментарий. Техника безопасности при
3. Анатомия челюстно-лицевой системы. Функциональная анатомия нижней челюсти.
4. Функциональная анатомия верхней челюсти. Контрфорсы верхней челюсти.
5. Зубы и зубные ряды. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубных рядов верхней и нижней челюстей.
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Требования, которым должна соответствовать металлическая штампованная коронка.
7. Мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть. Деление мышц по функции.
8. Понятие «окклюзионная поверхность зубных рядов». Понятие о зубной, альвеолярной и базальной дугах. Сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые, их значение.
9. Биомеханика нижней челюсти. Сагиттальные движения нижней челюсти. Сагиттальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
10. Биомеханика нижней челюсти. Трансверзальные движения нижней челюсти. Трансверзальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
11. Понятия «артикуляция», «окклюзия зубных рядов». Виды окклюзий, их характеристики.
12. Понятие «прикус». Физиологические и патологические разновидности прикусов. Морфологическая характеристика ортогнатического прикуса.
13. Методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии. Последовательность проведения обследования.
14. Параклинические методы обследования ортопедического стоматологического больного. Показания к рентгенологическим методам обследования. Анализ внутриротовых рентгеновских снимков.

15. Понятие «жевательная эффективность». Методы определения жевательной эффективности (статические, функциональные).
16. Структура и формулировка диагноза в клинике ортопедической стоматологии, его значение для планирования лечения.
17. Подготовка полости рта к протезированию. Общие и специальные методы подготовки.
18. Дефекты твердых тканей зубов. Показания и противопоказания к ортопедическому лечению. Методы ортопедического лечения патологии твердых тканей зубов.
19. Клиника частичного отсутствия зубов. Изменения в зубочелюстной системе в связи с частичным отсутствием зубов.
20. Частичное отсутствие зубов. Характеристика дефектов зубных рядов. Классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди, Гаврилову, Бетельману.
21. Выбор конструкции зубных протезов в зависимости от топографии и величины дефектов зубного ряда. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций зубных протезов.
22. Оттиски: определение, классификация. Оттискные ложки. Правила подбора ложки для получения оттиска.
23. Классификация оттискных материалов. Требования, которым должны соответствовать оттискные материалы.
24. Твердые (кристаллизующиеся) оттискные материалы. Характеристика гипса как оттискного материала: состав, свойства, показания к применению.
25. Особенности получения полных анатомических оттисков с верхней и нижней челюстей гипсом.
26. Альгинатные оттискные материалы. Состав, свойства, применение. Особенности получения оттисков альгинатными массами.
27. Силиконовые оттискные материалы. Состав, свойства, применение. Техники получения оттисков силиконовыми оттискными материалами.
28. Особенности получения гипсовой модели по оттискам из гипса, эластических и термопластических оттискных масс.
29. Типы кристаллических решеток металлов. Виды соединений элементов в сплавах металлов.
30. Основные химические свойства металлических сплавов – окисляемость, коррозионная стойкость. Коррозия металлов: виды, причины, механизм возникновения, способы предупреждения коррозии.
31. Сплавы для изготовления зубных протезов на основе неблагородных металлов. Нержавеющая сталь, кобальтохромовые сплавы: состав, свойства, применение.
32. Сплавы для изготовления зубных протезов на основе благородных металлов. Сплавы на основе золота: состав, свойства, применение.
33. Базисные полимерные материалы для изготовления зубных протезов: состав, свойства. Технология пластмасс горячего отверждения: стадии созревания, механизм и режим полимеризации.
34. Дефекты базисных пластмасс, возникающие при нарушениях технологии их применения. Пористость: виды, причины, способы предупреждения.
35. Классификация искусственных коронок. Показания и противопоказания (относительные и абсолютные) к ортопедическому лечению искусственными коронками.
36. Препаровка зубов при ортопедическом лечении искусственными коронками: инструментарий, принципы, режим, последовательность. Ошибки и осложнения.
37. Ортопедическое лечение с применением металлической штампованной коронки: показания, противопоказания.
38. Ортопедическое лечение с применением комбинированной коронки по Белкину: показания, противопоказания, особенности клинико-лабораторных этапов изготовления
39. Ортопедическое лечение с применением пластмассовой коронки: показания, противопоказания, клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препарирования зуба под пластмассовую коронку.
40. Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов мостовидными протезами. Показания и противопоказания. Оценка опорных зубов при ортопедическом лечении несъемными конструкциями зубных протезов.

41. Виды мостовидных протезов. Штампованно-паянный мостовидный протез: показания, противопоказания, клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препаровки опорных зубов.
42. Быстротвердеющие пластмассы: состав, свойства, применение. Стадии созревания, особенности полимеризации.
43. Ортопедическое лечение патологии твердых тканей зубов вкладками. Показания и противопоказания. Классификация полостей. Принципы формирования полостей под вкладки.
44. Методы изготовления вкладок. Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок.
45. Ортопедическое лечение при полном разрушении коронки зуба. Показания и противопоказания. Требования к корню. Штифтовые зубы. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
46. Классификация штифтовых конструкций. Культевые штифтовые вкладки. Виды. Способы изготовления.
47. Клинико-лабораторные этапы протезирования литыми цельнометаллическими коронками. Показания и противопоказания. Особенности препаровки зубов.
48. Клинико-лабораторные этапы протезирования металлокерамическими коронками. Показания и противопоказания. Особенности препаровки зубов.
49. Временные коронки. Показания. Способы изготовления.

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	Знать: 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
		Уметь: 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
		Владеть: 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,	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, па-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза,	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза,

<p>данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</p>	<p>томорфоза, принципы 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>морфогенеза, патоморфоза, 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>патоморфоза, 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>Уметь: 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>Владеть: 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	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	Знать: Знать особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии	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
		Уметь: Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	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
		Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	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	готовностью к ведению лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара

	условиях и условиях дневного стационара	условиях и условиях дневного стационара	условиях дневного стационара	
		<p>Уметь: 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>Владеть: 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 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/ устного реферативного сообщения:

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.