

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ

ОТДЕЛ ПРОГРАММ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

«Рассмотрено»  
на заседании отд. прогр. стом. спец.  
прот. № 12 от 14 ноября 2022г.  
рук. отд. Эргешова Г.С.

«Утверждено»  
председателем УМС  
прот. № 01 от 14 ноября 2022г.  
Калыбековой К.Д.



ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ  
Для итогового контроля по специальности  
117 «Ортопедическая стоматология»

на 2022-2023 учебный год

курс-2, семестр-3

Наименование специальности	Аудиторная часть		Клиническая практика 90%	Всего часов
	10%			
	Лекции	Сем/занятия		
Ортопедическая стоматология 3	46	46	1012	1104
Аттестация	2	2	44	48

Составители:

3. ФИО Масановичева С.П. подпись С.П. Масановичева  
4. ФИО Масанов С.А. подпись С.А. Масанов

Эксперт-тестолог: ФИО Церанова Б.А. подпись Б.А. Церанова

г. Ош – 2022г.

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	% по отношению
СД	Ортопедическая стоматология 3		
1	Дефекты зубных рядов	76	36,5%
2	Заболевание ВНЧС	65	31,5%
3	Патологическая стираемость	67	32%
<b>Итого:</b>		208	100%

## Экзаменационные тестовые вопросы по ортопедической стоматологии для 2- курса 3-семестр

1. В частную клинику к врачу-ортопеду обратилась пациентка, 48 лет, с жалобами на повышенную чувствительность зубов на нижней челюсти в переднем отделе, возникшую месяц назад. Со слов пациентки: Протезирование проведено 2 года назад мостовидным протезом на зубы 1.4-1.6, 2.5-2.7 и одиночными коронками на зубы 3.5, 3.6, 3.7 и 4.5, 4.7. Семь месяцев назад пациентка поменяла место работы, в настоящий момент профессиональная деятельность связана с длительным нервным напряжением, отмечает непроизвольные движения нижней челюсти при плотном смыкании челюстей. В полости рта: Зубы, ограничивающие дефект на верхней челюсти, без патологической подвижности. Отмечается убыль твёрдых тканей до поверхностных слоёв дентина на зубах 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. На верхней челюсти незначительно стерта эмаль режущих краёв и бугорков на зубах 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.

Укажите в чем причина возникновения гиперчувствительности зубов нижней челюсти?

- А) Патологическая повышенная стираемость зубов
- Б) Воспаление тройничного нерва
- В) Синдром Попова-Годона
- Г) Гиперестезия зубов

2. В поликлинику обратился 67-летний пациент с жалобами на боли, щёлканье в суставе, острые края зубов, часто травмирующие слизистую оболочку полости рта. При осмотре: лицо симметричное, кожный покров нормальной окраски без видимых патологических изменений, высота нижнего отдела лица снижена, углы рта опущены. При пальпации тонус жевательных мышц повышен. При открывании рта отмечается щелчок в височно-нижнечелюстном суставе. В полости рта следующие патологические изменения: убыль твёрдых тканей до поверхностных слоёв дентина на всех группах зубов верхней и нижней челюсти, зубы имеют форму с кратерообразными участками на окклюзионной поверхности. Отсутствуют зубы 1.5, 3.5.

Укажите какую форму и характер имеет данный вид стираемости твёрдых тканей зубов?

- А) Повышенная генерализованная стираемость II степени некомпенсированной формы
- Б) Повышенная стираемость I степени
- В) Повышенная стираемость III степени компенсированной формы
- Г) Повышенная стираемость II степени компенсированной формы

3. В клинику обратилась пациентка П. 65 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, периодически возникающую боль в области зуба 4.7, кровоточивость десен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение стоматолога около 3 лет назад. В полости рта металлокерамические мостовидные протезы 2.4 -Ф – 2.6, 4.4-4.5-Ф- 4.7, объединенные металлокерамические коронки 3.4 – 3.3, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, дефекты керамической облицовки до металла). Имеется диастема между зубами 3.1 и 4.1 и трема между зубами 4.1, 4.2. Клиновидные дефекты зубов 1.6 и 1.5. Маргинальная десна в области коронок и фронтальных зубов на н/ч гиперемирована и отечна. Гигиена полости рта неудовлетворительная, в области всех групп зубов имеются наддесневые зубные отложения, в области зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имеются поддесневые зубные отложения.

Назовите первичную причину возникновения патологии.

- А) Кариозное разрушение зубов
- Б) Патологическая стираемость зубов
- В) Клиновидный дефект зубов
- Г) Плохая гигиена полости рта.

4. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 77 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы

удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на  $\frac{1}{4}$  в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов.

Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

- А) Повышенная стираемость
- Б) Неправильное протезирование
- В) Отсутствие зубов в боковых отделах зубных рядов.
- Г) Патологический прикус

5. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 51 года. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7. На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на  $\frac{1}{4}$  длины корней.

Поставьте диагноз.

- А) Частичное отсутствие зубов нижней челюсти (1 класс по Кеннеди)
- Б) Повышенное стирание зубов (генерализованная форма)
- В) Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени
- Г) Все варианты верны

6. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная С. 25 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 2.1 зубов. Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 1.1 и 2.1 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.6 зуб удалили 8 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений. 1.1 зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ-0.70. 2.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ0.70. Десневой сосочек в области 1.1 и 2.1 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка. Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 2.1 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует. В области отсутствующего 3.6 зуба деформаций не наблюдается. 3.5 и 3.7 зубы интактные.

Определите, на какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

- А) на  $\frac{2}{3}$  длины канала корня зуба
- Б) на половину длины канала

В) на всю длину канала

Г) чем глубже тем лучше.

7. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Т. 50 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект в области передних зубов. Анамнез заболевания: утратила жевательные зубы на нижней челюсти более 10 лет назад. Ортопедическое лечение не проводилось. Зубы на верхней и нижней челюсти имеют равномерную атрофию костной ткани на  $\frac{1}{3}$ . 3.1, 3.2, 4.1 зубы – выдвинуты в вертикальном направлении на 1,5-2 мм, атрофия костной ткани  $\frac{1}{2}$ , подвижность I-II степени. Корни 1.6, 2.5, 3.5, 3.8 зубов разрушены ниже уровня десневого края на 2 мм. Полностью разрушена бифуркация корней 1.6, 3.8 зубов. ИРОПЗ 1.7, 2.7 зубов – 3.7-0,7. В области фронтальных зубов отмечаются зубные отложения. Слизистая оболочка челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Гиперемирована, слегка отёчна в области фронтальных зубов, а также разрушенных зубов. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии - снижена относительно физиологического покоя на 5 мм.

Определите диагноз.

А) Первичная адентия

Б) Частичная вторичная адентия

В) Полная адентия

Г) Все ответы верны

8. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Г. 75 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4; 3.3 зубы. 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубы имеют II степень подвижности. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений. По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов равномерная костная атрофия на  $\frac{1}{2}$  длины корней. Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на верхнюю челюсть, связанную с несоответствием протезного ложа протезу. Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7 мм от положения физиологического покоя.

Определите какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съёмного пластиночного протеза?

А) Пробы с максимальной задержкой дыхания на вдохе и выдохе.

Б) Проба Ашнера.

В) Функциональные пробы Гербста.

Г) Все варианты верны.

9. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент М. 45 лет. Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7, 1.5, 2.4, 2.6 зубов и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти. На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические

мостовидные протезы с опорой на 1.7-1.5 зубы. 2.4-2.6 зубы соответствуют клиническим требованиям.

Составьте план ортопедического лечения.

А) Изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть.

Б) Установить импланты на нижнюю челюсть

В) Изготовить бюгельный протез.

Г) Все варианты верны.

10. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная У. 59 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль в области 4.7 зуба. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съёмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на 4.7 зуб и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съёмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7 зубов, отвечающий ортопедическим требованиям. 4.6 зуб покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.

Поставьте диагноз.

А) Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на верхней челюсти.

Б) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти.

В) Адентия III класс по Кеннеди

Г) Все варианты верны.

11. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 27 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 3 лет назад. 4.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. ИРОПЗ 1.6, 2.6, 3.7 зубов - 80%, вторичный кариес на 1.6, 2.6, 3.7 зубах. 1.5, 3.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме 1.6, 2.6, 3.7 зубов определяется неполная obturация корневых каналов пломбировочным материалом.

Составьте план ортопедического лечения.

А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 2.6, 3.7 зубы;

Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 3.7 зубы.

В) изготовить коронку на имплантате в области 4.6 зуба.

Г) все варианты верны.

12. Больная М. 68 лет обратилась в стоматологическую клинику. Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

Определите фазы адаптации к съёмным протезам.

А) Фаза возбуждения, фаза торможения

Б) Фаза частичного возбуждения, фаза полного возбуждения, фаза торможения.

В) Фаза возбуждения, фаза частичного торможения, фаза полного торможения.



Г) Фаза частичного возбуждения, фаза полного возбуждения, фаза частичного торможения, фаза полного торможения.

13. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 32 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба. 2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. 3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

Определите какова основная причина зубоальвеолярного удлинения?

- А) Неправильное наложение пломбы.
- Б) Разрушение либо отсутствие зубов-антагонистов.
- В) Неправильное протезирование.
- Г) Неправильный прикус.

14. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной В. 46 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Определите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) отсутствие своевременного протезирования.
- Б) неправильное протезирование.
- В) генерализованный кариес зубов.
- Г) неправильный прикус.

15. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент А. 29 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 2 лет назад. 3.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, кариес дентина. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбирочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Укажите правильный диагноз.

- А) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти.
- Б) Частичная вторичная адентия на верхней челюсти.
- В) Полная адентия на верхней челюсти.
- Г) Полная адентия на нижней челюсти.

16. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 25 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 4 лет назад. 2.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, вторичный кариес. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенографии: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбирочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Определите план ортопедического лечения.

- А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 3.6, 4.7 зубы;
- Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
- В) изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 2.6 зуба.
- Г) все варианты верны.

17. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 25 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на  $\frac{1}{4}$  длины корней.

Укажите возможную причину возникновения патологии пародонта?

- А) завышенное пломбирование кариеса.
- Б) неправильное протезирование.
- В) разрушение коронки зубов.
- Г) патологическая стираемость

18. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 26 лет. Жалобы на изменение цвета фронтальной группы зубов верхней челюсти. Анамнез заболевания: 1.1, 2.2 зубы лечены по поводу осложнений кариеса. 1.2, 2.1 зубы – ранее лечены по поводу кариеса, пломбы занимают значительную часть вестибулярной поверхности. Цвет пломб не соответствует тканям зубов. По рентгенологическим данным – 1.1, 2.2 – каналы корней зубов плотно obturированы пломбировочным материалом на всём протяжении, без видимых изменений в периапикальных тканях. Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. Определяются твёрдые и мягкие отложения в области передних зубов на нижней челюсти.

Определите план ортопедического лечения.

- А) перелечивание измененных зубов
- Б) изготовление виниров
- В) изготовление циркониевых коронок
- Г) дентальная имплантация

19. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Н. 25 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 1.1, 1.2 зубов. Дискомфорт жевания на левой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 1.1 и 1.2 зубов пломбы изменились в цвете примерно год назад, кровоточивость появилась сразу после лечения зубов. 3.5 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений. 1.1 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ - 0.7. 1.2 зуб восстановлен световым композитом по IV классу по Блэку, кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, отмечается нависающий край пломбы в придесневой области, ИРОПЗ - 0.70. Десневой сосочек в области 1.1 и 1.2 зубов отёчный, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком, при этом отмечается отсутствие места для десневого сосочка. Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 1.1 и 1.2 зубов выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневые каналы запломбированы до апикального отверстия, разряжение в области верхушечных отверстий отсутствует.

Укажите правильный диагноз.

- А) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти
- Б) частичная вторичная адентия на верхней челюсти
- В) полная адентия на нижней челюсти



Г) полная адентия на верхней челюсти

20. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Я. 37 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений. 3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7. Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями. Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует. В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено. 4.5 зуб интактный.

Укажите на какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки со штифтом для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

А) на половину длины канала зуба

Б) на всю длину канала

В) на 2/3 длины канала

Г) чем глубже, тем лучше

21. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С. 48 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти и затруднённое пережёвывание пищи. Общие заболевания: сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу не обращалась 3 года. Последнее удаление 1.8 и 2.8 зубов было 4 года назад. Слизистая оболочка розового цвета. Высота нижнего отдела лица не снижена. 3.5 зуб - ИРОПЗ 40 - 50 %, ранее эндодонтически лечен по поводу острого пульпита, выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, откол части пломбы. 4.4 зуб - ИРОПЗ - 70 %. 4.8 зуб - коронковая часть зуба разрушена, ткани корня размягчены. Корень 4.8 зуба располагается вне зубной дуги. На прицельной рентгенограмме 3.5, 4.5 зуба, изменений в периапикальных тканях не определяется. У 4.5, 3.5 зубов наблюдается полная obturация корневых каналов пломбировочным материалом на всем протяжении, 4.4 зуб – неполная obturация, прослеживаются следы пломбировочного материала.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

А) провести эндодонтическое лечение (ревизию корневого канала) 4.4 зуба

Б) удалить корни 4.8 зуба

В) восстановить коронку 3.5 зуба композитным материалом

Г) изготовить съёмный протез

22. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 42 лет. Жалобы на эстетический дефект зубных рядов. Общие заболевания: остеопороз в анамнезе. Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался примерно два года. Коронковые части 1.7, 1.5 зубов восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный кариес, анатомическая форма зубов нарушена. Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 1.7, 1.5 – неполная obturация, следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

Укажите показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок?

А) ИРОПЗ 70 % и более

Б) отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях

В) здоровые ткани корня зуба

Г) все варианты верны

23. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 43 лет. Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался несколько лет. Коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 – 80%.

Поставьте диагноз.

А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди

Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди

В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди

Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

24. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 45 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: полгода назад коронки 1.4, 1.7 зубов разрушились. Коронка 1.4, 1.7 зубов разрушена (ИРОПЗ = 0,6), твёрдые ткани размягчены, при диагностическом препарировании по удалению размягчённых твёрдых тканей индекс ИРОПЗ снизился до 0,7. Подвижности корней не отмечается. Каналы корня 1.4 зуба запломбированы до верхушки. Нёбный канал корня 1.7 зуба запломбирован на  $\frac{4}{5}$  от длины канала. 3.4 зуб покрыт искусственной коронкой. Искусственная коронка плотно охватывает шейку зуба, без разгерметизации. При зондировании 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями.

Составьте план ортопедического лечения.

А) восстановить объём и форму 1.4, 1.7 зуба цельнокерамической или металлокерамической коронкой;

Б) изготовить цельнокерамическую или металлокерамическую коронку с опорой на внутрикостный дентальный имплантат в области отсутствующего 2.6 зуба;

В) восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью бюгельного протеза.

Г) все варианты верны.

25. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 60 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: 2 недели назад коронка 2.3, 1.5 зубов разрушилась. 5 лет назад проведено ортопедическое лечение с изготовлением съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда. Коронка 2.3, 1.5 зубов полностью разрушена (ИРОПЗ = 1,0), твёрдые ткани размягчены. Отмечается подвижность 3 степени корней 2.3, 1.5 зубов. 3.4-3.6 зубы покрыты искусственными коронками. Прилегание искусственных коронок к шейке зуба плотное, без разгерметизации. При 3.3, 4.5 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями. У съёмного пластиночного протеза укорочен край протеза по отношению к границам протезного ложа.

Определите правильный диагноз.

А) Дефект зубного ряда на верхней челюсти I класс по Кеннеди.

Б) Дефект зубного ряда на верхней челюсти II класс по Кеннеди.

В) Дефект зубного ряда на верхней челюсти III класс по Кеннеди.

Г) Дефект зубного ряда на верхней челюсти IV класс по Кеннеди.

26. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка В. 78 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с частичным отсутствием зубов, трещину в съёмном протезе верхней челюсти, плохую фиксацию съёмных протезов. Анамнез заболевания: съёмные пластиночные протезы были изготовлены 3 года назад на обе челюсти. На съёмном пластиночном протезе верхней челюсти образовалась трещина. 1.3, 2.3 зубы покрыты одиночными штампованными коронками, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю. На нижней челюсти штампованно-паяный мостовидный протез с нитрид титановым покрытием с опорами на 4.3, 3.3 зубы, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю. Пластиночные протезы на верхней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 1.3 и 2.3 зубы, трещина в базисе протеза в области 2.3 зуба. Границы базиса протеза не соответствуют переходной складке протезного ложа верхней челюсти, укорочены по линии «А». Пластиночные протезы на нижней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы. Базис не плотно прилегает к опорным зубам, границы базиса укорочены. Разница между состоянием покоя и центральной окклюзией на искусственных зубах 5-6 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная. После снятия мостовидного протеза с опорами на 4.4, 4.3, 4.2, 3.2, 3.3 зубы определяется подвижность 4.4, 4.3, 4.2 зубов I степени, атрофия костной ткани на  $\frac{1}{3}$ ; 3.2, 3.3 – II степени, атрофия костной ткани более  $\frac{1}{2}$ .

Определите правильный план ортопедического лечения.

- А) снять все искусственные коронки с 1.3, 2.3 зубов, штампованно-паяный мостовидный протез 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3 зубов;
- Б) изготовить эстетические цельнолитые коронки на 1.3, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;
- В) изготовить индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти и снять оттиски;
- Г) все ответы верны

27. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 62 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные отложения, отмечается атрофия костной ткани на  $\frac{1}{3}$ , в области 3.1, 4.1 зубов на  $\frac{2}{3}$ . 3.1, 4.1 зубы подвижны. Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм. Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены. У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в диаметре; на R-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

- А) изготовление бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.
- Б) санировать полость рта;
- В) провести эндодонтическое лечение всех зубов под опору искусственными коронками
- Г) удалить корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов.

28. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти. Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле попал в аварию, в следствии отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти. В области 1.1, 2.1 зубов – слизистая гиперемирована, отёчна. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов. Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

Выберите план ортопедического лечения.

- А) изготовить виниры на 2.2, 1.2 зубы;
- Б) дентальная имплантация в проекции 2.1, 1.1 зубов;
- В) изготовить эстетичные коронки с опорами на дентальные имплантаты 1.1, 2.1 зубов.
- Г) все варианты верны.

29. Пациент А. 32 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект: откол коронки 3.2 зуба. Анамнез заболевания: откол 3.2 зуба произошёл накануне вечером во время приёма пищи. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть её выступает над уровнем десневого края до 3 мм. На прицельной рентгенограмме выявлено: корневой канал запломбирован равномерно на всем протяжении до верхушки, периапикальных изменений не визуализируется.

Назовите возможный метод восстановления 3.2 зуба.

- А) Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб.
- Б) Восстановление зуба анкерным или стекловолоконным штифтом и композитным материалом;
- В) Изготовление штифтового зуба.
- Г) Все варианты верны.

30. Больная К. 72 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, зубными протезами ранее не пользовалась. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток значительно и неравномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Имеются корни 1.5, 1.4, 2.1 зубов. Позадимолярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твёрдого нёба выпуклый. Уздечка верхней губы и щечноальвеолярные тяжи прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. На прицельных рентгенограммах: у 1.5, 1.4, 2.1 зубов определяются изменения в периапикальных тканях, разрежение костной ткани от 2 мм до 4 мм; неполная obturation корневых каналов пломбировочным материалом. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат – пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень». Позади молярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой, при её пальпации отмечается болезненность.

Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

- А) Фаза возбуждения. Фаза неполного торможения. Фаза полного торможения.
- Б) Фаза неполного возбуждения. Фаза полного возбуждения. Фаза неполного торможения. Фаза полного торможения.
- В) Фаза неполного возбуждения. Фаза полного возбуждения. Фаза торможения.
- Г) Фаза возбуждения. Фаза торможения.

31. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет. Жалобы: на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7; 1.5; 2.4; 2.6; и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти. На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая.

Определите основной способ фиксации протезов на беззубой челюсти.

- А) Механический

- Б) Хирургический
- В) Биофизический
- Г) Биомеханический

32. На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 28 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 31, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

Укажите какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

- А) I Класс
- Б) II Класс
- В) III Класс
- Г) IV Класс

33. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка И. 76 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику, затруднённое пережёвывание пищи, плохую фиксацию съёмных протезов. Анамнез заболевания: отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось около 28 лет назад, последнее 9 месяцев назад – цельнолитыми коронками с пластмассовой облицовкой и частичными съёмными пластиночными протезами. Последнее удаление 4 месяца назад в связи с кариозным процессом под коронками, после чего нарушилась фиксация съёмных протезов. Данные объективного обследования, внешний осмотр: выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии снижена на 4 мм. У 1.3 зуба подвижность 2 степени, маргинальная десна в области опорного зуба незначительно гиперемирована, отёчна. Отмечается выраженная атрофия альвеолярных отростков на верхней челюсти и нижней челюсти. Пластиночные протезы на верхней челюсти и нижней челюсти не соответствуют границам протезного ложа, фиксация протезов неудовлетворительная. Прикус: соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Осмотр полости рта: слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти и нижней челюсти гиперемирована, отёчна. Атрофия альвеолярной части н/ч – 2 степени по Келлеру, имеется умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти, одиночно стоящий 1.3 зуб. Данные дополнительных исследований: на прицельной рентгенограмме 1.3 зуба – канал запломбирован не до верхушки, отмечается расширение периодонтальной щели, атрофия костной ткани более  $\frac{1}{2}$  длины корня.

Назовите конструкционные стоматологические материалы, используемые для изготовления съёмных пластиночных протезов при полной адентии.

- А) сплавы металлов
- Б) фарфоровые массы
- В) акриловые пластмассы
- Г) все варианты верны

34. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной В. 84 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней и нижней челюсти более 10 лет назад в результате осложнений кариеса. Слизистая оболочка розового цвета, подслизистый слой выражен. Конфигурация лица изменена, ярко выражены носогубные и подбородочная складки. При осмотре и пальпации выявлено отсутствие выраженной атрофии альвеолярных отростков на верхней и нижней челюстях. Высокий свод нёба, выраженные альвеолярный отросток и бугры верхней челюсти, высоко расположенные точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки. Альвеолярная часть нижней челюсти незначительно и

равномерно атрофирована. Точки прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены у основания альвеолярной части.

Поставьте диагноз. Дефекты зубных рядов по:

- А) I класс по Шредеру и I класс по Келлеру
- Б) II класс по Оксману
- В) IV класс по Кеннеди
- Г) I класс по Энглию

35. В стоматологическую клинику обратилась пациентка П. 65 лет. Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую боль в области 4.7 зуба, кровоточивость дёсен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение врача-стоматолога около 3 лет назад. В полости рта металлокерамические мостовидные протезы 2.4 - Ф - 2.6, 4.4-4.5-Ф4.7, объединённые металлокерамические коронки 3.4- 3.3, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, дефекты керамической облицовки до металла). Имеется диастема между 3.1 и 4.1 зубами и трема между 4.1 и 4.2 зубами. Клиновидные дефекты 1.6 и 1.4 зубов. Прикус - ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Маргинальная десна в области коронок и фронтальных зубов на нижней челюсти гиперемирована и отёчна. Гигиена полости рта неудовлетворительная, в области всех групп зубов имеются наддесневые зубные отложения, в области 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов имеются поддесневые зубные отложения. Высота нижнего отдела лица в норме.

Укажите сроки проведения профилактического осмотра.

- А) каждые 3 месяца
- Б) 1 раз в пол года
- В) каждый месяц
- Г) 1 раз в год

36. В стоматологическую клинику обратился пациент Ф. 53 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику и нарушение пережёвывания пищи. Анамнез заболевания: протезирование проводилось 10 лет назад. Со слов пациента, отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Данные объективного обследования, внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 3 мм, носогубные складки выражены, углы рта опущены, наблюдается асимметрия лица. На верхней челюсти: отсутствие 1.5, 1.4, 2.4, 2.6, 2.7 зубов. Металлокерамический протез с опорами на 1.6, 1.3 зубы, неудовлетворительное краевое прилегание коронок, частичная расцементировка. Глубокий кариес 1.1, 2.1, 1.2, 2.2 зубов. Поломка металлокерамического мостовидного протеза 2.3, 2.5, 2.8. На нижней челюсти: отсутствуют 3.8, 3.6, 4.6 зубы. Металлокерамический мостовидный протез с опорой на 3.7, 3.5, 3.4 зубы, неудовлетворительная фиксация протеза, частичная расцементировка искусственных коронок на всех опорных зубах, рецессия и гиперемия маргинальной десны. Повышенное стирание 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубов. Вторичный глубокий кариес 4.4 зуба. Коронковая часть 4.5 зуба полностью разрушена. Поломка металлокерамического протеза с опорой на 4.5, 4.7 зубы, коронка 4.5 зуба и фасетка 4.6 зуба отсутствуют. Полная расцементировка искусственной коронки на 4.7 зубе. Несовпадение косметического центра.

Укажите минимальную толщину цельнолитого каркаса для металлокерамических коронок.

- А) 1 мм
- Б) 1,5 мм - 2,0 мм
- В) 0,3 мм
- Г) 0,5 мм

37. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Б. 65 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую боль в области 2.2 зуба, неудовлетворительную эстетику. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 20 лет назад, последнее посещение стоматолога около 3 лет назад. Данные объективного обследования, внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Осмотр полости рта: прикус ортогнатический. Имеется диастема между 1.1 и 2.1 зубами. В полости рта объединённые пластмассовые коронки 2.4 – 2.5 зубов, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушена эстетика и краевое прилегание коронок в области опорных зубов). Аномалия положения 3.1, 4.1 зубов. Зубоальвеолярная деформация 1.7, 2.7, 3.7, 3.8 зубов горизонтальной формы. Клиновидные дефекты 1.3, 1.4 зубов. Патологическое генерализованное стирание зубов на верхней челюсти до дентина и нижней челюсти во фронтальном отделе декомпенсированной формы.

Укажите показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки.

- А) зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки, премоляры и моляры;
- Б) зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза;
- В) зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой не более 30 градусов;
- Г) зубы фронтальной группы, требующие армирования и восстановления коронковой части, при глубоком рецезовом перекрытии (глубокий прикус).
- Д) все варианты верны.

38. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Л. 44 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: протезировалась 8 лет назад, отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Данные объективного обследования, внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм. Объективно: в полости рта – штампованно-паяные мостовидные протезы с нитрид титановым покрытием, находящиеся в неудовлетворительном состоянии. В области всех присутствующих коронок наблюдается рецессия десны, на жевательной поверхности отмечаются фасетки стёртости. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти. Макродентия 1.1 и 2.1 зубов. Зубоальвеолярная деформация 1.7 зуба вертикальной формы. В области всех коронок наблюдается гиперемия и отёчность маргинальной десны. Глубина зубодесневых карманов 3-4 мм. Анализ ортопантограммы: атрофия костной ткани на нижней челюсти во фронтальной группе зубов на  $\frac{1}{2}$  длины корня зуба, в боковых отделах на  $\frac{1}{3}$ , за исключением 4.8 зуба, где атрофия более  $\frac{2}{3}$ ; на в/ч, во фронтальном отделе на  $\frac{1}{3}$  длины корня зуба, на остальных зубах на  $\frac{1}{2}$  длины корня. 1.2, 1.6, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8 зубы депульпированы, каналы у 1.6, 2.1, 2.5, 3.2, 3.3, 3.4, 4.8 зубов не запломбированы до верхушки, в периапикальных тканях отмечаются очаги разрыхления.

Укажите предъявляемые требования к корню зуба для изготовления цельнолитой культевой штифтовой вкладки.

- А) корень должен быть устойчив и иметь длину не менее 16 мм;
- Б) соотношение будущей культевой части вкладки к длине корня должно быть не менее 1:1,5;
- В) стенки корня не должны быть разрушены кариозным процессом и иметь толщину не менее 1,5 мм;
- Г) все варианты верны

39. Пациент Ч. 58 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику фронтальной группы зубов, повышенную чувствительность зубов от термических раздражителей, затруднённое пережёвывание пищи, боли и щелканье в левом ВНЧС при открывании и закрывании рта. Перенесённые и сопутствующие заболевания – остеохондроз позвоночника. Анамнез заболевания: зубы удалял в результате кариеса и его осложнений. За



последние 5 лет заметно стёрлись оставшиеся зубы. Боли и щёлканье в левом ВНЧС отмечены в течение 2 лет. Данные объективного исследования, внешний осмотр: выражены носогубные и подбородочные складки, углы рта опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 7 мм. Выявляются хруст и щелчки в левом ВНЧС при открывании и закрывании рта. Объективно: имеется стирание - укорочение 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов на  $\frac{2}{3}$  высоты коронок, 1.4, 1.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5, 4.7 зубов на  $\frac{1}{3}$ -  $\frac{1}{2}$  высоты коронковой части. 3.7 зуб - большая часть коронки восстановлена пломбирочным материалом, зуб изменён в цвете (буроватый оттенок), ИРОПЗ >0.7.

Определите дополнительные методы обследования?

- А) диагностика гипсовых моделей в артикуляторе;
- Б) регистрация центрального соотношения челюстей и высоты нижнего отдела лица;
- В) аксиография;
- Г) МРТ ВНЧС.
- Д) все варианты верны

40. Пациентка Ч. 56 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: со слов пациентки, протезирование проводилось 15 лет назад. Последнее посещение врача-стоматолога – 3 года назад - были сняты все коронки. Внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, выражены носогубные складки, старческое выражение лица, открывание рта в полном объёме, без отклонения от средней линии. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. 1.2 зуб восстановлен светоотверждаемым композитным материалом; 1.1 зуб – отпрепарирован под коронку тангенциально, выпадение пломбы; 2.1 зуб - отпрепарирован под коронку тангенциально, восстановлен цементом и анкерным штифтом; 2.2 зуб – Radix; 3.1, 4.1, 4.3 зубы – пломбы в пришеечной области, не отвечают клиническим требованиям – нависающие края, изменение цвета. 1.6, 1.7, 2.3, 2.5 зубы отпрепарированы тангенциально, ранее лечены резорцин-формалиновым методом. Вертикальная деформация альвеолярных частей верхней челюсти и нижней челюсти в области 1.6, 1.7 и 4.4 зубов. У 1.1, 1.2, 1.6, 1.7, 2.1, 2.3, 2.5 зубов коронковые части изменены в цвете, пломбы не соответствуют клиническим требованиям. У 1.6 зуба – вторичный кариес. Нёбо куполообразной формы с выраженным торусом. Отмечаются горизонтальные фасетки стирания. Зубной камень в области 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубов.

Поставьте диагноз.

- А) дефекты зубных рядов I класс по Кеннеди.
- Б) дефекты зубных рядов II класс по Кеннеди.
- В) дефекты зубных рядов III класс по Кеннеди.
- Г) дефекты зубных рядов IV класс по Кеннеди.

41. Пациент В. 73 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов

Б) Изготовить новые протезы

В) Провести имплантацию

Г) все варианты верны.

42. Пациентка П. 55 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект, подвижность зубов, кровоточивость дёсен во время чистки зубов, боль в десне и зубах при приёме пищи. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь желудка в течение 8 лет, сахарный диабет. Анамнез заболевания: зубы удалялись из-за их подвижности в течение последних 6 лет. Пародонтологическое и ортопедическое лечение ранее не проводилось. Данные объективного исследования, внешний осмотр: открывание рта свободное и безболезненное, в полном объёме. Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Укажите правильный диагноз.

А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди

Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди

В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди

Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

43. Пациентка О. 45 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики, периодические боли от холодного и горячего. Анамнез заболевания: пациентка ранее не протезировалась. Отсутствующие зубы удалялись в результате осложнений кариеса. Последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Данные объективного обследования, внешний осмотр: выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Открывание рта в полном объёме, движения нижней челюсти симметричные, боли и шумы в суставах отсутствуют. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Объективно: на 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубах - кариес. Полное разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов. Корень 2.4 зуба размягчён, разрушен более 5 мм под десну. Корни 3.6, 4.7 зубов имеют разрушения по бифуркации. 3.7 зуб перелом медиального корня. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твёрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отёчна и гиперемирована, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области 3.7 зуба до 8 мм. Отмечается подвижность 3.7 зуба - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах

Укажите правильный план ортопедического лечения.

А) изготовить металлокерамические коронки с опорами на 1.7, 2.7 зубы, а также на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы с замковыми креплениями, и на 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубы для опоры кламмеров бюгельного протеза (с обязательным изготовлением временных коронок);

Б) изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с замковой системой фиксации;

В) изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть с кламмерной системой фиксации.

Г) все варианты верны.

44. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 49 лет с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую кровоточивость дёсен и неприятный запах из полости рта. Анамнез заболевания: отсутствующие зубы удалялись в течение жизни по причине кариеса и его осложнений. Штампованные мостовидные конструкции и штампованные одиночные коронки были изготовлены более 10 лет назад. Последнее протезирование было проведено в 2010 году. Изготовлены металлокерамические несъёмные конструкции на фронтальную группу зубов

верхней челюсти в привычном прогеническом соотношении. Осмотр полости рта: включенный дефект верхнего зубного ряда. Отсутствие 1.5, 1.4, 2.5, 2.6 зубов. Концевой дефект нижнего зубного ряда (отсутствуют 3.8, 4.7, 4.8 зубы). Вторичная деформация зубных рядов вследствие зубоальвеолярного удлинения в области 1.7 и 2.8 зубов. Скученность нижних резцов.

Поставьте диагноз.

- А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

45. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 75 лет. Жалобы: на отлом коронковых частей передних зубов на верхней челюсти, косметический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: около 15 лет назад пациенту были изготовлены штампованопаянные мостовидные протезы в боковых отделах зубных рядов. В 2010 году - штампованные коронки с облицовкой на 2.1, 2.2, 2.3 зубы. В 2013 году - металлокерамический мостовидный протез (4.2. Ф 3.1.). Съёмными протезами никогда не пользовался. Осмотр полости рта: отсутствуют 1.4, 1.5, 1.7, 1.8; 2.7, 2.8; 3.5, 3.6, 3.7; 4.1, 4.6 зубы. Неудовлетворительное состояние ранее изготовленных протезов (множественные перфорации, нарушение краевого прилегания, кариес и хронический периодонтит опорных зубов): штамповано-паянные мостовидные протезы на (1.3, Ф Ф 1.6.), (2.4, 2.5, 2.6), (3.3, 3.4, Ф), (4.4, 4.5, Ф, 4.7, 4.8); металлокерамический мостовидный протез (3.1, Ф, 4.2); штампованная коронка с облицовкой на 2.3. зубе. Деформация окклюзионной поверхности в области 2.5, 2.6 зубов (феномен Попова – Годона 2 степени).

Поставьте диагноз.

- А) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- Б) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- В) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- Г) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

46. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Н. 67 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую боль в области 4.7 зуба, кровоточивость дёсен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение врача-стоматолога около 3 лет назад. Объективно при осмотре: в полости рта имеются металлокерамические мостовидные протезы с опорами на 2.4; 2.6 и 4.4; 4.5; 4.7 зубы, объединённые металлокерамические коронки с опорами на 3.4; 3.3 зубы. В области всех опорных зубов выявлено нарушение краевого прилегания коронок. На жевательной поверхности коронок 2.4, 3.4 зубов имеется дефект керамической облицовки до металла.

Укажите какие факторы указывают на клиническую несостоятельность имеющихся металлокерамических конструкций?

- А) Кровоточивость десен.
- Б) Плохая гигиена полости рта.
- В) Нарушение краевого прилегания искусственных коронок, дефект керамического покрытия.
- Г) Боли при жевании.

47. В стоматологическую клинику обратилась пациентка П. 62 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, нарушение функции речи, плохую фиксацию протезов, изменение цвета протезов. Пациентка имеет в полости рта полные съёмные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Протезы плохо фиксируются. Гигиеническое состояние протезов неудовлетворительное. Базисы протезов и искусственные зубы изменены в цвете. Окклюзионные поверхности искусственных зубов значительно стёрты. Протезы не соответствуют клиническим требованиям. При обследовании выявлено снижение высоты нижнего отдела лица на 5 мм. Диагноз: полное отсутствие зубов верхней челюсти (I класс по Шредеру) и полное отсутствие зубов нижней челюсти (I класс по Келлеру). Снижение высоты нижнего отдела лица на 5 мм.

Определите описание беззубой верхней челюсти, соответствующей I типу классификации Шредера.

А) характеризуется высоким альвеолярным отростком, который равномерно покрыт плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженными буграми, глубоким небом, отсутствием или слабовыраженным небным валиком

Б) отличается средней степенью атрофии альвеолярного отростка, маловыраженными буграми, средней глубины небом, выраженным торусом.

В) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела верхней челюсти, слабо развитые альвеолярные бугры, плоское небо, широкий торус.

Г) альвеолярная часть резко атрофирована в области передних зубов и хорошо выражена в области жевательных.

48. Пациентка Н. 47 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики. Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса. Объективно: полное разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов. Корень 2.4 зуба размягчён, разрушен более 5 мм под десну. Корни 3.6, 4.7 зубов имеют разрушения по бифуркации. 3.7 зуб - перелом медиального корня. Кариес на 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубах. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твёрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отёчна и гиперемированна, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области 3.7 зуба до 8 мм. Отмечается подвижность 3.7 зуба - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах.

Укажите ортопедическое лечение.

А) Полная санация полости рта.

Б) Перелечивание всех ранее леченных зубов.

В) Изготовление бюгельных протезов.

Г) Установка брекет-систем.

49. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Л. 55 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику передних зубов, отлом коронки переднего верхнего зуба слева. Анамнез заболевания: зубы удалялись вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 12 лет назад, последнее посещение врач-стоматолога было около 2 лет назад. Осмотр полости рта: прикус по ортогнатическому типу. В полости рта имеются объединённые металлокерамические коронки 1.1 - 2.1 зубов и 2.4 - 2.5 зубов, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушена эстетика и краевое прилегание коронок). Скученность фронтальной группы зубов нижней челюсти. Горизонтальное положение 3.8 и 4.8 зубов. Патологическое стирание зубов нижней челюсти в фронтальном отделе, компенсированной формы. Гиперемия и отёк десны в области всех зубов.

Сформулируйте показания к изготовлению виниров.

- А) несовершенный амело и дентиногенез;
- Б) флюороз;
- В) дисколорит (после применения резарцина);
- Г) Все варианты верны

50. В стоматологическую клинику обратилась пациентка А. 45 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную эстетику. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Ранее протезирование не проводилось, последнее посещение врача стоматолога около 2 лет назад. Прикус ортогнатический. 1.8; 1.5; 1.4; 2.4; 2.8; 3.6; 3.5; 4.5 зубы отсутствуют. На 1.7; 1.6; 1.2; 2.1; 2.7 зубах кариес, нарушение краевого прилегания ранее поставленных пломб. Клиновидные дефекты 1.3; 3.4; 4.4 зубов.

Поставьте диагноз.

- А) Дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- Б) Дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- В) Дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- Г) Дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

51. В стоматологическую клинику обратилась пациентка В. 52 года с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную эстетику. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Последнее посещение врача-стоматолога около 4 лет назад. Имеются композитные реставрации неудовлетворительного качества в области 1.1, 2.1 зубов. В полости рта штампованно-паянный мостовидный протез в области 1.2-1.3 зубов. Пластмассовый мостовидный протез 2.3-2.6. Штампованно-паянный мостовидный протез в области 3.4- 3.5 зубов. Объединённые пластмассовые коронки 4.3, 4.4 зубов. Штампованно-паянный мостовидный протез 4.5-4.7. Все штампованно-паянные мостовидные протезы неудовлетворительного качества.

Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки.

- А) зубы со значительным разрушением коронковой части - более 50%, резцы, клыки, премоляры и моляры;
- Б) зубы, корневые каналы которых имеют овальную, листовидную, треугольную и другую отличную от круглой форму в плоскости поперечного среза;
- В) зубы со значительным разрушением коронковой части, где наблюдается отклонение центральной оси коронковой части от корневой более 5 градусов, но не более 15 градусов;
- Г) все варианты верны

52. В поликлинику обратилась 62-летняя пациентка с жалобами на боли, щёлканье в суставе, острые края зубов, часто травмирующие слизистую оболочку полости рта. При осмотре: лицо симметричное, кожный покров нормальной окраски без видимых патологических изменений, высота нижнего отдела лица снижена, углы рта опущены. При пальпации тонус жевательных мышц повышен. При открывании рта отмечается щелчок в височно-нижнечелюстном суставе. В полости рта следующие патологические изменения: убыль твёрдых тканей до поверхностных слоев дентина на всех группах зубов верхней и нижней челюсти, зубы имеют форму с кратерообразными участками на окклюзионной поверхности. Отсутствуют зубы 1.5, 3.5.

Определите какую форму и характер имеет данный вид стираемости твёрдых тканей зубов?

- А) Повышенная генерализованная стираемость I степени некомпенсированной формы

- Б) Повышенная генерализованная стираемость II степени некомпенсированной формы
- В) Повышенная генерализованная стираемость III степени компенсированной формы
- Г) Повышенная генерализованная стираемость II степени компенсированной формы

53. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Б. 35 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба. 2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. 3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

Укажите какова основная причина зубоальвеолярного удлинения?

- А) Неправильное наложение пломбы.
- Б) Неправильное протезирование.
- В) Разрушение либо отсутствие зубов-антагонистов.
- Г) Неправильный прикус.

54. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 49 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: полгода назад коронки 1.4, 1.7 зубов разрушились. Коронка 1.4, 1.7 зубов разрушена (ИРОПЗ = 0,6), твёрдые ткани размягчены, при диагностическом препарировании по удалению размягчённых твёрдых тканей индекс ИРОПЗ снизился до 0,7. Подвижности корней не отмечается. Каналы корня 1.4 зуба запломбированы до верхушки. Нёбный канал корня 1.7 зуба запломбирован на  $\frac{4}{5}$  от длины канала. 3.4 зуб покрыт искусственной коронкой. Искусственная коронка плотно охватывает шейку зуба, без разгерметизации. При зондировании 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

- А) восстановить объём и форму 1.4, 1.7 зуба цельнокерамической или металлокерамической коронкой;
- Б) изготовить цельнокерамическую или металлокерамическую коронку с опорой на внутрикостный дентальный имплантат в области отсутствующего 2.6 зуба;
- В) восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью бюгельного протеза.
- Г) все варианты верны.

55. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка О. 49 года. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съёмный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съёмный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.7. На 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на  $\frac{1}{4}$  длины корней.

Поставьте диагноз.

- А) Частичное отсутствие зубов нижней челюсти (1 класс по Кеннеди)
- Б) Повышенное стирание зубов (генерализованная форма)

В) Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени

Г) Все варианты верны

56. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 29 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на  $\frac{1}{4}$  длины корней.

Отметьте возможную причину возникновения патологии пародонта?

А) разрушение коронки зубов.

Б) неправильное протезирование.

В) завышенное пломбирование кариеса.

Г) патологическая стираемость.

57. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной К. 58 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные отложения, отмечается атрофия костной ткани на  $\frac{1}{3}$ , в области 3.1, 4.1 зубов на  $\frac{2}{3}$ . 3.1, 4.1 зубы подвижны. Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм. Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены. У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в диаметре; на R-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

Определите план ортопедического лечения.

А) санировать полость рта;

Б) провести эндодонтическое лечение всех зубов под опору искусственными коронками

В) изготовление бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Г) удалить корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов.

58. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка А. 23 лет. Жалобы на изменение цвета фронтальной группы зубов верхней челюсти. Анамнез заболевания: 1.1, 2.2 зубы лечены по поводу осложнений кариеса. 1.2, 2.1 зубы – ранее лечены по поводу кариеса, пломбы занимают значительную часть вестибулярной поверхности. Цвет пломб не соответствует тканям зубов. По рентгенологическим данным – 1.1, 2.2 – каналы корней зубов плотно obturированы пломбировочным материалом на всём протяжении, без видимых изменений в периапикальных тканях. Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена. Определяются твёрдые и мягкие отложения в области передних зубов на нижней челюсти.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

А) перелечивание измененных зубов

Б) изготовление виниров

В) изготовление циркониевых коронок

Г) дентальная имплантация

59. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Т. 41 лет. Жалобы на невозможность пользоваться съёмным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложнённого кариеса 1.7,



1.5, 2.4, 2.6 зубов и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съёмным пластиночным протезом на нижней челюсти. На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7-1.5 зубы. 2.4-2.6 зубы соответствуют клиническим требованиям.

Укажите правильный план ортопедического лечения.

- А) Установить импланты на нижнюю челюсть
- Б) Изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть.
- В) Изготовить Бюгельный протез.
- Г) Все варианты верны.

60. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Ю. 40 лет. Жалобы на эстетический дефект и кровоточивость в области 3.4 зубов. Дискомфорт жевания на правой стороне челюсти. Анамнез заболевания: у 3.4 зуба целостность пломбы нарушена. Слизистая оболочка в области зуба гипертрофированна. 4.6 зуб удалили 6 месяцев назад вследствие кариеса и его осложнений. 3.4 зуб восстановлен световым композитом по III классу по Блэку, вторичный кариес, прилегание пломбы неудовлетворительное, ИРОПЗ-0.7. Десна в области 3.4 зуба отёчна, определяется кровоточивость при зондировании в пришеечной области. Пломбы изготовлены единым блоком с нависающими краями. Гигиена полости рта удовлетворительная. Рентгенологический контроль 3.4 зуба выявил, что ранее проводилось эндодонтическое лечение, корневой канал запломбирован до апикального отверстия, разряжение в области верхушечного отверстия отсутствует. В области отсутствующих 4.6, 4.7 зубов деформации не выявлено. 4.5 зуб интактный.

Укажите на какую глубину, с точки зрения биомеханики, должен погружаться штифт культевой вкладки со штифтом для обеспечения оптимальных условий функционирования протеза?

- А) на половину длины канала зуба
- Б) на всю длину канала
- В) на 2/3 длины канала
- Г) чем глубже, тем лучше

61. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент И. 29 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 3 лет назад. 4.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. ИРОПЗ 1.6, 2.6, 3.7 зубов - 80%, вторичный кариес на 1.6, 2.6, 3.7 зубах. 1.5, 3.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме 1.6, 2.6, 3.7 зубов определяется неполная obturация корневых каналов пломбировочным материалом.

Определите правильный план ортопедического лечения.

- А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 2.6, 3.7 зубы;
- Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 3.7 зубы.
- В) изготовить коронку на имплантате в области 4.6 зуба.
- Г) все варианты верны.

62. На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 30 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21,

22, 23, 31, 31, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

Определите к какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

- А) I Класс
- Б) II Класс
- В) III Класс
- Г) IV Класс

63. В клинику обратилась пациентка Н. 66 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, периодически возникающую боль в области зуба 4.7, кровоточивость десен. В полости рта металлокерамические мостовидные протезы 2.4 -Ф – 2.6, 4.4-4.5-Ф- 4.7, объединенные металлокерамические коронки 3.4 – 3.3, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, дефекты керамической облицовки до металла). Имеется диастема между зубами 3.1 и 4.1 и трема между зубами 4.1, 4.2. Клиновидные дефекты зубов 1.6 и 1.5. Маргинальная десна в области коронок и фронтальных зубов на н/ч гиперемирована и отечна. Гигиена полости рта неудовлетворительная, в области всех групп зубов имеются наддесневые зубные отложения, в области зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имеются поддесневые зубные отложения.

Назовите первичную причину возникновения патологии.

- А) Кариозное разрушение зубов
- Б) Плохая гигиена полости рта.
- В) Клиновидный дефект зубов
- Г) Патологическая стираемость зубов

64. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ф. 51 лет. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) генерализованный кариес зубов.
- Б) неправильное протезирование.
- В) отсутствие своевременного протезирования.
- Г) неправильный прикус.

65. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 50 лет. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: 2 недели назад коронка 2.3, 1.5 зубов разрушилась. 5 лет назад проведено ортопедическое лечение с изготовлением съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда. Коронка 2.3, 1.5 зубов полностью разрушена (ИРОПЗ = 1,0), твёрдые ткани размягчены. Отмечается подвижность 3 степени корней 2.3, 1.5 зубов. 3.4-3.6 зубы покрыты искусственными коронками. Прилегание искусственных коронок к шейке зуба плотное, без разгерметизации. При 3.3, 4.5 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями. У съёмного пластиночного протеза укорочен край протеза по отношению к границам протезного ложа.

Определите диагноз.

- А) Дефект зубного ряда на верхней челюсти I класс по Кеннеди.

- Б) Дефект зубного ряда на верхней челюсти II класс по Кеннеди.
- В) Дефект зубного ряда на верхней челюсти III класс по Кеннеди.
- Г) Дефект зубного ряда на верхней челюсти IV класс по Кеннеди.

66. В стоматологическую клинику обратился пациент В. 56 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику и нарушение пережевывания пищи. Анамнез заболевания: протезирование проводилось 10 лет назад. Со слов пациента, отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Данные объективного обследования, внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 3 мм, носогубные складки выражены, углы рта опущены, наблюдается асимметрия лица. На верхней челюсти: отсутствие 1.5, 1.4, 2.4, 2.6, 2.7 зубов. Металлокерамический протез с опорами на 1.6, 1.3 зубы, неудовлетворительное краевое прилегание коронок, частичная расцементировка. Глубокий кариес 1.1, 2.1, 1.2, 2.2 зубов. Поломка металлокерамического мостовидного протеза 2.3, 2.5, 2.8. На нижней челюсти: отсутствуют 3.8, 3.6, 4.6 зубы. Металлокерамический мостовидный протез с опорой на 3.7, 3.5, 3.4 зубы, неудовлетворительная фиксация протеза, частичная расцементировка искусственных коронок на всех опорных зубах, рецессия и гиперемия маргинальной десны. Повышенное стирание 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубов. Вторичный глубокий кариес 4.4 зуба. Коронковая часть 4.5 зуба полностью разрушена. Поломка металлокерамического протеза с опорой на 4.5, 4.7 зубы, коронка 4.5 зуба и фасетка 4.6 зуба отсутствуют. Полная расцементировка искусственной коронки на 4.7 зубе. Несовпадение косметического центра.

Укажите минимальную толщину цельнолитого каркаса для металлокерамических коронок.

- А) 1,5мм - 2,0 мм
- Б) 1 мм
- В) 0,5 мм
- Г) 0,3мм

67. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Я. 47 лет. Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу стоматологу не обращался несколько лет. Коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 – 80%.

Определите диагноз.

- А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

68. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Т. 65 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного съёмного протеза на нижнюю челюсть. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4; 3.3 зубы. 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубы имеют II степень подвижности. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений. По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 зубов равномерная костная атрофия на 1/2 длины корней. Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съёмного протеза на верхнюю челюсть, связанную с

несоответствием протезного ложа протезу. Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7 мм от положения физиологического покоя.

Укажите какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съёмного пластиночного протеза?

- А) Пробы с максимальной задержкой дыхания на вдохе и выдохе.
- Б) Функциональные пробы Гербста.
- В) Проба Ашнера.
- Г) Все варианты верны.

69. Пациент З. 55 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику фронтальной группы зубов, повышенную чувствительность зубов от термических раздражителей, затруднённое пережёвывание пищи, боли и щёлканье в левом ВНЧС при открывании и закрывании рта. Перенесённые и сопутствующие заболевания – остеохондроз позвоночника. Анамнез заболевания: зубы удалял в результате кариеса и его осложнений. За последние 5 лет заметно стёрлись оставшиеся зубы. Боли и щёлканье в левом ВНЧС отмечены в течение 2 лет. Данные объективного исследования, внешний осмотр: выражены носогубные и подбородочные складки, углы рта опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 7 мм. Выявляются хруст и щёлчки в левом ВНЧС при открывании и закрывании рта. Объективно: имеется стирание - укорочение 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов на  $\frac{2}{3}$  высоты коронок, 1.4, 1.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.5, 4.7 зубов на  $\frac{1}{3}$ -  $\frac{1}{2}$  высоты коронковой части. 3.7 зуб - большая часть коронки восстановлена пломбировочным материалом, зуб изменён в цвете (буроватый оттенок), ИРОПЗ >0.7.

Назовите дополнительные методы обследования?

- А) диагностика гипсовых моделей в артикуляторе;
- Б) регистрация центрального соотношения челюстей и высоты нижнего отдела лица;
- В) аксиография;
- Г) МРТ ВНЧС.
- Д) все варианты верны

70. Пациентка Ж. 50 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики. Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса. Объективно: полное разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов. Корень 2.4 зуба размягчён, разрушен более 5 мм под десну. Корни 3.6, 4.7 зубов имеют разрушения по бифуркации. 3.7 зуб - перелом медиального корня. Кариес на 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубах. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твёрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отёчна и гиперемированна, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области 3.7 зуба до 8 мм. Отмечается подвижность 3.7 зуба - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах.

Укажите правильное ортопедическое лечение.

- А) Полная санация полости рта.
- Б) Перелечивание всех ранее леченных зубов.
- В) Изготовление бюгельных протезов.
- Г) Установка брекет-систем.

71. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 48 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 1.8 и 2.8 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 на 3-4 мм. Отмечаются симптомы пародонтита на верхней и нижней челюстях в области всех зубов. Укажите правильный план ортопедического лечения.

1. лечение пародонтита и вставить коронки на фронтальной группы зубов нижней челюсти
2. удалять подвижные, стертые зубы, вставлять протезы на фронтальной группы зубов нижней челюсти
3. вставить металлокерамические коронки в фронтальной группы зубов нижней челюсти
4. лечение пародонтита и шинировать все зубы фронтальной группы зубов нижней челюсти

72. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная В. 65 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 3 года назад. Объективно при осмотре: Оставшиеся зубы на верхней челюсти не имеют подвижности зубов. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. На нижней челюсти имеется только 42,4131,32 Отмечается истирание фронтальной группы зубов верхней и нижней челюсти на  $\frac{1}{3}$ . Отмечается подвижность 4.2,41, 3.1, 3.2 зубов 4 степени. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии – уменьшена на 6-8 мм. Отмечаются симптомы пародонтита нижней челюстях в области всех зубов Укажите правильный план ортопедического лечения.

1. Удалить нижние подвижные зубы и протезировать
2. шинировать подвижные зубы, протезировать
3. вставить на нижние зубы штампованные консольные коронки
4. вставить коронки на 4.2,41, 3.1, 3.2, протезировать

73. Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5,3.6, 3.7 отсутствуют. Определите возможность изготовления мостовидного протеза с опорой на 3.4, 3.8 зубы.

- 1 можно сделать имплант на 3б зуба и вставить мостовидный протез
- 2 показано изготовление керамического мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы.
- 3 показано изготовление пластмассового мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы.
- 4 Не показано изготовление мостовидного протеза с опорой на 3.8 и 3.4 зубы, так как протяженность тела протеза более двух зубов. Протеза такой протяженности вызовет перегрузку опорных зубов и их скорую утрату

74. Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5,3.6, 3.7 отсутствуют.

Перечислите клинично-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.

1. препарирование опорных зубов, снятие оттисков, изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска, отливка, примерка в полости рта, полировка, фиксация

2. препарирование опорных зубов, снятие оттисков, изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска, примерка в полости рта, полировка, фиксация, отливка
- 3.препарирование опорных зубов, изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска, примерка в полости рта, полировка, фиксация, отливка, снятие оттисков
- 4.препарирование опорных зубов, примерка в полости рта, полировка, фиксация, отливка, снятие оттисков изготовление гипсовых моделей, моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска,

75. Пациент Ж., 38 лет, явился с жалобами на отсутствие 3.5, 3.6, 3.7 зубов, затрудненное пережевывание пищи, косметический дефект. При обследовании выявлено: 3.4 и 3.8 зубы интактные. 3.5,3.6, 3.7 отсутствуют. Определите возможность изготовления мостовидного протеза с опорой на 3.4, 3.8 зубы Укажите материалы, применяемые при изготовлении мостовидных протезов

1 золото,никель,СПС

2 пластмасса,нержавейка,НХС

3 СПС, сплавы золота, ХКС, НХС

4 керамика,сплав,ХКС

76. Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы. Укажите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы

1 С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит цельнолитая конструкция

2 С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит пластмассовая штифтовая конструкция

3 С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить керамические протезы, в основе которых лежит керамическая конструкция

4 С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить металлические протезы, в основе которых лежит пластмассовая конструкция

77. Пациент Р., 35 лет, явился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронки 2.1, 1.1, 1.2 зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 4 мм. Определите план лечения

1. Удаление 1.1 зуба. Изготовление штифтовой культевой вкладки. Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах. Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы. Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах. Фиксация мостовидного протеза. Снятие слепков для изготовления культевых вкладок. Формирование каналов под вкладку.

2 Удаление 1.1 зуба. Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах. Изготовление штифтовой культевой вкладки. Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах. Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы. Фиксация мостовидного протеза. Формирование каналов под вкладку. Снятие слепков для изготовления культевых вкладок.

3 Удаление 1.1 зуба. Изготовление штифтовой культевой вкладки. Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах. Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы. Формирование каналов под вкладку. Снятие слепков для изготовления культевых вкладок. Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах. Фиксация мостовидного протеза

4 Удаление 1.1 зуба. Раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах. Формирование каналов под вкладку. Снятие слепков для изготовления культевых вкладок. Изготовление штифтовой культевой вкладки. Фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах. Снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы. Фиксация мостовидного протеза.

78. Пациент Р., 35 лет, явился к стоматологу с жалобами на косметический дефект в области 2.1, 1.1, 1.2 зубов. При обследовании врач обнаружил отлом коронки 2.1, 1.1, 1.2 зубов, оставшаяся часть 2.1 и 1.2 зубов выступает над уровнем десны до 3 мм, корневые каналы запломбированы. Отлом коронки 1.1 зуба произошел ниже уровня десны на 4 мм. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

1 Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, моделирование и отливка каркаса, примерка каркаса в полости рта, облицовка каркаса в полости рта, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, фиксация.

2 Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, фиксация, примерка каркаса в полости рта, облицовка каркаса в полости рта, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, моделирование и отливка каркаса

3 Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, фиксация, моделирование и отливка каркаса, облицовка каркаса в полости рта, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, примерка каркаса в полости рта,

4 Препарирование зубов, снятие силиконового слепка, отливка модели, фиксация, моделирование и отливка каркаса, примерка каркаса в полости рта, примерка в полости рта, припасовка по прикусу, глазуровка, облицовка каркаса в полости рта,

79. Пациент С., 42 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи на правой стороне. При обследовании выявлено отсутствие 1.5, 1.6 зубов. Пациенту решено изготовить цельнолитой металлический мостовидный протез с опорой на 1.4, 1.7 зубы. Укажите сплавы металлов, применяемых при изготовлении цельнолитых металлических протезов.

1 Медные сплавы – «Дентитан», «Реманиум СД»; кобальтохромовый сплав – «Целлит – К»; никелевые сплавы – «Вирон», «Целлит – Н».

2 Кобальтовые сплавы – «Дентитан», «Реманиум СД»; кобальтохромовый сплав – «Целлит – К»; никелевые сплавы – «Вирон», «Целлит – Н».

3 металлические сплавы – «Дентитан», «Реманиум СД»; кобальтохромовый сплав из золото – «Целлит – К»; никелевые сплавы – «Вирон», «Целлит – Н».

4 сплавы из нержавеющей стали – «Дентитан», «Реманиум СД»; кобальтохромовый сплав из золото – «Целлит – К»; никелевые сплавы – «Вирон», «Целлит – Н».

80. Пациент С., 42 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи на правой стороне. При обследовании выявлено отсутствие 1.5, 1.6 зубов. Пациенту решено изготовить цельнолитой металлический мостовидный протез с опорой на 1.4, 1.7 зубы. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку – опору мостовидного протеза.

1. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма трапеции (конвергенция 5-7°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, поверхности неровные, плавно переходят с одной поверхности на другую, одноименные поверхности культей зубов под опорные коронки мостовидного протеза должны быть параллельны друг другу.



2. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма трапеции (конвергенция  $5-7^\circ$ ), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, поверхности неровные, одноименные поверхности культей зубов под опорные коронки мостовидного протеза должны быть параллельны друг другу.
3. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма конуса (конвергенция  $5-7^\circ$ ), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую, одноименные поверхности культей зубов под опорные коронки мостовидного протеза должны быть параллельны друг другу.
4. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма трапеции (конвергенция  $5-7^\circ$ ), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, поверхности неровные, одноименные поверхности культей зубов под опорные коронки мостовидного протеза должны быть не параллельны друг другу.

81. Пациент Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие 4.6 зуба и затруднение жевания. При осмотре: 4.6 зуб отсутствует, имеется стирание окклюзионной поверхности 4.5, 4.7 зубов, обусловленной наличием металлического штампованного протеза на зубах-антоганистах. От депульпирования зубов пациент отказался. Пациенту решено изготовить металлический штампованный мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 зубы. Перечислите этапы изготовления металлического мостовидного протеза.

1 Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зубы, припасовка коронок на опорные зубы, снятие оттиска с опорными коронками, отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза.

2 Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зубы, припасовка коронок на опорные зубы, отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза. фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, снятие оттиска с опорными коронками,

3 Одонтопрепарирование, снятие оттисков, , фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зуб, снятие оттиска с опорными коронками, отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза припасовка коронок на опорные зубы отливка гипсовых моделей

4 Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, , контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зубы, припасовка коронок на опорные зубы, , отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза снятие оттиска с опорными коронками изготовление штампа

82. Пациент Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие 4.6 зуба и затруднение жевания. При осмотре: 4.6 зуб отсутствует, имеется стирание окклюзионной поверхности 4.5, 4.7 зубов, обусловленной наличием металлического штампованного протеза на зубах-антоганистах. От депульпирования зубов пациент отказался. Пациенту решено изготовить металлический штампованный мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 зубы. Определите алмазными борами этапы одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку

1. Алмазные боры (, цилиндрические, шаровидные, ромбовидные, оливовидные конусовидные и др.).
2. Алмазные боры (конусовидные, цилиндрические, шаровидные, ромбовидные, оливовидные и др.).

3. Алмазные боры (конусовидные, шаровидные, ромбовидные, оливовидные цилиндрические, и др.).
4. Алмазные боры (конусовидные, цилиндрические, шаровидные, ромбовидные, оливовидные и др.).

83. Пациент Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие 4.6 зуба и затруднение жевания. При осмотре: 4.6 зуб отсутствует, имеется стирание окклюзионной поверхности 4.5, 4.7 зубов, обусловленной наличием металлического штампованного протеза на зубах-антагонистах. От депульпирования зубов пациент отказался. Пациенту решено изготовить металлический штампованный мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 зубы. Определите показания к изготовлению металлического штампованного мостовидного протеза.

1 Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с помощью протезирования на имплантате, патологическая стираемость, с целью шинирования

2 Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с заболеваниями парадонта, патологическая стираемость, с целью шинирования

3 Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с заболеваниями десны, то есть при гингивите,

4 Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с аллергическими заболеваниями, патологическая заболелание крови

84. Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок

1. Нарушение формы и цвета коронок циркониевых зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание 3 степени, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям

2 Нарушение формы и цвета коронок пластмассовых зубов (кариес 2 класса по Блэку, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.

3 Нарушение формы и цвета коронок зубов изготовленные из золото (кариес 4 класса по Блэку, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.

4 Нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, по эстетическим требованиям.

85. Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку. Укажите противопоказания к изготовлению металлокерамических коронок.

1. возраст выше 60 лет, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта средней степени.
2. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени.
3. возраст выше 50 лет, глубокие аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени
4. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком кариесе жевательных зубов, резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, заболевания пародонта тяжелой степени

86. Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку. Укажите снимаемую толщину твердых тканей зуба, снимаемых под металлокерамическую коронку.

1. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,5-1,7-2 мм
2. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,4-1,6-2 мм
3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм
4. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,6-1,8-2 мм

87. Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку. Укажите разновидности пришеечных уступов, формируемых при препарировании зуба под металлокерамические коронки.

1. Следующие виды уступов:

- а) под углом 135°
- б) под углом 90°
- в) под углом 90° со скосом 45°
- г) желобообразный уступ
- д) символ уступа

1. Следующие виды уступов:

- а) под углом 140°
- б) под углом 80°
- в) под углом 80° со скосом 45°
- г) желобообразный уступ

д) символ уступа

1. Следующие виды уступов:

а) под углом  $145^\circ$

б) под углом  $100^\circ$

в) под углом  $100^\circ$  со скосом  $50^\circ$

г) желобообразный уступ

д) символ уступа

1. Следующие виды уступов:

а) под углом  $155^\circ$

б) под углом  $105^\circ$

в) под углом  $105^\circ$  со скосом  $55^\circ$

г) желобообразный уступ

д) символ уступа

88. Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку. . Укажите методику снятия слепков под металлокерамические коронки.

1. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Он состоит из следующих этапов: снятие предварительного оттиска (первый слой) и получения окончательного уточненного оттиска (второй слой). Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

2. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Он состоит из следующих этапов: снятие предварительного оттиска. Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой гипсового материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

3. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Он состоит из следующих этапов: снятие предварительного оттиска (первый слой) и получения окончательного уточненного оттиска (второй слой). Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой воскового материала. Окончательный оттиск получают более жидкой гипсовой массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка.

4. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Он состоит из следующих этапов: снятие предварительного оттиска (первый слой) и получения окончательного уточненного оттиска (второй слой). Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой «Упена». Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, силикатной материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

89. Пациент А., 32 лет, явился с жалобами на откол коронки 3.2 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. По рентгенограмме корневой канал запломбирован, периапикальных изменений не выявлено. Укажите материалы применяемые, при изготовлении культевой штифтовой вкладки

1. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба анкерным штифтом и композитом, изготовление штифтового зуба.
2. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба пласмассовым штифтом и композитом, изготовление штифтового зуба.
3. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба анкерным штифтом и цементом, изготовление штифтового зуба.
4. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба медным штифтом и композитом, изготовление штифтового зуба.

90. Пациент А., 32 лет, явился с жалобами на откол коронки 3.2 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. По рентгенограмме корневой канал запломбирован, периапикальных изменений не выявлено. Перечислите клинико-лабораторные этапы восстановления 3.2 зуба культевой штифтовой вкладкой непрямым методом.

1. 1) Клинический. Подготовка корня, распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска. Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей культю из металла
- 2) Клинический. Припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков). Лабораторный.. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культы из металла);
- 3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.

2. 1) Клинический. Припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков).

Лабораторный. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культы из металла);

2) Клинический. Подготовка корня, распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска. Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей культю из металла.

3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.

3. 1) Клинический. Подготовка корня, распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска. Лабораторный. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культы из металла);

2) Клинический. Припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков). Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей культю из металла.

3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.

4.1) Клинический. Припасовка и фиксация распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска.

Лабораторный. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культы из металла);

2) Клинический. Подготовка корня, на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков).

Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей культю из металла.

3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.

91. Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек

корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб. Укажите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки

1. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, , припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок. отбеливание, шлифовка, полировка
3. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, в, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок. моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов
4. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, припасовка коронок в полости рта, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, окончательная припасовка и фиксация коронок.

92. Пациент О., 47лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на  $3\frac{3}{4}$ , зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб. Укажите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.

1. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы:

- нержавеющая сталь
- серебрянно-палладивый сплав
- сплав золота 553 пробы
- 

2. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы:

- нержавеющая кобальт
- серебрянной сплав
- сплав золота 900 пробы

3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы:

- нержавеющая сталь
- серебрянно-палладивый сплав
- сплав золота 750 пробы

4. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы:

- нержавеющая сталь
- серебрянно-палладивый сплав
- сплав золота 900 пробы

93. Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб. Укажите оттисковые массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки

1. Гипсы для рабочего и вспомогательного оттисков.
2. Альгинатные оттисковые массы для рабочего и вспомогательного оттисков.
3. Пластмассовые массы для рабочего и вспомогательного оттисков.
4. Силиконовые оттисковые массы для рабочего и вспомогательного оттисков

94. Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3\4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб. Укажите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.

1. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбоксилатные цементы, цементы двойного отверждения.
2. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, фторосодержащие цементы, цементы двойного отверждения.
3. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, быстротвердеющие цементы, цементы двойного отверждения.
4. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, кокарбоксилатные цементы, цементы двойного отверждения.

95. Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1\2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет. Определите план лечения для устранения эстетического дефекта 2.1 зуба.

1. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки а) изготовление искусственной коронки.: б) подготовка канала, в) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, г) отливка вкладки из металла, д) припасовка вкладки, е) фиксация на цемент,
2. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки: а) подготовка канала, б) отливка вкладки из металла, в) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, г) припасовка вкладки, д) фиксация на цемент, е) изготовление искусственной коронки.
3. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки: а) подготовка канала, б) припасовка вкладки, в) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки из металла, г) д) фиксация на цемент, е) изготовление искусственной коронки.
4. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки: а) подготовка канала, б) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, в) отливка вкладки из металла, г) припасовка вкладки, д) фиксация на цемент, е) изготовление искусственной коронки.

96. Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1\2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет. Укажите материалы, применяемые для изготовления металлокерамической коронки.

1. Кобальтовые сплавы - «Дегуфил», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- « Целлит – К», никелевые сплавы- «Вирон», « Целлит –12». Керамические массы.
2. Кобальтовые сплавы - «Мегафил», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- « Целлит – К», никелевые сплавы- «Вирон», « Цемион –Н». Керамические массы.
3. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Эвикрол», кобальтохромовый сплав- « Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», « Целлит –М». Керамические массы.
4. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- « Целлит – К», никелевые сплавы- «Вирон», « Целлит –Н». Керамические массы.

97. Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1\2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет. Укажите виды оттисковых масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.

1. Силиконовые или альгинатные оттисковые массы для рабочего оттиска, поливинилсилоксановые слепочные массы для вспомогательного оттиска
2. Силиконовые или гипсовые оттисковые массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска.
3. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттисковые массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска
4. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттисковые массы для рабочего оттиска, восковые слепочные массы для вспомогательного оттиска

98. Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1\2, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет. Определите клинические этапы изготовления металлокерамической коронки.

1. а) Одонтопрепарирование, б) снятие силиконового двухслойного оттиска, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, д) фиксация коронки е). припасовка коронки в полости рта,
- 2а) Одонтопрепарирование, б) снятие силиконового двухслойного оттиска, в) фиксация коронки г) выбор цвета, д) припасовка коронки в полости рта, е) припасовка колпачка
- 3.а) Одонтопрепарирование, б) снятие силиконового двухслойного оттиска, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, д) припасовка коронки в полости рта, е) фиксация коронки.
- 4а) Одонтопрепарирование, б) фиксация коронки в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, д) припасовка коронки в полости рта, е) снятие силиконового двухслойного оттиска

99. Определите к чему может привести изготовление бюгельного протеза без изучения моделей на параллеломере:

- 1) к неправильному выбору опорно-удерживающих кламмеров
- 2) при наложении протез может не фиксироваться на челюсти
- 3) к неправильному расположению дуги протеза
- 4) правильные ответы 1, 2;

100. Укажите что такое параллеломер?

- 1) прибор для определения экватора опорных зубов
- 2) прибор для определения местоположения дуги бюгельного протеза
- 3) прибор для определения параллельности поверхностей антогонирующих зубов



4) прибор для создания параллельных поверхностей опорных зубов в процессе их препарирования

101. Укажите какую функцию выполняет опорно-удерживающий кламмер?

- 1) удерживает протез
- 2) опирается на опорный зуб, передает часть жевательного давления
- 3) удерживает протез, передает часть жевательного давления на опорный зуб
- 4) косметико-эстетическую функцию

102. Укажите какую функцию выполняет окклюзионная накладка?

- 1) передает часть нагрузки на опорный зуб, располагаясь на вестибулярной и оральной поверхностях зубов
- 2) передает часть нагрузки на опорный зуб, располагаясь в продольной межбугорковой борозде
- 3) удерживает протез, располагаясь в продольной борозде опорного зуба
- 4) удерживает протез располагаясь на вестибулярной и оральной поверхностях зуба

103. Как располагается дуга бюгеля на нижней челюсти?

- 1) располагается с язычной стороны, посередине между дном полости рта и уровне десневого края параллельно слизистой оболочке альвеолярной части, отставая от нее на 1-1,2 мм
- 2) располагается с язычной стороны, посередине между дном полости рта и уровнем десневого края
- 3) располагается с язычной стороны, посередине между дном полости рта и уровнем десневого края, отставая от него на 2,5-3 мм
- 4) располагается с язычной стороны, посередине между дном полости рта и уровнем десневого края, а расстояние между слизистой оболочкой и бюгелем значения не имеет

104. Как располагается дуга бюгеля на верхней челюсти?

- 1) в конце средней линии или начальной трети неба поперечно, отставая от нее на 2 мм
- 2) располагается поперечно в конце средней или начальной задней трети неба отставая на 1 мм
- 3) располагается поперечно в конце передней трети неба, отставая на 1 мм от нее
- 4) располагается в конце передней трети неба поперечно, отставая от нее на 2 мм;

105. Какие элементы шинирующих бюгельных протезов перераспределяют жевательное давление?

- 1) бюгель (дуга)
- 2) опорно-удерживающий кламмер
- 3) система многозвеньевых кламмеров
- 4) бюгель и система многозвеньевых кламмеров

106. Какие ошибки могут быть при проверке восковой конструкции протеза в полости рта?

- 1) искусственные зубы смыкаются, а естественные разобщены
- 2) передние зубы находятся в окклюзии, а между боковыми зубами имеется щель или наоборот
- 3) размер, форма и цвет искусственных зубов не соответствует естественным зубам

4) правильные ответы 1, 2, 3, 4;

107. Что является решающей ролью для фиксации частичных съемных протезов:

- 1) адгезия, прилипаемость
- 2) прилипаемость, адгезия и анатомическая ретенция
- 3) анатомическая ретенция, анатомические образования на верхней и нижней челюстях
- 4) механические приспособления (фиксаторы) прямые и непрямые кламмеры, аттачмены всех систем (замковые соединения)

108. Определите характеристика атрофии 2 типа по Шредеру:

- 1) средняя степень атрофии, альвеолярный отросток сохранен, переходная складка расположена ближе к вершине альвеолярного отростка
- 2) резкая равномерная атрофия, бугры верхней челюсти отсутствуют, небо плоское, переходная складка расположена в одной плоскости с твердым небом
- 3) хорошо сохранившийся альвеолярный отросток, свод твердого неба глубокий, переходная складка расположена высоко
- 4) резкая атрофия в области жевательных зубов, при умеренной сохранности альвеолярных отростков в переднем отделе

109. Определите характеристика атрофии 4 типа по Оксману:

- 1) беззубые челюсти с неравномерной атрофией обеих челюстей
- 2) беззубые челюсти с высокими альвеолярными отростками, выраженные верхнечелюстные бугры, глубокий свод
- 3) средняя степень атрофии альвеолярных отростков и верхнечелюстных бугров, умеренная глубина твердого неба и переходной складки
- 4) равномерная резкая атрофия альвеолярных отростков, верхнечелюстных бугров и уплощенный свод неба

110. Определите характеристика состояния слизистой оболочки протезного ложа 4 класса по Суппле:

- 1) идеальное ложе (податливая)
- 2) твердое ложе (атрофированная)
- 3) мягкое ложе (разрыхленная)
- 4) ложе в подвижной слизистой оболочкой

111. Укажите топографию линии "А":

- 1) передняя треть твердого неба
- 2) средняя треть твердого неба
- 3) задняя треть твердого неба
- 4) место перехода твердого неба на мягкое небо

112. Определите какой метод фиксации полных съемных протезов является наилучшим?

- 1) механический
- 2) физический
- 3) биологический
- 4) биофизический

113. Каково роль слюны для фиксации полных съемных пластиночных протезов?

- 1) нарушает образование разряженного пространства

между базисом протеза и поверхностью слизистой оболочки

- 2) слюна, смачивая ровно прилегающие поверхности, обеспечивает лучшую прилипаемость протеза
- 3) слюна не оказывает никакого влияния на степень фиксации протеза
- 4) правильные ответы 1, 3

114. Какие приспособления и факторы используют для физической фиксации протеза?

- 1) специальные приспособления - присоски
- 2) явление адгезии и прилипаемости
- 3) использование магнитов
- 4) правильные ответы 1, 2, 3

115. Какие недостатки присущи физическому методу фиксации полных съемных протезов?

- 1) гипертрофия слизистой в области присасывающей камеры
- 2) разбухание резинового диска-присоса и нарушение плотности прилегания базиса к небу
- 3) использование магнитов увеличивающих вес протеза, постоянно под напряжением находятся жевательные мышцы и при боковых движениях челюсти фиксирующие действия магнитов ослабевают
- 4) правильные ответы 1, 2, 3

116. В чем заключается определение центрального соотношения челюстей?

- 1) в определении положения нижней челюсти по отношению к верхней в вертикальной плоскости
- 2) в определении положения нижней челюсти по отношению к верхней в сагитальной плоскости
- 3) в определении положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех взаимоперпендикулярных плоскостях - вертикальной, сагитальной, трансверзальной
- 4) в определении положения нижней челюсти по отношению к верхней в трансверзальной плоскости;

117. Укажите какие ошибки допускаются при определении высоты прикуса в положении центральной окклюзии?

- 1) занижение прикуса
- 2) фиксация боковой окклюзии
- 3) завышение прикуса
- 4) правильные ответы 1, 3;

118. Укажите к чему приводит неправильное нанесение средней (центральной) линии на прикусном валике?

- 1) смещение зубов влево или вправо
- 2) эстетический недостаток
- 3) ни на чем не отражается
- 4) затрудняет постановку зубов

119. Укажите какие лицевые признаки характеризуют занижение высоты прикуса?

- 1) угол рта опущен
- 2) носогубные складки выражены
- 3) подбородок слегка выступает, нижняя треть лица уменьшена
- 4) правильные ответы 1, 2, 3;

120. Определите с какой целью наносится линия улыбки при изготовлении полных съемных протезов?

- 1) для правильного расположения клыков и фронтальных зубов
- 2) с целью правильного расположения шейки верхних зубов
- 3) с целью правильного расположения нижних передних зубов
- 4) правильные ответы 1, 3

121. Определите первую зону податливости по Люнду?

- 1) задняя треть твердого неба
- 2) альвеолярный отросток
- 3) участок твердого неба в области поперечных складок
- 4) область сагиттального шва

122. Определите третью зону податливости слизистой оболочки по Люнду?

- 1) задняя треть твердого неба
- 2) альвеолярный отросток
- 3) участок твердого неба в области поперечных складок
- 4) область сагиттального шва

123. Определите первый класс состояния слизистой оболочки беззубой челюсти по Суппле?

- 1) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки расположенных продольно и легко смещающихся при давлении
- 2) альвеолярный отросток и задняя треть твердого неба покрыта разрыхленной слизистой оболочкой
- 3) наличие атрофированной слизистой оболочки покрывающий альвеолярный отросток и небо тонким как бы натянутым слоем
- 4) хорошо выраженные альвеолярные отростки покрытые равномерным слоем, слегка податливой слизистой оболочкой

124. Укажите второй класс состояния слизистой оболочки беззубой челюсти по Суппле?

- 1) наличие подвижных тяжей слизистой оболочки расположенных продольно и легко смещающихся при давлении
- 2) альвеолярный отросток и задняя треть твердого неба покрыта разрыхленной слизистой оболочкой
- 3) наличие атрофированной слизистой оболочки покрывающий альвеолярный отросток и небо тонким как бы натянутым слоем
- 4) хорошо выраженные альвеолярные отростки покрытые равномерным слоем, слегка податливой слизистой оболочкой

125. Определите металлические базисы применяются:

- 1) у больных с бруксизмом
- 2) при непереносимости фарфора
- 3) при частых поломках пластмассового базиса
- 4) правильные ответы 3, 4;

126. Определите какие ортопедические конструкции применяются при лечении генерализованных пародонтитов с интактными зубными рядами)?

- 1) бюгельные шинирующие протезы
- 2) мостовидные протезы и съемные частичные пластиночные протезы
- 3) съемные шинирующие бюгельные протезы с многозвеньевыми кламмерами и вестибулярными отростками
- 4) цельнолитые съемные шины с опорно-удерживающими и многозвеньевыми кламмерами, цельнолитые или спаянные экваторные (колпачковые) коронки;

127. Определите задачами ортопедического лечения генерализованного пародонтита, осложненного частичной вторичной адентией, являются:

- 1) объединение в единый блок и проведение иммобилизации всех зубов каждой челюсти
- 2) равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов
- 3) недопущение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, особенно граничащих с дефектом, с седловидной частью шины-протеза
- 4) все ответы правильные;

128. Укажите какие методы лечения эффективны при заболеваниях пародонта?

- 1) терапевтические методы лечения
- 2) хирургические методы лечения
- 3) ортопедические методы лечения
- 4) комплексные методы лечения: терапевтические, физиотерапевтические, хирургические, ортодонтические, ортопедические

129. Жевательные коэффициенты, предложенные Н.И. Агаповым, получены на основании анализа:

1. атрофии костной ткани и подвижности зуба
  2. подвижности зуба и его местоположения
  3. местоположения зуба и его строения
  4. строения зуба и его антагонистов
- 

130. Жевательная проба СЕ. Гельмана показывает:

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

131. Центральная окклюзия определяется признаками:

1. лицевым, глотательным, зубным
  2. зубным, суставным, мышечным
  3. язычным, мышечным, зубным
  4. зубным, глотательным, лицевым
- 

132. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

1. центральной
  2. боковой левой
  3. передней
  4. дистальной
- 

133. Окклюзия - это:

1. всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
  2. положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
  3. всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
  4. соотношение беззубых челюстей
-

134. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:

1. артикулятор
  2. функциограф
  3. гнатодинамометр
  4. параллеломер
- 

135. К патологическим видам прикуса относятся:

1. бипрогнатический
  2. глубокий
  3. ортогнатический
  4. прямой
- 

136. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

1. латеральных крыловидных
  2. медиальных крыловидных
  3. передним отделом двубрюшной мышцы
  4. челюстно-подъязычной
- 

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

1. 10
  2. 17
  3. 26
  4. 33
- 

138. Суставной признак центральной окклюзии - суставная головка находит

1. на середине ската
  2. у основания ската
  3. на вершине
  4. на любом участке ската
- 

139. К физиологическим видам прикуса относятся:

1. бипрогнатический
  2. глубокий
  3. прогнатический
  4. перекрестный
- 

140. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

1. mylohyoideus
  2. temporalis
  3. digastricus
  4. pterygoideus lateralis
- 

141. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

1. артикуляция
  2. окклюзия
  3. прикус
  4. межальвеолярная высота
- 

142. К физиологическим видам прикуса относится:

1. глубокий
  2. открытый
  3. прямой
  4. прогенический
- 

143. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только на:

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

144. Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:

1. чрезмерная конусность культи зуба
2. чрезмерная толщина литого каркаса
3. усадка металла при литье
4. некачественное литье

---

145. При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают:

1. полукоронкой
2. экваторной коронкой
3. штифтовой конструкцией
4. Съёмным протезом

---

146. При штамповке коронки необходимо изготовить штампы:

1. один из гипса и один из легкоплавкого металла
2. один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
3. два из гипса и один из легкоплавкого металла
4. два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла

---

147. 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

---

148. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:

1. полировка
2. глазурирование
3. припасовка на модели
4. заключительный обжиг

---

149. Основные параметры функциональной ценности зуба:

1. воспаление десны и цвет зуба
2. цвет и размер зуба
3. атрофия кости и подвижность зуба
4. подвижность зуба и зубные отложения

---

150. Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок на (в мм):

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

---

151. 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. обеих челюстей

---

152. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

1. супрагингивально
2. на уровне края десны
3. субгингивально на вестибулярной поверхности
4. не формируется

---

153. 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

---

154. Штифтовой зуб с вкладкой (по автору):

1. Логана
-

2. Ричмонда
  3. Ахметова
  4. Ильиной-Маркосян
- 

155. Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является:

1. подвижность зуба третьей степени
  2. значительное разрушение коронки зуба
  3. подвижность зуба первой степени
  4. наклон зуба
- 

156. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

1. циркулярный уступ под углом  $135^\circ$
  2. циркулярный уступ под углом  $90^\circ$
  3. уступ-скос под углом  $135^\circ$  только с вестибулярной стороны
  4. уступ-скос под углом  $90^\circ$  только с вестибулярной стороны
- 

157. Штифтовой зуб по Ричмонду - это конструкция:

1. с вкладкой
  2. фабричного изготовления
  3. с наружным кольцом
  4. с надкорневой защиткой
- 

158. При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет:

1.  $1/3$
  2.  $1/2$
  3.  $2/3$
  4. всю длину корня
- 

159. Препарирование зубов под литые коронки производят:

1. металлическими фрезами
  2. алмазными головками
  3. карборундовыми фрезами
  4. карборундовыми дисками
- 

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

1. гипсовой модели
  2. гипсовом столбике
  3. металлическом штампе
  4. разборной гипсовой модели
- 

161. Для припасовки металлокерамической коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:

1. гипсовой модели
  2. гипсовом столбике
  3. металлическом штампе
  4. разборной гипсовой модели
- 

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

1. силиконовой
  2. альгинатной
  3. фторкаучуковой
  4. термопластичной
- 

163. 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
- 

164. 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. после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- 

165. 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
- 

166. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

1. цельнолитые, полимеризованные, паяные
  2. паяные, пластмассовые, комбинированные
  3. комбинированные, металлические, неметаллические
  4. неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- 

167. Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима, чтобы:

1. получить точный отпечаток поддесневой части зуба
  2. получить точный отпечаток наддесневой части зуба
  3. остановить кровотечение
  4. обезболить десневой край
- 

168. Показания к изготовлению составного мостовидного протеза:

1. подвижность опорных зубов
  2. концевой дефект зубного ряда
  3. большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект
  4. большая протяженность дефекта зубного ряда
- 

169. Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления:

1. цельнолитые, полимеризованные, паяные
  2. паяные, пластмассовые, комбинированные
  3. комбинированные, металлические, неметаллические
  4. неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- 

170. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1. виниром
  2. фасеткой
  3. вкладкой
  4. коронкой
- 

171. По функции различают искусственные коронки:

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

172. Показанием к изготовлению штифтового зуба является:

1. отлом угла режущего края зуба
  2. разрушение корня зуба на 1/2
  3. кариозная полость I класса по Блэку
  4. разрушение коронки зуба на уровне десны
- 

173. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1. дефект коронковой части зуба
  2. патологическая стираемость
  3. пародонтит тяжелой степени
  4. включенный дефект зубного ряда
- 

174. Окклюзионная кривая - это линия, проведенная:

1. по контактным поверхностям зубов
  2. по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров
-

3. по проекции верхушек корней зубов
4. от козелка уха до угла крыла носа

---

175. Двухслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

1. альгинатных
2. твердокристаллических
3. силиконовых
4. термопластических

---

176. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее (в мин):

1. 5
2. 15
3. 40
4. 60

---

177. Альгинатную слепочную массу замешивают на:

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

---

178. Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы золота пробы:

1. 375
2. 583
3. 750
4. 900

---

179. Анатомическая шейка зуба соответствует:

1. переходу эмали в цемент корня
2. границе над- и поддесневой частей зуба
3. экватору зуба
4. дну зубодесневого желобка

---

180. За степень атрофии лунки зуба принимается размер, полученный при зондировании патологического зубодесневого кармана в области:

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

---

181. Объективное исследование пациента начинают с:

1. опроса
2. осмотра слизистой оболочки
3. заполнения зубной формулы
4. внешнего осмотра

---

182. При отломе коронковой части зуба на уровне десны зуб восстанавливают:

1. полукоронкой
2. экваторной коронкой
3. штифтовой конструкцией
4. съемным протезом

---

183. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

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

---

184. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

1. репин
  2. цементы
-

3. масляный дентин
4. водный дентин

- 
185. Металлокерамическая коронка относится к:
1. комбинированным
  2. металлическим
  3. неметаллическим
  4. сочетанным

- 
186. При препарировании зуба под фарфоровую коронку предпочтительным является уступ:
1. прямой
  2. скошенный
  3. скошенный с вершиной
  4. прямой со скошенным краем

- 
187. Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и стенками культи зуба с помощью:
1. разогретого воска
  2. альгинатных слепочных масс
  3. корригирующих силиконовых слепочных масс
  4. жидкого гипса

- 
188. На культевую вкладку можно изготовить коронку:
1. только штампованную
  2. только фарфоровую
  3. только пластмассовую
  4. любую из существующих

- 
189. Нарушение температурного режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки вызывает:
1. увеличение размера коронки
  2. уменьшение размера коронки
  3. образование газовой пористости
  4. нарушение целостности

- 
190. При изготовлении цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:
1. 375
  2. 583
  3. 750
  4. 900

- 
191. Для облицовки металлопластмассовых коронок используются:
1. синма М
  2. акрилоксид
  3. этакрил
  4. протакрил

- 
192. Физиологические виды прикуса:
1. глубокий, прямой
  2. прямой, ортогнатический
  3. ортогнатический, перекрестный
  4. перекрестный, прогнатический

- 
193. Величина жевательного коэффициента по Н.И. Агапову зависит от:
1. подвижности зуба
  2. наличия пломб на окклюзионной поверхности
  3. степени атрофии
  4. величины коронковой части зуба

- 
194. По Н.И. Агапову, величина жевательного коэффициента зависит от:
1. подвижности и местоположения зуба
  2. наличия пломб на окклюзионной поверхности
-

3. количества корней и величины коронковой части зуба
4. наличия патологических изменений в периапикальных тканях

---

195. Вкладки используются для:

1. восстановления полностью разрушенной коронки зуба
2. шинирования зубов
3. восполнения дефекта зубного ряда
4. опоры мостовидных протезов

---

196. Противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является:

1. патологическая стираемость твердых тканей
2. подвижность зуба третьей степени
3. наличие гиперестезии
4. снижение высоты нижнего отдела лица

---

197. Телескопическая коронка используется для:

1. фиксации консольного мостовидного протеза
2. шинирования зубов
3. профилактики патологической стираемости
4. фиксации съемного мостовидного протеза

---

198. Экваторные коронки используются для:

1. фиксации консольного мостовидного протеза
2. шинирования зубов
3. фиксации бюгельного протеза
4. фиксации съемного мостовидного протеза

---

199. Причина появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного слепка:

1. недостаточное высушивание культы зуба
2. высокая текучесть корригирующего слоя
3. высокая твердость основного (базового) слоя
4. излишняя компрессия при снятии слепка

---

200. Эффект «узкой» литой коронки возникает при:

1. нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
2. моделировке каркаса с помощью адапты
3. уточнении пришеечной области воском при моделировке каркаса
4. отсутствии слоя компенсационного лака

---

201. Эффект «широкой» литой коронки возникает при:

1. снятии слепка без проведения ретракции десны
2. нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
3. уточнении пришеечной области воском при моделировке каркаса
4. препарировании зуба без создания уступа

---

202. Дефекты зубных рядов могут возникать вследствие:

1. заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
2. осложнений кариеса
3. патологической стираемости твердых тканей зубов
4. снижения высоты нижнего отдела лица

---

203. Требования к корням зубов, используемым для штифтовых конструкций:

1. подвижность 2-3 степени
2. канал распломбирован на 1/3
3. расширение периодонтальной щели
4. толщина стенок корня не менее одного миллиметра

---

204. Готовая штампованная коронка должна:

1. иметь толщину 0,5-0,8 мм
  2. плотно прилегать к уступу
  3. соответствовать цвету естественного зуба
  4. восстанавливать контакт с рядом стоящими зубами
-

---

205. Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении:

1. штампованной коронки
2. бюгельного протеза
3. съемного мостовидного протеза
4. цельнолитой коронки

---

206. Показания для изготовления штампованной металлической коронки:

1. изменение цвета зуба
2. повышение высоты нижнего отдела лица
3. ИРОПЗ = 0,9
4. использование зуба для опоры мостовидного протеза

---

207. Метод моделировки литого каркаса металлокерамической коронки:

1. нанесение базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов
2. изготовление трех колпачков из полимерной пленки различной толщины
3. погружение гипсового столбика в разогретый воск с последующей моделировкой
4. изготовление платинового колпачка и нанесение на него воска

---

208. 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
-