

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Высота помещения в стоматологическом кабинете должна быть

- не менее 2м.
- не менее 3м
- не менее 3,5м
- не менее 2,5М

На одну стоматологическую установку положена площадь

- 14кв. м
- 10 кв. м
- 15 кв. м
- 16 кв. М

Уровень освещенности, создаваемый местным источником, не должен превышать уровень общего освещения более чем в

- 2 раза
- 5 раз
- 10 раз
- 15 раз

Укажите кратность воздухообмена в стоматологическом кабинете:

- 1 раз в час по вытяжке и 2 раза в час по притоку.
- 3 раза в час по вытяжке и 2 раза в час по притоку.
- 2 раза в час по вытяжке и 3 раза в час по притоку.
- 3 раза в час по вытяжке и 3 раза в час по притоку.

Способ вулканизации каучука изобрел:

- П. Фошар
- Гудиер
- Б.Н. Бынин
- А.Паре

Укажите норматив обеспеченности врачами - стоматологами ортопедами в расчёте на 10 тысяч взрослого городского населения:

- 0.25
- 0.5
- 1.25
- 1.5

Максимальное количество стоматологических установок в одном кабинете не должно превышать:

- двух
- трёх
- четырёх
- шести

Соотношение должностей врач-зубной техник должно быть

- 0.5:1.0
- 1.0:1.0
- 1.0:2.0
- 1.0:2.5

Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом лиц, получивших протезы в месяц, составляет

- 10.0
- 20.0
- 30.0
- 40.0

К льготным категориям граждан, имеющим право на бесплатное зубопротезирование, относятся все, кроме

- ветеранов труда
- лиц, подвергшихся политическим репрессиям
- инвалидов
- участникам ВОВ и тружеников тыла

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

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

- свыше 10%
- 15%
- 20%
- 50%

В набор для первичного осмотра пациентов входят:

- зеркало, пинцет, гладилка
- шпатель, зеркало, пинцет
- зеркало, зонд, пинцет.
- зеркало, зонд, пинцет, шпатель

Поражение контактных поверхностей боковых зубов это:

- 1 класс по Блэку
- 2 класс по Блэку
- 4 класс по Блэку
- 5 класс по Блэку.

К функциональным методам исследования относятся:

- рентгенография
- ортопантомография
- пародонтограмма
- репародонтография.

Функциональная перегрузка зубов на фоне интактного пародонта это:

- первичная травматическая окклюзия
- вторичная травматическая окклюзия
- отраженный травматический узел
- прямой травматический узел

По Энтину различают степени подвижности зубов:

- одну
- две
- три
- четыре

Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является:

- клинический
- рентгенологический
- биометрический
- реографический

Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти даёт следующий метод рентгенологического обследования:

- дентальная рентгенография
- панорама рентгенография
- ортопантомография
- телерентгенография

Для выявления возможности прохождения корневых каналов 6 верхнего левого моляра целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики:

- телерентгенография
- панорамная рентгенография
- ортопантомография
- дентальная рентгенография

В.А.Пономарёва выделяет:

- три формы зубочелюстных деформаций
- две формы зубочелюстных деформаций
- четыре зубочелюстных деформаций
- пять зубочелюстных деформаций

Вторая степень подвижности зубов по Энтину характеризуется движением зуба в направлении:

- вестибуло-оральном
- медио-дистальном
- вестибуло-оральном и медио-дистальном
- вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное

Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

- осмотр
- пальпацию
- опрос
- рентгенографическое исследование.

Уточнение глубины пародонтального кармана проводят с помощью:

- пинцета
- зонда
- рентгенограммы
- все ответы правильные

К четвертому классу (по Гаврилову) относятся:

- концевые дефекты
- одиночно стоящие зубы
- комбинированные дефекты
- включенные дефекты.

Включённые дефекты в боковом отделе, по классификации Кеннеди, относятся к классу

- первому

- второму
- третьему
- четвёртому

При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

- мышечно-суставная дисфункция
- артрит
- артроз
- остеома суставного отростка нижней челюсти

Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

- каждый зуб имеет по одному антагонисту
- смыкание по 2 классу Энгля
- каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца. Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим
- смыкание по 3 классу Энгля

К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлических протезов, относят

- коррозионные процессы
- изменение pH слюны в кислую сторону
- процессы истирания
- правильные ответы 1),2),3)

Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

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

Для диагностирования аллергии на базисные пластмассы проводят следующие тесты

- лейкопеническая проба
- рН-метрия
- измерение разницы потенциалов
- экспозиционно-провокационная проба, тест химического серебрения, соскоб на Candida

3. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Окклюзионные кривые бывают:

- сагиттальная
- диагональная
- трансверзальная
- сагиттальная и трансверзальная

Мышечный признак центральной окклюзии. Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, справа и слева находятся в состоянии:

- равномерного одновременного расслабления
- относительного физиологического покоя
- равномерного одновременного напряжения.
- одностороннего напряжения

«Резервные силы пародонта»- это:

- способность пародонта противостоять жевательной нагрузке
- способность пародонта нести двойную нагрузку
- способность пародонта приспосабливаться к изменению функциональной нагрузки.
- способность пародонта нести максимальную нагрузку

Высота коронок зубов в постоянном прикусе от резцов до моляров:

- уменьшается
- увеличивается
- остается неизменной.
- зависит от вида прикуса

Разница высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии составляет в среднем:

- 0,5-1мм.
- 2-4мм.
- 6-8мм.
- 8-12мм.

Угол сагиттального суставного пути равен:

- 20 градусов
- 33 градуса
- 110 градуса
- 180 градусов

Анатомическая шейка зуба соответствует:

- переходу эмали в цемент корня
- границе над- и поддесневой частей зуба
- экватору зуба.
- дну зубодесневого кармана

Угол Гизи (готический угол) равен:

- 75 градусов
- 110 градуса
- 60-65 градусов
- 33 градуса

Состояние: равномерное двустороннее сокращение латеральной крыловидной мышцы; мышечковый отросток н/ч у вершины суставного бугорка; передние зубы смыкаются щипцеобразно, это:

- центральная окклюзия
- боковая окклюзия
- передняя окклюзия
- латеральная окклюзия

Альвеолярная дуга на беззубой нижней челюсти с возрастом:

- увеличивается
- уменьшается
- остается без изменений.
- изменяет геометрическую форму

Смыкание зубных рядов, характеризующееся множественным фиссурно - бугорковым контактом, положением суставных головок нижней челюсти у основания ската суставного бугорка, равномерным напряжением мышц, поднимающих нижнюю челюсть, является окклюзией:

- передней
- центральной
- боковой левой
- боковой правой.

Окклюзионная плоскость это:

- линия смыкания зубов
- плоскость, параллельная камперовской горизонтали
- плоскость параллельная срединной зрачковой линии
- плоскость, проходящая от режущей поверхности нижних резцов к дистальному щечному бугорку 48, 44 и 33, 38.

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

- глубокие шейные лимфатические узлы
- блуждающий нерв
- внутренняя яремная вена
- правильные ответы 1+2+3

Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- мышцу, опускающую небную занавеску
- мышцу, поднимающую небную занавеску
- небно-язычную
- щечную

При сокращении латеральной крыловидной мышцы справа н/ч смещается:

- вправо
- влево
- вперед
- дистализируется

На нижней челюсти больше дуга:

- зубная
- альвеолярная
- базальная
- все дуги одинаковые

Кривая Шпее это:

- сагиттальная компенсаторная кривая
- трансверзальная компенсаторная кривая
- диагональная компенсаторная кривая
- кривая траектории движения нижней челюсти

Слизистая оболочка, совершающая экскурсию при сокращении мимической мускулатуры, называется:

- Активно-подвижной
- Пассивно-подвижной
- Нейтральной зоной
- неподвижной слизистой

Жевательная эффективность измеряется:

- в граммах
- в ньютонах
- в процентах

- в условных единицах

Суставная головка ВНЧС имеет форму:

- Шаровидную
- Эллипсовидную
- Трапецевидную.

Диск ВНЧС состоит из:

- Фиброзной соединительной ткани
- Гиалинового хряща
- Эпителиальной ткани
- костно основы и фиброзной ткани

В норме суставная головка ВНЧС, совершая экскурсии, передает жевательное давление через суставной диск:

- На заднюю стенку суставной ямки
- На суставной диск
- На суставной бугорок.

Суставной диск ВНЧС имеет форму:

- Двояковыпуклой линзы
- Двояковогнутой линзы
- плоского диска
- сферического диска

4. МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЕ

Избыток мономера влияет на результат полимеризации пластмассы:

- увеличивает усадку
- снижает усадку
- не влияет
- увеличивает плотность

Кобальтохромовые сплавы обладают физико-механическими свойствами:

- пластичностью
- ковкостью
- упругостью
- высокой теплопроводностью

Возникает в результате технологического процесса:

- закалка
- ковка
- протяжка
- волочение

Химическое удаление окисной пленки с поверхности металлической коронки происходит результате:

- отбеливания
- пескоструйной обработки
- отжига
- шлифовки

Кобальто - хромовый сплав (КХС) выпускается для:

- штампованных коронок
- изготовления гнутых кламмеров

- изготовления цельнолитых конструкций
- изготовления паяного мостовидного протеза

К пластмассам для несъемного протезирования относятся:

- Синма-74, Синма-М
- редонт, протакрил
- акрил, бакрил
- фторакс

Базисные пластмассы это:

- этакрил, акрил, бакрил, фторакс
- стадонт, акрилоксид, норакрил
- ортопласт, эластопласт, ортосил-М
- протемп, синма-М

Конструкции из серебропалладиевого сплава спаивают припоем:

- серебрянным
- золотым
- оловянным
- легкоплавным серебряным

Воск животного происхождения, это:

- парафин
- японский
- стеарин
- карнаубский воск

Первая группа оттискных материалов по Оксману это:

- кристаллизующиеся
- термопластические
- эластические
- полимеризующиеся

Термопластические оттискные материалы это:

- гипс, репин, дентол
- стомальгин, хромопан, упин
- стомафлекс, сизласт, ксантопрен
- стенс, акродент, МСТ-02.

К какому виду относится сплав, структура которого представляет собой однородную смесь:

- к механическим смесям
- к твердым растворам
- к сплавам, основанным на химических соединениях
- к сплавам полученным в результате высокотемпературного синтеза.

Что является отбелом для золота:

- 30 % соляная кислота
- крепкая азотная кислота
- правильные ответы 1+2
- правильных ответов нет.

Для уменьшения газовых пор при обжиге фарфора используется:

- предварительная сушка

- обжиг в вакууме
- повышение температуры обжига
- медленное охлаждение

При введении никеля в нержавеющую хромоникелевую сталь, устраняется недостаток вызванный хромом:

- антикоррозийность
- ковкость
- твердость
- пластичность

Восковые композиции для моделирования литых конструкций должны обладать основным свойством:

- хорошо контрастировать модель
- иметь малый зольный остаток
- хорошо скоблиться
- обладать низкой текучестью

5. ПАТОЛОГИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

К микропротезам относятся:

- косметические съёмные протезы, штифтовые вкладки
- консольные мостовидные протезы, полукоронки и вкладки
- интрадентальные и парапульпарные несъёмные конструкции
- все вышеперечисленные протезы

По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к первому классу относятся

- полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов
- полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- полости на проксимальных поверхностях передних зубов
- полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

К третьему классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

- располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- на проксимальных поверхностях передних зубов
- на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

К четвертому классу по классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку относятся полости

- располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- на жевательных поверхностях моляров и премоляров
- на проксимальных поверхностях передних зубов
- на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

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

- на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- на проксимальных поверхностях передних зубов
- на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

При работе с твердыми тканями клыков с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- на верхушках бугров
- в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности

- на проксимальных поверхностях

При работе с твердыми тканями премоляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- на верхушках бугров
- в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
- на проксимальных поверхностях

При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

- на 1/3 толщины эмали
- на 1/2 толщины эмали
- на всю толщину эмали
- в пределах эмали

При формировании дна полости для вкладки она должна быть

- параллельна крыше пульповой камеры
- повторять рельеф крыши пульповой камеры
- под углом 5° к рогам пульпы
- под углом 10° к рогам пульпы

При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом

- 15°
- 30°
- 45°
- 60°

При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только

- для вкладок из благородных металлов
- для вкладок из неблагородных металлов
- для металлических вкладок
- для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)

Полукоронка может быть опорой

- пластмассового мостовидного протеза
- цельнометаллического мостовидного протеза
- фарфорового мостовидного протеза
- всех перечисленных выше конструкций

При заболеваниях пародонта, в качестве шин, возможно применение полукоронок

- да
- да, если пародонтит легкой и средней степени
- да, только с предварительным депульпированием зубов
- нет

Корневая защитка штифтового зуба предназначена:

- для соединения штифта с коронковой частью
- для исключения травмы десневого края
- для предохранения корня зуба от разрушения и улучшения качества фиксации
- для снижения функциональной перегрузки, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба

При изготовлении пластмассовых коронок необходимо формировать уступ в пришеечной зоне

- всегда
- только на передней поверхности
- если зуб депульпирован
- если у пациента глубокий прикус

Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться

- не доходить до десны на 0.5 мм
- не доходить до десны на 1.0 мм
- на уровне десны
- под десной на 0.5 мм

Применение пластмассовых коронок при пародонтите

- не показано
- показано
- показано, если процесс в стадии ремиссии
- показано, если край коронки подводить под десну

Фиксация фарфоровых коронок на временный цемент

- возможна
- возможна, если это одиночная коронка
- невозможна
- возможна если у пациента нет бруксизма

При изготовлении фарфоровой коронки в пришеечной зоне нужно формировать уступ

- желобообразный
- символ уступа
- под углом 90°
- под углом 135°

Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет

- 0.25 мм
- 0.025 мм
- 0.075 мм
- 0.1 мм

Показанием к применению литых штифтовых вкладок является

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

Оптимальная длина штифта культевой вкладки составляет

- 1/4 корня
- 1/2 длины корня
- 2/3 длины корня
- на всю длину корня

При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

- полукоронкой
- экваторной коронкой
- штифтовой конструкцией
- съемным протезом

При изготовлении вкладки обратным методом получают оттиск:

- двойной или комбинированный
- эластиком, упином
- гипсом
- термомассой

Изготовление вкладки показано при значении ИРОПЗ:

- 0,2
- 0,6-0,8
- 0,2-0,6
- 0,4-0,6

6. Общие принципы и методы лечения больных с патологией зубочелюстной системы

Фактор неспецифической защиты – это

- выработка антител к определенному антигену
- физиологическое воздействие на бактериальную клетку
- химическое воздействие на микроорганизм
- комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм

Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта проявляется

- сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества
- через сутки
- через 1-2 недели
- необходимо время для формирования защиты

Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем

- ионы металлов способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
- молекулы некоторых конструкционных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез антител
- механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта
- все вышеперечисленное верно

Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно

- сразу же после окончания курса лечения
- спустя год после проведения курса лучевой терапии
- при нормальной (клинический анализ) картине крови
- через 6-8 месяцев

"Аномалия" прикуса – это

- нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- частичная потеря зубов
- изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

Деформация зубочелюстной системы – это

- изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- потеря зубов
- нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы
- открытый прикус

Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели является

- ширина зубной дуги в области клыков
- ширина зубной дуги в области премоляров
- ширина зубной дуги в области моляров
- эти данные равноценны по значимости

Следующие обследования позволяют использовать результаты телерентгенографии

- измерения на диагностических моделях
- электромиография
- параметры ортогнатического прикуса
- рентгенография отдельных зубов

Возможной формой зубных рядов при прогнатическом (верхнечелюстном) прикусе является

- протрузия верхних передних зубов в сочетании с сужением верхнего зубного ряда при нормальном нижнем зубном ряде
- правильная форма верхнего зубного ряда при уплощенной в переднем отделе нижней зубной дуги
- равномерное сужение зубных дуг с передним положением верхнего зубного ряда
- все вышесказанное

На телерентгенограмме при верхнечелюстном прогнатическом прикусе, с недоразвитием нижней челюсти выявляется

- увеличение межапикального угла и сагиттального межрезцового расстояния
- укорочение нижней челюсти
- горизонтальное положение нижней челюсти в лицевом скелете
- все вышесказанное верно

Истинная прогения – это

- мезиальное смещение нижней челюсти
- недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней
- чрезмерное развитие нижней челюсти
- уплощение фронтального участка верхней челюсти

Передние зубы в обратном смыкании, но в контакте, незначительная глубина обратного перекрытия, ретрузия резцов и клыков является характерным признаком прикуса

- прогенического обусловленного недоразвитием верхней челюсти
- признаком для прогенического прикуса, обусловленного мезиальным смещением нижней челюсти
- признаком глубокого прикуса
- признаком истинной прогении

При несвоевременном протезировании больного после потери коренных зубов может возникнуть осложнение

- выдвижение зубов потерявших антагонистов (зубоальвеолярное удлинение)
- перегрузка оставшихся зубов
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- все вышперечисленное

Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых

- изменить положение верхней челюсти
- изменить положение суставов относительно основания черепа
- восстановить соответствие величин челюстей
- изменить положение зуба или группы зубов

Для деформирующего остеопароза характерным является

- чрезмерное резцовое перекрытие
- отсутствие части зубов
- истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
- склерозирование сочлененных поверхностей

Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

- изменения роста челюстей
- изменения положения верхней челюсти
- расширения верхней челюсти
- устранения неправильное положение зубов

Основной задачей лечения аномалий прикуса является

- создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе
- исправление нарушений окклюзии
- устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба
- устранение функциональной перегрузки пародонта зубов

Наиболее обоснованным действием при прогеническом прикусе, характеризующимся протрузионным положением нижних зубов, ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм. является

- перемещение в губном направлении только верхних зубов
- перемещение язычно только нижних зубов
- хирургическое лечение
- сочетанная работа с верхней и нижней челюстью

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

- смещение вперед верхних зубов
- смещение язычно нижних зубов
- одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном
- отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования

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

- ретракция верхней челюсти
- смещение зубов нижней челюсти
- сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения
- удаление зубов на нижней челюсти

Методом лечения, наиболее эффективным при дистальном положении верхней челюсти относительно основания черепа, является

- ретракция верхней челюсти
- смещение зубов нижней челюсти
- изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием
- комплексные методы

Первым действием при лечении прогенического прикуса (мезиальное смещение нижней челюсти) будет

- устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
- нормализация функции языка и глотания
- шлифование зубов

- аппаратурное лечение аномалии

К целесообразному лечению верхнечелюстной микрогнатии у взрослых относится

- сочетание компактостеотомии с аппаратурным
- с помощью пластинки с винтом
- повышение прикуса
- с помощью ретракционной пластинки

Особенностью, характерной при протезировании больных с прогеническим прикусом, является

- необходимость реконструкции высоты прикуса
- сужение показаний к применению мостовидных протезов
- более объемные съемные и несъемные протезы
- применение только съемных протезов

Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет

- повышенная стираемость зубов
- заболеваемость пародонта
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- деформация окклюзионной поверхности

Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является

- устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
- исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
- создание режуще-бугоркового контакта между передними зубами
- восстановление непрерывности зубного ряда

Основной задачей перестройки миотатических рефлексов по И.С.Рубинову является

- самостоятельное ортодонтическое лечение
- функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием
- морфологическая перестройка зубочелюстной системы
- предотвращение рецидива аномалии

Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть

- нарушение речи
- чувство дискомфорта
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- увеличение атрофии альвеолярных отростков

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

- большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
- нарушений речи
- сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
- недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломки его

Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым

- более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа
- язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком
- предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия

- металлический базис не вызывает (в отличие оплассмассового) аллергических повреждений слизистой оболочки

Какой формы металлический базис может быть применен на верхнюю челюсть у больных с прогеническим прикусом и отсутствием контактов в области боковых зубов?

- в виде поперечной полосы
- подковообразной формы
- базис с окклюзионными накладками в области боковых зубов
- в виде полной небной пластинки

Основной задачей лечения больных с глубоким (вторичным) снижающим прикусом является

- восстановление нормального положения нижней челюсти в сагиттальной и вертикальной плоскостях
- реконструкция межальвеолярного расстояния
- реконструкция высоты нижней трети лица
- устранение функциональной перегрузки зубов

Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающимся с повышенной стираемостью, является

- нормализация положения нижней челюсти
- увеличение межальвеолярной высоты
- устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- устранение патологического прикуса

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

- протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса
- расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов
- необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти
- повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки

Наиболее эффективным методом лечения открытого прикуса является

- лечение путем сошлифовывания контактирующих зубов
- удаление контактирующих зубов
- комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический
- перемещение контактирующих зубов

При ортодонтическом лечении перекрестного прикуса у взрослых можно добиться

- расширения челюсти
- перемещения альвеолярного отростка
- торможения роста челюсти
- перемещения зубов

Основным показанием к сочетанному хирургическому и ортопедическому лечению аномалий прикуса является

- ускорение ортодонтического лечения
- скелетные формы аномалий
- желание больного
- аномалии, возникшие в результате потери части зубов

7. ЧАСТИЧНЫЕ ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

- на верхней челюсти
- на нижней челюсти
- на обеих челюстях одинаково

- преимущественно во фронтальной группе зубов

Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

- горизонтальное
- под углом 5-10° к горизонтали
- под углом 10-15° к горизонтали
- под углом 15-20° к горизонтали

В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры

- Ней №1
- Ней №2
- Ней №3
- Ней №4

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

- Ней №1
- Ней №2
- Ней №3
- Ней №5

При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

- Ней №2
- Ней №3
- Ней №4
- Ней №5

Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- отростки базиса протеза
- многозвеньевые кламмеры
- непрерывные кламмеры
- передние небные дуги

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

- опорно-удерживающие кламмеры
- многозвеньевые кламмеры
- непрерывные кламмеры
- дробители нагрузки

При лечении двусторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в мезиальную сторону, рекомендуется использовать

- опорно-удерживающие кламмеры
- многозвеньевые кламмеры
- непрерывные кламмеры
- антипрокидыватели

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

- переднее

- среднее
- заднее
- переднесреднее

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

- переднее
- среднее
- заднее
- переднесреднее

Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- в толщину
- в ширину
- в толщину и ширину
- больше в ширину

Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- касательное
- не касается на 0.5-1 мм
- не касается на 1-1.5 мм
- не касается на 2-2.5 мм

При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют

- лингвальную дугу
- вестибулярную дугу
- лингвальную пластинку
- модифицированный непрерывный кламмер

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

- лингвальную дугу
- вестибулярную дугу
- лингвальную пластинку
- вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- до 1/3 длины базиса протеза
- до 1/2 длины базиса протеза
- до бугров верхней челюсти
- на всю длину базиса

Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- до 1/4 длины базиса протеза
- до 1/3 длины базиса протеза
- 1/2 длины базиса протеза
- до 2/3 длины базиса протеза

В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- на всю длину базиса
- на 1/3 длины базиса протеза
- на 1/2 длины базиса протеза

- на 2/3 длины базиса протеза

У паяных золотых протезов в сравнении со стальными

- выше гальванизм и выше твердость
- выше гальванизм, но ниже твердость
- ниже гальванизм, но выше твердость
- ниже гальванизм и ниже твердость

У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- выше стираемость и выше цветостойкость
- выше стираемость, но ниже цветостойкость
- ниже стираемость и ниже цветостойкость
- ниже стираемость, но выше цветостойкость

У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- выше гигроскопичность и выше прочность
- выше гигроскопичность, но ниже прочность
- ниже гигроскопичность и ниже прочность
- ниже гигроскопичность, но выше прочность

У металлокерамических протезов по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой

- выше эстетика и выше прочность
- выше эстетика, но ниже прочность
- ниже эстетика и ниже прочность
- ниже эстетика, но выше прочность

У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным

- выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
- выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
- ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
- ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу

Ширина верхней задней дуги

- 3.0±2.0 мм
- 4.0±2.0 мм
- 5.0±2.0 мм
- 6.0±2.0 мм

Ширина верхней передней дуги

- 6.0±2.0 мм
- 8.0±2.0 мм
- 9.0±2.0 мм
- 10.0±2.0 мм

Ширина нижней дуги

- 2.5±1.0 мм
- 3.0±1.0 мм
- 3.5±1.0 мм
- 4.0±1.0 мм

Толщина небной пластинки

- 1.5±0.2 мм
- 1.0±0.2 мм
- 0.8±0.3 мм
- 0.4±0.2 мм

Толщина язычной пластинки у зубного ряда

- 1.5 ± 0.1 мм
- 1.0 ± 0.1 мм
- 0.8 ± 0.1 мм
- 0.5 ± 0.1 мм

Толщина язычной пластинки у нижнего края

- 2.5 ± 0.1 мм
- 2.0 ± 0.1 мм
- 1.5 ± 0.1 мм
- 1.0 ± 0.1 мм

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

- нет зазора
- 0.2 мм
- 0.5 мм
- не менее 1.5 мм

Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

- нет зазора
- не более 0.1 мм
- не более 0.3 мм
- не более 0.5 мм

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

- выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
- выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
- вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
- высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

- нет зазора
- от 1.0 до 1.5 мм
- 0.4 мм
- от 0.5 до 1.0 мм

Кипмайдер – это

- шинирующее устройство
- фиксирующее устройство
- антипрокидывающее устройство
- эстетическое приспособление

Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой

- 1 мм
- 15 мм
- 30 мм
- 50 мм

На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии

- обзора
- экватора зуба

- продольной оси зуба
- десневого края

Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

- продольная ось зуба
- линия анатомического экватора
- линия вертикали
- контрольная линия

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

- линией поднутрения
- линией анатомического экватора
- линией обзора
- линией десневого края

Контрольной линией называют

- часть продольной оси зуба
- часть линии экватора
- часть линии жевательной поверхности
- часть линии обзора, проходящей на коронке зуба

Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют

- зоной поднутрения
- окклюзионной зоной
- ретенционной зоной
- зоной безопасности

Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называют

- зоной поднутрения
- окклюзионной зоной
- ретенционной зоной
- зоной безопасности

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

- зоной поднутрения
- окклюзионной зоной
- ретенционной зоной
- кламмерной зоной

Опорная и охватывающая части опорноудерживающего кламмера располагается

- в зоне поднутрения
- в окклюзионной зоне
- в ретенционной зоне
- в зоне безопасности

Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается

- в зоне поднутрения

- в окклюзионной зоне
- в ретенционной зоне
- в зоне безопасности

Плечо кламмера Аккера должно иметь

- прямую форму
- клиновидную форму
- саблевидную форму
- серповидную форму

Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь

- плоскую форму
- форму полусферы
- форму квадрата
- ложечкообразную форму

На одиночностоящий моляр применяется кламмер

- Роуча
- Бонвиля
- Свенсена
- кольцевидный

Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется с помощью

- аналитического стержня
- графитового стержня
- указательного стержня
- измерителя степени ретенции

Отливка цельнолитого каркаса бюгельного протеза производится на модели

- диагностической
- рабочей
- дублированной
- огнеупорной

После окончания параллелографии, на рабочей модели необходимо

- изолировать зоны поднутрения
- обрезать цоколь
- снять нанесенные линии на цоколе
- пропитать водой

моделировка каркас цельнолитого протеза осуществляется на модели

- рабочей
- дублированной гипсовой
- дублированной супергипсовой
- дублированной огнеупорной

Для получения огнеупорной модели необходимо сделать

- параллелометрию рабочей модели
- изолировать зоны поднутрения рабочей модели
- дублировать рабочую модель
- пропитать водой рабочую модель

Дублирование модели делают с помощью

- альгинатного материала
- силиконового или гидроколлоидного материала
- термопластического материала
- эвгенолксидцинкового материала

Для получения огнеупорной модели необходимо иметь

- этилсиликат
- корунд
- силамин
- маршалит

Огнеупорную модель упрочняют

- высушиванием
- прокаливанием
- нанесением изоляционного лака
- пропиткой расплавленным парафином

Для изготовления цельнолитного каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы

- нержавеющая сталь
- сплав золота
- хром-никелевый сплав
- хром-кобальтовый сплав

Высокую точность обеспечивает следующая технология изготовления каркасов бюгельного протеза

- паяный
- цельнолитый
- сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера
- сочетание паяного каркаса и гнутых плеч кламмера

Следующие протезы целесообразно изготовить при лейкоплакии и красном плоском лишае

- бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами
- съемные пластиночные протезы с кламмерами по Кемени
- протезы с опорно-удерживающими кламмерами с последующим нанесением слоя серебра
- бюгельные цельнолитые протезы

При хронической заеде целесообразно изготовить

- протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
- протеза с использованием фарфоровых зубов
- протезы, изготавливаемые с учетом восстановления высоты нижнего отдела лица
- протезы с плакировочным покрытием

8. ПРОТЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Наиболее используемым методом обследования больных с полной потерей зубов являются

- клинический
- рентгенологический
- биометрический
- краниометрический

Наиболее часто используют функциональные пробы

- Майбаха
- Гербста
- Монда
- Шредера

С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить

- соотношение челюстей до потери зубов
- величину вертикального перекрытия зубов
- оптимальную высоту нижней трети лица
- величину межжюкклюзионного промежутка покоя

При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание

- на наличие резервных сил пародонта
- на оценку опорных свойств протезного ложа
- на наличие корней
- на возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам

При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

- возможность лучшей фиксации протеза
- перегрузку пародонта оставшихся зубов
- восстановление эстетики
- функциональную способность протеза

Положительным при использовании сохраненного корня зуба является

- возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)
- восстановление эстетики
- изменение характера сокращения мышц
- восстановление фонетики

Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию является

- нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты
- профилактика артропатий
- повышение эффективности жевания
- удовлетворение эстетических запросов

При конструировании полных протезов следует учитывать

- состояние тканей протезного ложа
- вид прикуса
- возраст пациента
- особенности профессии

Опорные свойства протезного ложа зависят от

- степени атрофии кости челюсти
- вида прикуса
- возраста пациента
- с воздействием жевательных и мимических мышц на протез

Для протезирования наиболее благоприятна

- плотная слизистая оболочка
- тонкая слизистая оболочка
- рыхлая, податливая слизистая оболочка
- подвижная слизистая оболочка

Наиболее целесообразной тактикой при наличии турса средней выраженности является

- хирургическое вмешательство
- дифференциальный оттиск

- изоляция торуса
- укорочение протеза
- моделировка базиса протеза с обходом торуса

Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

- моделирование базиса с обходом сосочка
- хирургическое иссечение его
- оттиск с дифференцированным давлением
- изоляция его на модели

При формировании дистального края полного верхнего протеза следует учитывать

- костные контуры дистального края твердого неба
- возраст пациента
- вид прикуса
- степень открывания рта

Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является

- выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
- выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- выраженная атрофия в переднем отделе

Наибольшее влияние на удержание полного съемного протеза оказывает

- краевой замыкательный клапан
- механические приспособления
- мимическая мускулатура
- капиллярная адгезия

Целесообразно применять разгружающий оттиск с беззубых челюстей

- при наличии резкой гипертрофии альвеолярного отростка
- при повышенной чувствительности слизистой оболочки
- при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа
- при гипертрофии слизистой оболочки

Укажите признак завышения межальвеолярной высоты

- прикусывание слизистой щек
- углубление естественных складок лица
- западение щек
- больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа

Применять жесткие базисы целесообразно

- при значительной атрофии беззубых челюстей
- при получении оттиска под контролем жевательного давления
- при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии
- при использовании фонетических проб для постановки зубов

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

- антропометрический метод
- с помощью циркуля золотого сечения
- анатомо-функциональный
- на основании изучения фотографий больного

При постановке передних зубов следует учитывать

- состояние слизистой преддверия полости рта
- межальвеолярную высоту
- величину трансверзального суставного пути
- угол Бенетта

Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости

- по носоушной и зрачковой горизонтали
- по методу Паунда
- с помощью аппарата Ларина
- с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти

Укажите фактор, который следует учитывать при конструировании фонетически эффективного протеза

- постановку искусственных зубов
- форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза
- более точное воспроизводство суставного пути
- более точное воспроизводство резцового пути

При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир

- центральная линия лица
- форма альвеолярных отростков
- выраженность свода неба
- топография пассивно подвижной слизистой

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

- парафункции языка и губ
- прогеническое соотношение челюстей
- прогнатическое соотношение челюстей
- значительная атрофия альвеолярных отростков челюстей

Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

- качество протезов
- состояние механизмов иммунной защиты
- тип высшей нервной деятельности пациента
- состояние микроциркуляции слизистой полости рта

Применение эластичной пластмассы целесообразно

- при очень резкой атрофии альвеолярных отростков
- для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов
- для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей
- при экзостозах

Suppli предложил классификацию

- оттискных материалов
- методов получения оттисков
- формы скатов альвеолярных гребней
- типов слизистой оболочки рта

Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

- должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм

- не должен доходить до линии "А" на 5 мм
- не должен доходить до линии "А" на 10 мм
- должен оканчиваться на линии "А"

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

- две
- три
- четыре
- пять

Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками

- альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- незначительная, равномерная атрофия альвеолярной части
- резкая равномерная атрофия альвеолярной части

Пятый тип беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю.Курляндского характеризуется признаками

- альвеолярная часть выражена и выступает над уровнем мест прикрепления мышц с внутренней и внешней стороны
- резкая атрофия альвеолярной части в области фронтальных зубов, хорошо выраженная - в области жевательных зубов
- равномерная резкая атрофия альвеолярной части, находящейся ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон
- резкая атрофия альвеолярной части в области жевательных зубов, хорошо выраженная - в области передних зубов

Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли характеризуется признаками

- подвижные тяжи слизистой оболочки, смещающиеся при незначительном давлении, болтающийся гребень
- гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая
- нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
- атрофированная слизистая оболочка, плотная, истонченная, сухая, белесоватого цвета

Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки по Люнду

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

Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду

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

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

- адгезией
- функциональной присасываемостью
- адгезией и функциональной присасываемостью
- ретенцией

Клапанная зона – понятие

- анатомическое
- физиологическое
- функциональное
- физическое

Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной (внутренней кривой) линии

- не перекрывает её
- заканчивается на её уровне
- перекрывает её
- перекрывает её лишь в дистальном отделе

Припасовка индивидуальной ложки на верхней челюсти проводится с помощью

- внеротовой записи движений
- функциональных проб
- внутриротовой записи движений
- миоэлектрометрии

Припасовка индивидуальной ложки на нижней челюсти проводится с помощью

- функциональных проб
- фонетических проб
- внутриротовой записи движений нижней челюсти
- внеротовой записи движений нижней челюсти

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

- вестибулярный край между клыками
- вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- язычный край в области премоляров
- от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

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

- язычный край в области премоляров
- вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- вестибулярный край между клыками
- язычный край на 2 см от средней линии

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

- с вестибулярной поверхности в области верхнечелюстных бугров и моляров
- дистальный край ложки в области крылочелюстных складок
- в области фронтальных зубов
- язычный край в области моляров

Разгружающий функциональный оттиск получают с предварительным изготовлением на индивидуальной ложке

- окклюзионных валиков
- множественных отверстий по всей поверхности
- отверстий в области альвеолярных бугров верхней челюсти или ретроальвеолярных бугорков нижней челюсти
- отверстий в области середины неба верхней челюсти или ретроальвеолярных бугорков нижней челюсти

При получении функционального оттиска, его края оформляют при помощи

- пассивных движений
- функциональных проб
- фонетических проб
- активных движений

При определении высоты нижнего отдела лица чаще используют метод

- анатомический
- анатомо-физиологический
- антропометрический
- телерентгенографический

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

- 0,5 – 1мм
- 2 – 4мм
- 5 – 8мм
- 8 – 10мм

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

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

На этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют

- на нижнем окклюзионном валике
- на верхнем окклюзионном валике
- на нижнем и верхнем окклюзионных валиках
- всё вышеперечисленное верно

Протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии

- камперовской
- франкфуртской
- зрачковой
- всё вышеперечисленное верно

Ориентиром для расположения центральных резцов служит расположение

- крыльев носа
- уздечки верхней губы
- центральной линии лица
- филтрума верхней губы

Для фиксации центрального соотношения челюстей разогретый воск размещают на окклюзионных валиках

- верхнем
- нижнем
- верхнем и нижнем
- любом

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

- 12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти
- по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
- 12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
- по 12 зубов на верхнем и нижнем зубных рядах

Постановка искусственных зубов с созданием окклюзионной кривой обеспечивает при выдвижении нижней челюсти вперед контакт между зубами

- в переднем отделе
- в боковых отделах
- в переднем и боковых отделах
- только на последних зубах

Для постановки зубов в индивидуальном артикуляторе необходимо

- функциональные оттиски
- провести внеротовую запись движений нижней челюсти
- провести внутриротовую запись движений нижней челюсти
- определить угловые характеристики трансверзального суставного пути

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

- ортогнатическом
- прогеническом
- прогнатическом
- прямом

Сроки проведения первой коррекции съемного протеза

- на следующий день после наложения протеза
- через три дня после наложения протеза
- через неделю после наложения протеза
- при появлении боли под протезом

9. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ

Патологическая стираемость возникает в результате

- функциональной недостаточности твердых тканей зубов
- ~ чрезмерное абразивное воздействие на твердые ткани
- функциональная перегрузка зубов
- все ответы правильные.

Патологическую стираемость твердых тканей зубов по плоскости поражения классифицирует:

- Грозовский А.Л.
- Курляндский В.Ю.
- Гаврилов Е.И.
- Бушан М.Г.

Патологическую стираемость твердых тканей зубов по протяженности поражения классифицирует:

- Грозовский А.Л.

- Курляндский В.Ю.
- Бушан М.Г.
- Копейкин В.Н.

Патологическую генерализованную стираемость твердых тканей зубов по форме (компенсированная, декомпенсированная) классифицирует:

- Грозовский А.Л.
- Курляндский В.Ю.
- Гаврилов Е.И.
- Бушан М.Г.

Патологическую стираемость твердых тканей зубов по степени выраженности и глубине поражения классифицирует

- Грозовский А.Л.
- Курляндский В.Ю.
- Гаврилов Е.И.
- Бушан М.Г.

Глубина поражения на 1/3 величины коронки наблюдается при патологической стираемости:

- I степени
- II степени
- III степени
- I- II степени

Глубина поражения на 1/3 - 2/3 величины коронки наблюдается при патологической стираемости:

- I степени
- I- II степени
- II степени
- III степени.

Глубина поражения более 2/3 величины коронки наблюдается при патологической стираемости:

- I степени
- II степени
- II- III степени
- III степени.

Формы патологической стираемости:

- локализованная, генерализованная;
- ~ смешанная
- генерализованная
- все ответы правильные.

Виды патологической стираемости:

- вертикальная;
- горизонтальная;
- смешанная;
- все ответы правильные.

Локализованная патологическая стираемость поражает:

- отдельные зубы
- группу зубов
- отдельные зубы или группы зубов;
- всю зубную дугу.

Генерализованная патологическая стираемость поражает

- отдельные зубы;
- отдельные зубы или группы зубов
- группу зубов
- всю зубную дугу.

При патологической стираемости гиперестезия твердых тканей зубов наблюдается:

- всегда
- иногда
- только в молодом возрасте
- никогда.

Повышение межальвеолярной высоты проводят при патологической стираемости:

- локализованной;
- генерализованной компенсированной;
- генерализованной декомпенсированной.
- генерализованной компенсированной и декомпенсированной.

Для восстановления анатомической формы зубов при патологической стираемости I степени используют:

- вкладки, пломбы (в основном на передних зубах), искусственные коронки;
- вкладки, искусственные коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками;
- культевые коронки, штифтовые вкладки,
- металлокерамические и литые коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками.

Для восстановления анатомической формы зубов при патологической стираемости II степени используют:

- вкладки, пломбы, искусственные штампованные коронки;
- вкладки, искусственные коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками;
- культевые металлокерамические коронки, штифтовые вкладки,
- литые коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками.

Для восстановления анатомической формы зубов при патологической стираемости III степени используют:

- вкладки, пломбы, искусственные коронки;
- вкладки, искусственные коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками
- культевые коронки, штифтовые вкладки
- культевые коронки, штифтовые вкладки, металлокерамические и литые коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками.

Осложнения патологической стираемости:

- травматическая артикуляция;
- папиллиты, гингивиты, маргинальные периодонтиты;
- нарушение окклюзионной высоты, заболевания височно нижнечелюстного сустава;
- все ответы правильные.

При прямом виде прикуса преобладает форма патологической стираемости

- горизонтальная
- вертикальная
- смешанная
- компенсированная

Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется

- декомпенсированная
- вертикальная
- компенсированная
- горизонтальная

Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется стертой небной поверхностью верхних резцов, называется

- компенсированная
- горизонтальная
- вертикальная
- смешанная

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

- смещением нижней челюсти
- ростом альвеолярного отростка челюстей
- изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава
- выдвиганием зубов

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

- клинический анализ крови
- аллергологические пробы
- биохимический анализ крови
- рентгенологическое исследование зубов и челюстей и ВНЧС

При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

- пломб
- вкладок
- культевых коронок
- штампованных коронок

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

- пластинка с наклонной плоскостью
- пластмассовая каппа
- пластинка с накусочной площадкой
- пластинка с вестибулярной дугой

Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной формы необходимо

- изготовить диагностические модели
- измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО
- провести рентгенологическое исследование зубов
- провести ЭОД

При патологической стираемости твердых тканей зубов форма дефекта

- кратерообразная
- плоская
- ступенчатая
- прямоугольная

Этиопатогенетическая классификация патологической стираемости предложена:

- профессором А.С. Щербаковым
- профессором В.Ю. Курляндским
- профессором А.И. Дойниковым
- профессором В.Н. Копейкиным

При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится

- в один этап
- в два этапа
- в три этапа
- в пять этапов

10. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Метод стабилизации (лечения) очагового пародонтита с распространением на всю переднюю группу зубов:

- фронтальная стабилизация
- сагиттальная стабилизация
- парасагиттальная стабилизация
- фронтосагиттальная стабилизация

Кламмер, применяемый для шинирования при очаговом пародонтите во фронтальной группе зубов

- кламмер Аккера
- кламмер Роуча
- кламмер Аккер – Роуча
- кламмер обратного действия

Кламмер, применяемый для шинирования при очаговом пародонтите в жевательной группе зубов

- кламмер Аккера
- кламмер Роуча
- кламмер Аккер – Роуча
- кламмер обратного действия

Для лечения локализованного (очагового) пародонтита несъемные протезы применяются при

- отсутствии атрофии
- атрофии $\frac{1}{4}$
- атрофии $\frac{1}{2}$
- атрофии $\frac{3}{4}$

На фоне аномалии прикуса пародонтит протекает

- более легко
- более тяжело
- не влияет
- правильных ответов нет

При пародонтите чаще встречается гингивит

- серозный (катаральный)
- гипертрофический (пролиферативный)
- некротический
- гнойно-некротический

Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтозе

- равномерный
- равномерный и горизонтальный
- неравномерный
- неравномерный, горизонтальный и вертикальный

Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтите

~ равномерный

- равномерный и горизонтальный
- неравномерный
- неравномерный, горизонтальный и вертикальный

При пародонтите электровозбудимость

- повышается
- повышается, а потом понижается
- понижается, а потом повышается
- не меняется

При пародонтите рН слюны и десневой жидкости

- остается без изменения
- понижается
- понижается, а потом повышается
- повышается

При локализованном пародонтите карманы выявляются у

- группы зубов
- всех зубов на одной челюсти
- всех зубов на обеих челюстях
- одного зуба

На рентгенограмме при хроническом пародонтите развившейся стадии, легкой степени, резорбция межальвеолярных перегородок

- отсутствует
- $\frac{1}{4}$
- $\frac{1}{2}$
- $\frac{3}{4}$

На рентгенограмме при хроническом пародонтите развившейся стадии, средней степени тяжести, резорбция межальвеолярных перегородок

- отсутствует
- $\frac{1}{4}$
- $\frac{1}{2}$
- $\frac{3}{4}$

На рентгенограмме при хроническом пародонтите развившейся стадии, тяжелой степени, резорбция межальвеолярных перегородок

- отсутствует
- $\frac{1}{4}$
- $\frac{1}{2}$
- $\frac{3}{4}$

Более точную картину состояния периапикальных тканей дает

- внутриротовая рентгенограмма 2-3 зубов
- панорамная рентгенограмма верхней или нижней челюсти
- ортопантограмма
- телерентгенограмма

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

- рентгенограмму
- реограмму
- одонтопародонтограмму
- ортопантограмму

Пародонтограмму В.Ю.Курляндский разработал на основе данных

- рентгенограмм
- гнатодинамометрии
- реограмм
- ортопантограммы

Глубину пародонтального кармана для заполнения одонтопародонтограммы измеряют

- щупом
- визуально
- зондом
- штангенциркулем

Глубину пародонтального кармана у каждого зуба измеряют

- в одной точке
- в двух точках
- в четырех точках
- в шести точках

Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при

- гингивите
- пародонтите
- пародонтозе
- кариесе

Показаниями к применению метода избирательного сошлифовывания являются

- эстетические нарушения
- врачебные ошибки при изготовлении мостовидных протезов
- суперконтакты зубов
- деформация зубных рядов

Для проведения избирательного сошлифовывания преждевременных контактов необходима

- реограмма
- рентгенограмма
- окклюдозограмма
- миотонометрия

Обязательное количество точечных окклюзионных контактов в группе жевательных зубов в центральной окклюзии после избирательного сошлифовывания

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- более 6

Избирательное сошлифовывание зубов осуществляется для

- ортодонтического перемещения зубов
- устранения преждевременных окклюзионных контактов
- исключения отдельных зубов из окклюзии
- предупреждения вторичных деформаций

При изготовлении имедиат-протеза заглаживание на модели альвеолярного отростка в области лунок удаленных зубов без снятия гипса на вестибулярной и оральной стороне производится в:

- области передних зубов верхней челюсти
- области передних зубов нижней челюсти
- области боковых зубов верхней челюсти
- области боковых зубов нижней челюсти

Сошлифовывание производится в пределах

- эмали
- дентина
- цемента
- правильные ответы 1, 2, 3

В центральной окклюзии при сошлифовывании должны быть достигнуты множественные

- фиссурные
- бугорковые
- фиссурно-бугорковые
- бугорково-бугорковые

При ортогнатическом прикусе в боковых окклюзиях сошлифовывают на рабочей стороне

- внутренние скаты щечных бугров верхних зубов
- наружные скаты щечных бугров нижних зубов
- наружные скаты щечных бугров верхних зубов
- внутренние скаты язычных бугров нижних зубов
- правильные ответы 1, 2, 3, 4

Чаще всего метод временного шинирования используют в:

- начальной стадии пародонтита
- начальной стадии пародонтоза
- развивающейся стадии пародонтита при подвижности зубов II-III степени и атрофии более $\frac{1}{2}$
- всё вышесказанное верно

Шинирование передней группы зубов называется стабилизацией

- фронтальной
- сагиттальной
- парасагиттальной
- по дуге

Шинирование жевательной группы зубов называется стабилизацией

- ~ фронтальной
- сагиттальной
- парасагиттальной
- по дуге

Шинирование двух жевательных групп зубов называется стабилизацией

- фронтальной

- сагиттальной
- фронтосагиттальной
- парасагиттальной

Шинирование всех групп зубов называется стабилизацией

- сагиттальной
- фронтосагиттальной
- парасагиттальной
- по дуге

Временное шинирование является

- этиологическим лечением пародонтита
- патогенетическим лечением пародонтита
- патогенетическим лечением пародонтоза
- симптоматическим лечением пародонтита

Временная пластмассовая шина с оральной стороны должна

- достигать до десневого края
- погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5 мм
- погружаться в зубодесневую бороздку на 1,0 мм
- не достигать до десневого края

Шина Вязьмина - Копейкина обеспечивает стабилизацию

- фронтальную
- парасагиттальную
- по дуге
- по дуге вместе с парасагиттальной

Временное шинирование при пародонтите проводят

- до избирательной шлифовки зубов
- после избирательной шлифовки зубов
- вместо избирательной шлифовки зубов
- до и после избирательной шлифовки зубов

Лучший шинирующий эффект при генерализованном пародонтите дает стабилизация

- фронтальная
- сагиттальная
- фронтосагиттальная
- парасагиттальная
- по дуге
- по дуге вместе с парасагиттальной

Постоянные шины могут быть

- съёмными
- несъёмными
- сочетанное применение несъёмных видов
- правильные ответы 1, 2, 3

По парадонтограмме резервные силы пародонта полностью отсутствуют при резорбции (атрофии) костной ткани альвеолярного отростка на

- 1/4 длины корня
- 1/3 длины корня
- 1/2 длины корня

- 3/4 длины корня

При несъемном шинировании и протезировании зубных рядов используют Протезы

- мостовидные
- бюгельные
- пластиночные
- вантовые

11. Травмы и дефекты челюстно-лицевой области

Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия

- шина Ванкевича
- шина Порта
- проволочная шина-скоба
- шина лемберга

Укажите аппараты, относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих

- проволочные шины по Тигерштедту
- шина Вебера
- шина Порта
- шина Ванкевича

Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам

- неправильное сопоставление отломков
- недостаточная фиксация отломков
- нарушение гигиены полости рта
- применение лечебной гимнастики

Укажите причины формирования ложного сустава

- поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
- остеомиелит
- интерпозиция
- все ответы правильные

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

- нарушение окклюзии
- нарушение формирования пищевого комка
- нарушение речи
- все вышеперечисленное верно

При ложном суставе съемный протез изготавливается

- с одним базисом
- с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
- с металлическим базисом
- мягкой подкладкой

Особенности снятия оттисков при стомоназальных дефектах (приобретенных)

- необходимость тампонирования дефекта
- сегментарное снятие оттиска
- снятие оттиска разборной ложкой
- снятие оттиска без тампонады дефекта

При изготовлении верхне-челюстного obtурирующего протеза, при наличии непрерывного зубного ряда, на сохранившемся участке верхней челюсти, наиболее применимы следующие фиксирующие элементы

- фиксирующие кламмеры
- телескопические коронки
- балочная (штанговая) система фиксации
- все вышеперечисленное верно

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

- фиксирующие кламмеры
- магнитные элементы
- телескопические коронки
- использование эластичной массы

Конструкция obtурирующей части протеза при срединном дефекте костного неба следующая

- на базисе нет obtурирующей части
- obtуратор высоко входит в полость носа
- на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик
- obtуратор возвышается над базисом на 2-3 мм

Контрактура нижней челюсти бывает

- костная
- рефлекторно-мышечная
- рубцовая
- все перечисленное

Более целесообразной конструкцией obtуратора при полном отсутствии верхней челюсти является

- obtуратор полый, воздухоносный
- obtуратор массивный, монолитный
- obtуратор изготовлен в виде тонкой пластинки
- разнообразная конструкция obtуратора

Конструкцией obtурирующей части при дефекте задней трети костного и мягкого неба (больные с детского возраста пользовались obtуратором) является

- монолитное соединение obtурирующей части с базисом протеза
- раздельное изготовление obtуратора и зубного протеза
- obtуратор имеет подвижное соединение с базисом протеза
- obtуратор массивный, монолитный

Наиболее рациональными методами формирования obtурирующей части протеза являются

- на модели восковыми композициями
- в полости рта функциональное формирование obtурирующей части с помощью термопластических масс на готовом протезе
- в полости рта на жестком базисе (термопластмассами)
- в полости рта на восковой конструкции протеза слепочными массами

Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза являются

- через 2 месяца после операции
- через 6 месяцев после операции
- через 2 недели после операции
- до оперативного вмешательства

К основным функциям резекционного протеза относятся

- восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области
- восстановление функции дыхания
- частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа
- все вышеперечисленное верно

Наиболее объективно определяют степень восстановления обтурирующим протезом функции глотания следующие лабораторные методы

- рентгенография
- фагиография
- реопарадонттография
- электромиография

Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с обтурирующим протезом являются

- применение диагностических моделей
- электромиография
- реопарадонттография
- рентгенография

Наиболее объективными клиническими методами при оценке функциональной ценности обтурирующего протеза являются

- осмотр полости рта
- фонетические пробы
- глотание воды
- проверка окклюзии и артикуляции

К характерным признакам неправильно сросшихся обломков при переломе нижней челюсти относятся

- нарушение функции речи
- нарушение формирования пищевого комка
- несмыкание ротовой щели
- нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти

Несрастание отломков в области премоляров и моляров позволяют определить

- смещение малого отломка в язычном направлении
- окклюзионные нарушения
- нарушения функции речи
- все вышеперечисленное

Особенности протезирования больных с неправильно сросшимися отломками

- предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков
- предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги
- изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка
- изготовление протезов с двойным рядом зубов

К способам нормализации окклюзионных соотношений челюстей при неправильно сросшихся отломках относятся

- ортодонтическое исправление положения отломков
- удаление зубов
- изготовление двойного ряда зубов
- наложение репонирующего аппарата

Укажите один из важных клинических признаков перелома нижней челюсти

- нарушение прикуса при сомкнутых челюстях

- невозможность закрыть рот
- глубокое перекрытие нижних зубов верхними
- дистальный сдвиг нижней челюсти

При повреждении сосудисто-нервного пучка в области ментального отверстия характерны следующие признаки

- нарушение поверхностной чувствительности кожи лица
- нарушение болевой чувствительности
- нарушение тактильной чувствительности
- все вышеперечисленное неверно

При лечении переломов целесообразно применять

- шины гнутые из алюминиевой проволоки
- шины из быстротвердеющих пластмасс
- сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми
- возможны все вышеперечисленные варианты

При изготовлении шин для лечения переломов челюстей учитываются

- быстрота изготовления
- стандартизация шин
- отсутствие окклюзионных нарушений
- все вышеперечисленное

Укажите один из характерных признаков переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

- смещение подбородка в сторону
- полукрот рот, невозможно закрыть рот
- болезненность в области нижней челюсти
- аномалия прикуса при сомкнутых зубах

Для переднего одностороннего вывиха нижней челюсти характерно

- рот полукрот
- подбородок смещен в сторону (здоровую)
- изменение в пораженном суставе
- все вышеперечисленное верно

Для переднего двухстороннего вывиха нижней челюсти характерно

- резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах
- невозможность открыть рот
- затруднение речи
- все вышеперечисленное верно

К предрасполагающим к привычным вывихам факторам относятся:

- полиартриты
- заболевание височно-нижнечелюстного сустава
- растяжение суставной капсулы
- все вышеперечисленное верно

Снять мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти можно

- с помощью местной анестезии
- применением мышечных релаксантов
- общим наркозом
- все вышеперечисленное верно

При лечении привычных вывихов нижней челюсти можно применять

- укрепление связочно-капсулярного аппарата
- применение ортопедических аппаратов
- применение имплантата
- все вышеперечисленное верно

Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка верхней челюсти является

- нарушение прикуса
- возможно пальпаторно определить подвижность отломков
- вытекание изо рта вязкой слюны с кровью
- все вышеперечисленное верно

Характерный признак перелома тела верхней челюсти

- головная боль, головокружение
- значительный отек мягких тканей лица
- резкое нарушение прикуса
- все вышеперечисленное верно

Признак тяжелого повреждения верхней челюсти

- повреждение соседних органов
- резкие функциональные нарушения
- значительное нарушение верхней челюсти
- все вышеперечисленное верно

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

- депульпирование этих зубов
- шинирование с помощью лигатурной проволоки
- удаление
- все вышеперечисленное верно

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

- удаление
- консервативное лечение
- шинирование быстротвердеющей пластмассой
- шинирование с помощью лигатурной проволоки

Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков –

- консервативное лечение
- шинирование самотвердеющей пластмассой
- лечение с применением антибиотиков
- удаление

Аппаратом, применение которого целесообразно для иммобилизации отломков верхней челюсти, является

- стандартный комплект Збаржа
- назубная проволочная шина
- шина Аржанцева
- все вышеперечисленное верно

Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

- плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
- выше кортикальной пластинки
- ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
- выше кортикальной пластинки на 2-3 мм

Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

- не требуется
- в зависимости от желания пациента
- требуется в течение первого года
- требуется проводить регулярный контроль

Субпериостальная имплантация показана

- если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка
- если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня
- при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня

При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях

- применение индивидуальной ложки необязательно
- необходимо применять в каждом случае
- только при использовании полного субпериостального имплантата
- в зависимости от анатомических условий

Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется

- гипсом
- альгинатными материалами
- силиконовыми материалами
- в зависимости от клинических условий

Изгибать головку титанового имплантата можно

- на 30°
- до 10°
- не более 45°
- до 15°

На эндодонто-эндоссальный имплантант наносят цемент перед фиксацией

- на всю длину
- на внутрикостную часть
- на внутрикостную часть
- на внутрикостную часть и 2 мм за верхушку

При субпериостальной имплантации наиболее часто используется

- проводниковая анестезия
- инфильтрационная анестезия
- нейрореплетаналгезия
- инфильтрационная и проводниковая анестезия

Завышение высоты нижнего отдела лица при протезировании опорой на имплантаты

- допустимо во всех случаях

- недопустимо во всех случаях
- недопустимо только при полном отсутствии зубов
- допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы

Целью применения внутрислизистых имплантатов является

- улучшение фиксации съемных протезов
- улучшение фиксации мостовидных протезов
- улучшение устойчивости зубов
- улучшение эстетики протезирования

Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано

- во фронтальном отделе нижней челюсти
- в дистальных участках нижней челюсти
- во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
- во фронтальном отделе верхней челюсти

Если величина костного ложа незначительно шире имплантата

- имплантация откладывается
- возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата
- если имеется место, то подготавливают новое ложе
- имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность

Цель пассивации – это

- упрочнение имплантата
- удаление инородных включений
- создание окисной пленки
- устранение внутренних напряжений в металле

Показаниями к проведению имплантации являются

- заболевания ВНЧС
- концевые дефекты зубных рядов
- нарушение окклюзии
- включённые дефекты

К относительным противопоказаниям к проведению имплантации относятся

- полное отсутствие зубов
- частичное отсутствие зубов
- отсутствие одного зуба
- выраженная атрофия или резорбция костной ткани

Осseoинтеграция имплантата – это

- плотное укрепление имплантата
- помещение имплантата в костную ткань
- плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
- наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью

Фиброзная интеграция имплантата – это

- укрепление имплантата в соединительной ткани
- наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
- эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
- помещение имплантата под надкостницу

Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится

- в целях достижения оссеоинтеграции
- для снижения послеоперационной травмы
- для предупреждения фиброзной интеграции
- при плохих способностях к регенерации костной ткани

Наиболее частая причина потери имплантата

- плохая гигиена полости рта
- нерациональное питание
- нерациональное протезирование
- нарушение обмена веществ

Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима

- при расположении имплантатов на разных челюстях
- при наличии больших дефектов зубных рядов
- при использовании для имплантатов однородных металлов
- во всех перечисленных случаях

Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение

- единственный метод, позволяющий получить положительный результат
- имплантация является методом выбора
- имплантация применяется только в исключительных случаях
- имплантация применяется по желанию больного

Внутрикостная имплантация осуществляется в

- только альвеолярный отросток
- фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
- все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур
- базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов

Нормализация окклюзии при имплантации

- один из основных параметров влияющих на успех лечения
- не оказывает влияния на результат имплантации
- может оказывать влияние на результат у некоторых больных
- не придает большого значения устранению окклюзионных нарушений

Отпечаток костной ткани при субпериостальной имплантации получают

- с помощью стандартной металлической ложки любым оценочным материалом
- частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов
- с помощью жесткой индивидуальной ложки силиконовыми материалами
- жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса

Анатомические образования, которые следует учитывать при проведении имплантации на н/ч

- верхнечелюстной синус
- скуловой отросток
- резцовые отверстия
- лобный отросток

Некроз костной ткани происходит при температуре

- 45°C
- 40-50°C
- выше 50°C
- 65°C и выше

При сверлении температура кости не должна превышать

- 20°
- 30°
- 37°
- 47°

Возможными путями ускорения заживления кости являются

- раннее протезирование
- электрическая стимуляция
- миогимнастика
- стимуляция, невозможна

Наиболее часто используются в клинике имплантаты

- эндодонто-эндоссальные
- трансмандибулярные
- внутрикостные
- внутрислизистые

К благоприятным реакциям костной ткани на травму относятся

- образование фиброзной ткани
- секвестрация
- образование новой костной ткани
- остеоинтеграция

Отделы челюстей, пригодные для внутрикостной имплантации

- только альвеолярный отросток
- только дистальные отделы в/ч и н/ч
- только фронтальный отдел в/ч и н/ч
- все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантант без риска повреждения соседних структур

При проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти следует учитывать анатомические структуры

- мышечковые отростки
- придаточные пазухи
- венечные отростки
- внутреннюю косую линию

Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

- направлены вдоль имплантата
- направлены перпендикулярно поверхности имплантата
- направлены под определенным углом к имплантату
- образуют сетчатую структуру

Адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата

- имеется
- отсутствует
- не изучено
- отчасти
- только у титановых имплантатов

Преимуществом эндодонто-эндоссальных имплантатов является

- лучшая биосовместимость
- отсутствие необходимости прикрепления в кости

- отсутствие связи с внешней средой
- большая механическая прочность

Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

- преобладание спонгиозной кости
- часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения
- плохое кровоснабжение
- плохая иннервация

Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

- остеомиелит челюсти
- отлом имплантатной головки
- воспалительные осложнения
- аллергическая реакция

Периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации

- ежемесячно
- раза в год
- один раз в год
- раза в год

Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является

- гладкая
- шероховатая
- пористая
- пористая с уступом

В мостовидный протез при использовании имплантатов могут включаться зубы

- любые
- с подвижностью I степени
- с подвижностью II степени
- устойчивые зубы

Основное назначение чрезкостных имплантатов

- использование в дистальных отделах верхней челюсти
- использование в дистальных отделах нижней челюсти
- применение во фронтальном отделе верхней челюсти
- использование во фронтальном отделе нижней челюсти

Имплантация не производится

- при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава
- при остеомиелите челюстей
- при парафункции
- при эндокринных заболеваниях

Имплантация противопоказана

- при системных заболеваниях кости
- при фарингите
- при хроническом бронхите
- при язвенной болезни желудка

Имплантация не противопоказана

- при нарушениях иммунной системы
- при геморрагическом диатезе
- при сахарном диабете

- при циррозе печени

Применение мембран способствует

- иммобилизации имплантата
- защите раневой поверхности
- направленной костной регенерации
- ускоренному заживлению

Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является

- вертикальная нагрузка
- вдоль оси имплантата
- боковая нагрузка в области шейки
- боковая нагрузка в области вершины головки

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

- в конструкции имплантата
- между имплантатом и протезом
- в протезе
- в любом месте

Наиболее широко используются в клинике

- внутрикостные винтовые имплантаты
- внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
- внутрислизистые имплантаты
- субпериостальные имплантаты

Правильно установлен в кость челюсти пластиночный имплантант

- плечи имплантата погружены в кость, шейка расположена в мягких тканях
- плечи имплантата на уровне кортикальной пластинки
- головка имплантата опирается на кортикальную пластинку
- плечи имплантата расположены на 0.5 мм выше кортикальной пластинки

К факторам, учитываемым при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

- межзубное расстояние
- объем альвеолярного отростка
- толщина слизистой оболочки
- ширина зоны фиксированной десны

Показаниями для использования пластиночных имплантатов являются

- потеря одного зуба
- концевые дефекты
- универсальные показания
- только на верхней челюсти

Определять местоположение головок внутрикостного имплантата рекомендуется

- с помощью пластмассовой прозрачной пластинки
- произвольно
- посредством применения измерительных линеек
- рекомендаций нет

Имплантатный винт служит

- для постоянной фиксации субпериостального имплантата
- для распределения нагрузки на субпериостальный имплантат
- для временной фиксации субпериостального имплантата
- для фиксации протеза к субпериостальному имплантату

Периферический каркас – это

- губные, язычные или щечные контуры субпериостального имплантата
- субпериостальный имплантат в дистальных отделах зубного ряда
- субпериостальный имплантат окружающий естественный зуб
- субпериостальный имплантат верхней челюсти

Биоактивные имплантатные материалы – это

- растворяющиеся в среде организма
- вызывающие реакцию кости
- точного определения нет
- материалы на биологической основе

Помещая амортизаторы при имплантации преследуют цель

- избежать чрезмерной нагрузки на кость
- имитировать естественный зуб
- избежать поломки имплантата
- избежать поломки протеза

Средний период приживления внутрикостных имплантатов на нижней челюсти составляет

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

К методам диагностики перед имплантацией относятся

- телерентгенография
- компьютерная томография
- функциональные пробы Гербста
- жевательные коэффициенты

Наиболее информативным методом обследования является

- прицельная рентгенография зубов и альвеолярных отростков
- панорамная рентгенография
- томография
- компьютерная томография

Среднее время приживления внутрикостного имплантата на верхней челюсти составляет

- 1 месяц
- 2 месяца
- 6 месяцев
- 1 год

Допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта

- допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама
- категорически не допустимо
- допустимо в исключительных случаях
- допустимо на верхней челюсти

Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит

- для распределения нагрузки

- для лучшей ретенции
- для стимуляции костеобразования
- для упрочнения конструкции

Рекомендуемая ось размещения кнопочных фиксаторов субпериостального имплантата

- поперечная во фронтальном отделе
- поперечная в среднем отделе
- поперечная в дистальном отделе
- диагональная

Стерилизацию имплантата из хромо-кобальтового сплава осуществляют

- в автоклаве
- в 2% растворе хлорамина
- в тройном растворе
- в спирте 96°

При стерилизации имплантатов из титана осуществляют способ

- обработка спиртом
- обработка тройным раствором
- обработка формалином
- ~ 3% раствор перекиси водорода

Кондуктор служит

- для удерживания имплантата
- для правильной подготовки ложа под имплантат
- для отвода тепла
- для расширения краев раны

Правильное положение шейки внутрикостного имплантата

- находится под слизистой оболочкой
- находится в пределах слизистой оболочки
- частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой
- полностью находится в костной ткани

Использование стерильного охлаждающего раствора при операции имплантации

- обязательно
- раствор может быть нестерильным
- необходима только дезинфекция раствора
- стерильный раствор используется только при субпериостальной имплантации

Субпериостальная имплантация показана, когда есть концевой дефект зубного ряда

- с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- двухсторонний концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- резкая атрофия альвеолярного отростка при полном отсутствии зубов
- дефект одного зуба с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

В имплантологии используют

- углерод
- керамику
- нержавеющей сталь
- полиметилметакрилат

При имплантации общее состояние здоровья пациента

- имеет небольшое значение
- имплантация показана абсолютно здоровым пациентам

- имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний
- не имеет значения

Значение гигиенических мероприятий в прогнозе имплантации

- незначительное влияние
- важное значение
- не имеет значения
- не изучено

12. ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ В СФОРМИРОВАННОЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ»

Гиперодонтия возникает при

- наличии сверхкомплектных зубов
- отсутствии зачатков зубов
- ретенции зубов
- во всех указанных случаях

Гиподонтия возникает при

- наличии сверхкомплектных зубов
- отсутствии зачатков зубов
- задержке прорезывания зубов
- во всех указанных случаях

Макродонтия относится к аномалии

- размеров зубов
- формы зубов
- структуры зубов
- положения зубов

Микродонтия – это

- увеличение размеров зубов
- уменьшение размеров зубов
- уменьшение количества зубов
- изменение положения зубов

Макродонтия – это

- уменьшение размеров зубов
- увеличение количества зубов
- увеличение размеров зубов
- нарушение амилонеза

Тортоаномалия – это

- высокое положение зуба
- поворот зуба вокруг вертикальной оси
- вестибулярный наклон зуба
- оральный наклон зуба

Ретенция зубов относится к аномалиям

- количества зубов
- сроков прорезывания зубов
- формирования зубов
- формы зубов

Адентия зубов относится к аномалиям

- количества зубов
- сроков прорезывания зубов
- структуры зубов
- формы зубов

Супраположение - это аномалия положения зубов в направлении

- вертикальном
- сагиттальном
- трансверзальном
- сагиттальном и трансверзальном

Мезиальное положение зуба - это смещение зуба

- вперед по зубной дуге
- назад по зубной дуге
- в сторону неба
- в язычную сторону

Дистальное положение зуба - это смещение зуба

- вперед по зубной дуге
- назад по зубной дуге
- в сторону неба
- в щёчную сторону

Инфраположение нижнего клыка - это положение зуба

- выше окклюзионной плоскости
- ниже окклюзионной плоскости
- вне зубной дуги
- оральный наклон зуба

Макрогнатия – это

- увеличение челюсти
- уменьшение челюсти
- смещение челюсти вперед
- смещение челюсти дистально

Микрогнатия относится к аномалиям

- размера челюстей
- положения челюстей
- формы челюстей
- соотношения челюстей

Прогнатия и ретрогнатия относятся к аномалиям

- размера челюстей
- положения челюстей
- формы челюстей
- соотношения челюстей

Наиболее полное представление о размерах челюстей дает

- антропометрическое изучение строения лица
- фотометрический метод
- телерентгенография головы
- ортопантомография

Электромиография регистрирует

- движения нижней челюсти
- движения в ВНЧС
- биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области

Ортогнатический прикус постоянных зубов характеризует следующий признак

- каждый зуб имеет по одному антагонисту
- смыкание по 2 классу Энгля
- каждый зуб вступает в контакт с двумя антагонистами за исключением верхнего зуба мудрости и нижнего первого резца. Каждый верхний зуб в центральной окклюзии вступает в контакт с одноименным нижним и позади стоящим
- смыкание по 3 классу Энгля

К специальным методам исследования в ортодонтии относится:

- внешний осмотр и осмотр полости рта
- сбор жалоб и анамнеза
- антропометрические и рентгенологические исследования
- изготовление моделей зубных рядов пациента

Компактоостеотомия проводится с целью

- улучшения фиксации ортодонтического аппарата
- ускорения ортодонтического лечения
- продолжения ортодонтического лечения
- всё вышеперечисленное верно

Упражнения для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть, рекомендуются при

- сужении зубных рядов
- недоразвитии нижней челюсти
- мезиальной окклюзии
- при прогнатии

При инфантильном типе глотания наблюдается

- напряжение круговой и подбородочной мышц
- напряжение верхней части лица
- ротовое дыхание
- смешанный тип дыхания

Показанием к протезированию у детей является

- нарушение окклюзии
- аномалии формы молочных зубов
- ранняя потеря молочных зубов
- всё вышеперечисленное верно

Тестовые задания составил зав. кафедрой ортопедической стоматологии КемГМА доц. Мартынов С.А. © 2013.