

*Раздел 1*  
**ОРГАНИЗАЦИЯ**  
**ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

001. Норматив обеспеченности врачебными кадрами по ортопедической стоматологии в расчете на 10 000 населения
- а) 0.25
  - б) 0.5
  - в) 1.0
  - г) 1.5
  - д) 2.0
002. Оптимальная нагрузка врача-ортопеда, выраженная числом посещений пациентов в день, составляет
- а) 7.0
  - б) 10.0
  - в) 12.0
  - г) 14.0
  - д) 16.0
003. Врач-ортопед по нормативу должен принять в час
- а) 0.5 пациента
  - б) 1.0 пациент
  - в) 1.5 пациента
  - г) 2.0 пациента
  - д) 2.5 пациента
004. Абсолютным показателем к протезированию является потеря жевательной эффективности по Н.А.Агапову
- а) свыше 10%
  - б) 15%
  - в) 20%
  - г) 25%
  - д) 50%
005. Должность медицинской сестры положена на следующее число врачей-ортопедов
- а) 1.0
  - б) 1.5
  - в) 2.0
  - г) 2.5
  - д) 3.0
006. Средние сроки пользования пластиночными зубными протезами
- а) 1 год
  - б) 3 года
  - в) 5 лет
  - г) 7 лет
  - д) 10 лет
007. Срок гарантии на изготовленный зубной протез?
- а) 0.5 года
  - б) 1 год
  - в) 2 года
  - г) 3 года
  - д) 4 года

008. Соотношение должностей врач-зубной техник должно быть

- а) 0.5:1.0
- б) 1.0:1.0
- в) 1.0:2.0
- г) 1.5:2.0
- д) 2.0:3.0

*Раздел 2*  
**КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ  
ГОЛОВЫ И ШЕИ**

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

- а) глубокие шейные лимфатические узлы
- б) блуждающий нерв
- в) внутренняя яремная вена
- г) диафрагмальный нерв
- д) правильные ответы а), б), в)

002. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- а) мышцу, опускающую небную занавеску
- б) мышцу, поднимающую небную занавеску
- в) небно-язычную
- г) язычок
- д) щечную

003. В поднимании нижней челюсти участвуют мышцы

- а) собственно жевательная
- б) медиальная крыловидная
- в) верхняя часть височной
- г) латеральная, крыловидная
- д) все перечисленные

004. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни одно из перечисленных

005. Носовая полость образована

- а) крыльями хрящами
- б) костями носа
- в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- г) хрящем перегородки носа
- д) правильные ответы б) и г)

006. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

- а) от подглазничного нерва
- б) от надблокового нерва
- в) от крыло-небного узла
- г) от переднего решетчатого нерва
- д) от зубного сплетения

007. Носослезный канал состоит

- а) из соединения латерального и максиллярного отростков
- б) от соединения медиального носового и максиллярного отростков
- в) от латерального носового отростка

- г) от медиального носового отростка
- д) от максиллярного отростка

### *Раздел 3*

## **ДИАГНОСТИКА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

001. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является
- а) клинический
  - б) рентгенологический
  - в) биометрический
  - г) реографический
  - д) измерение диагностических моделей челюстей
002. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти дает следующий метод рентгенологического обследования
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография
  - в) ортопантомография
  - г) телерентгенография
  - д) рентгенокинематография
003. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография
  - в) ортопантомография
  - г) телерентгенография
  - д) рентгенокинематография
004. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография
  - в) ортопантомография
  - г) телерентгенография
  - д) рентгенокинематография
005. Для выявления возможности прохождения корневых каналов !б - верхнего левого моляра целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография
  - в) ортопантомография
  - г) телерентгенография
  - д) рентгенокинематография
006. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении соответствия размеров верхней и нижней челюсти является
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография
  - в) ортопантомография
  - г) телерентгенография
  - д) рентгенокинематография
007. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении положения верхней челюсти по отношению к основанию черепа является
- а) дентальная рентгенография
  - б) панорамная рентгенография

- в) ортопантомография
- г) телерентгенография
- д) рентгенокинематография

008. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является

- а) панорамная рентгенография
- б) ортопантомография
- в) телерентгенография
- г) рентгенокинематография
- д) томография височно-нижнечелюстных суставов

009. Вторичные деформации зубных рядов при наличии всех зубов могут возникать

- а) да
- б) нет

010. Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова–Годона, следует дифференцировать

- а) от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
- б) от частичной адентии, осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
- в) от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов

011. В.А.Пономарева выделяет

- а) три формы зубочелюстных деформаций
- б) две формы зубочелюстных деформаций
- в) четыре формы зубочелюстных деформаций

012. К деформации зубных рядов могут приводить следующие патологические процессы

- а) патологическая стираемость
- б) кариес
- в) пародонтит
- г) адентин
- д) лейкоплакия
- е) правильные ответы а),б),в)
- ж) правильные ответы все
- з) правильные ответы а),б),в),г)

013. Деформация зубных рядов прогрессирует

- а) в молодом возрасте
- б) в старческом возрасте
- в) одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте

014. Отношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным

- а) при I форме феномена Попова
- б) при II форме, 2-я группа феномена Попова
- в) при II форме, 1-я группа феномена Попова
- г) при III форме феномена Попова

015. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на 1/2 корня относится (по В.А.Пономаревой)

- а) к I форме
- б) ко II форме, 1-ой группе
- в) ко II форме, 2-ой группе

016. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов
- расширена
  - сужена
  - не изменена
017. В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается
- фиброзная ткань
  - рыхлая соединительная ткань
  - эпителиальная ткань
018. Метод дезокклюзии применяется
- при I форме феномена Попова
  - при II форме феномена Попова
  - при I и II формах феномена Попова
019. При методе дезокклюзии выравнивание окклюзионной поверхности происходит
- за счет вколачивания зубов
  - за счет перестройки костной ткани
020. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют следующие методы
- измерение высоты нижнего отдела лица
  - анализ функциональной окклюзии
  - рентгенологическое исследование
  - электромиографическое исследование
  - правильные ответы а),б),в),г)
  - правильные ответы б),в)
021. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения
- сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
  - гемодинамики
  - движения головок нижней челюсти
  - размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава
022. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии височно-нижнечелюстного сустава производится с целью
- снижения окклюзионной высоты
  - уменьшения нагрузки на пародонт
  - нормализации функциональной окклюзии
  - правильные ответы а),б)
  - правильные ответы а),б),в)
023. Назовите виды окклюзионных кривых
- сагиттальная
  - трансверзальная
  - сагиттальная и трансверзальная
024. Рентгенологическая картина при хронических артритах височно-нижнечелюстного сустава
- расширение суставной щели
  - сужение суставной щели
  - контуры суставной головки нечеткие
  - деформация костных элементов сустава
025. Рентгенологическая картина при артрозах височно-нижнечелюстного сустава
- сужение суставной щели

- б) отсутствие суставной щели
- в) расширение суставной щели
- г) изменение формы костных элементов сустава

026. Характерные признаки острого артрита

- а) боли в суставе постоянные в покое
- б) боли в суставе приступообразные
- в) боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти
- г) открывание рта до 4.5-5.0 см
- д) открывание рта до 0.5-1.0 см
- е) правильные ответы в) и д)
- ж) правильные ответы б), в) и д)

027. Аускультация височно-нижнечелюстного сустава при артрозе и хроническом артрите выявляет

- а) крепитацию
- б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- в) щелкающие звуки
- г) отсутствие суставного шума
- д) правильные ответы а) и в)
- е) правильные ответы а) и б)
- ж) правильные ответы а), б) и в)
- з) правильные ответы б) и в)

028. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть

- а) групповые контакты щечных бугров жевательных зубов
- б) контакт клыков и боковых резцов
- в) контакт резцов и щечных бугров премоляров
- г) контакт резцов
- д) контакт дистальных бугров вторых моляров
- е) контакт щечных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков

029. Окклюзионная коррекция (дайте полный ответ) проводится

- а) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими методами
- б) ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами
- в) методами избирательного сошлифовывания зубов, ортопедическими, ортодонтическими, хирургическими методами

030. Укажите факторы окклюзии

- а) суставной путь
- б) движение Беннета
- в) окклюзионная плоскость
- г) кривая Шпее
- д) кривая Уилсона
- е) величина бугров жевательных зубов
- ж) резцовый путь
- з) расстояние между суставными головками
- и) глотание
- к) жевание
- л) правильные ответы а), б), в), и), к)
- м) правильные ответы а), б), в), г), д), е), ж), з)
- н) правильные ответы а), б), в), д), з), и), к)

031. Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении нижнюю челюсть смещают

- а) дистально
- б) в правую боковую окклюзию

- в) в левую боковую окклюзию
- г) в переднюю окклюзию
- д) открыванием рта в пределах до 1-2 см

032. Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава

- а) нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
- б) ограничить движение нижней челюсти
- в) исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)
- е) правильные ответы а), б) и в)

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

- а) мышечно-суставная дисфункция
- б) артрит
- в) артроз
- г) остеома суставного отростка нижней челюсти

034. Форма зубных рядов в постоянном прикусе

- а) полукруг
- б) трапеция
- в) треугольник
- г) верхнего - полуэллипс, нижнего - парабола

035. Ортогнатический прикус постоянных зубов

характеризует следующий признак

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

036. В основу классификации зубочелюстных аномалий по Энгля положено

- а) принцип соотношения зубных рядов (соотношение 1-х моляров)
- б) принцип аномалии зубов
- в) принцип аномалий челюстей и их анатомических отделов

037. На ортопантограмме получают

- а) развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти
- б) развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти
- в) развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей

038. Аппаратами комбинированного действия являются ортодонтические аппараты

- а) имеющие элементы функциональных аппаратов
- б) имеющие элементы механических аппаратов
- в) имеющие элементы функциональных и механических аппаратов
- г) имеющие резиновую тягу

039. Функциональными называются аппараты

- а) действующие при активации винта
- б) действующие при наложении резиновой тяги

- в) действующие при активации проволоки
- г) действующие при сокращении мускулатуры

040. Вестибулярная дуга используется с целью

- а) для расширения зубного ряда
- б) для протрузии зуба
- в) для перемещения зубов в оральном направлении
- г) для смещения нижней челюсти вперед

041. При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет

- а) половину величины коронки зуба
- б) половину длины корны
- в) 2/3 коронки зуба

042. При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости

- а) горизонтальная
- б) вертикальная
- в) смешанная
- г) компенсированная

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

- а) декомпенсированная
- б) вертикальная
- в) компенсированная
- г) горизонтальная

044. Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется

- а) чрезмерная
- б) компенсированная
- в) горизонтальная
- г) вертикальная
- д) смешанная
- е) декомпенсированная

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

- а) смещением нижней челюсти
- б) ростом альвеолярного отростка челюстей
- в) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава
- г) выдвиганием зубов
- д) ошибкой препарирования

046. Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов

- а) клинический анализ крови
- б) томография височно-нижнечелюстного сустава
- в) биохимический анализ крови
- г) рентгенологическое исследование зубов и челюстей
- д) аллергические пробы
- е) правильные ответы а) и б)
- ж) правильные ответы б) и г)
- з) правильные ответы а),б),в),г)

047. При всех формах патологической стираемости показаны



- ортопедические конструкции
- а) штампованные коронки
- б) цельнолитые протезы
- в) внеротовые лечебные аппараты

048. При 3-й степени патологической стираемости зубов показано применение

- а) пломб
- б) вкладок
- в) культевых коронок
- г) штампованных коронок

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

- а) пластинка с наклонной плоскостью
- б) пластмассовая каппа
- в) пластинка с накусочной площадкой
- г) пластинка с вестибулярной дугой

050. При патологической стираемости твердых тканей зубов полость зуба

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

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

- а) изготовить диагностические модели
- б) измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО
- в) провести рентгенологическое исследование зубов
- г) провести ЭОД
- д) провести реопарадонтотографию

052. При патологической стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания

- а) кратерообразная
- б) ступенчатая
- в) прямоугольная

053. С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров скорость стираемости

- а) уменьшается
- б) увеличивается
- в) не изменяется

054. Этиологические факторы патологической стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов

- а) аномалия прикуса
- б) алиментарная недостаточность
- в) частичная адентия
- г) нарушение окклюзии при неправильном протезировании
- д) химические воздействия
- е) различный функциональный износ зубных протезов, изготовленных из разных материалов
- ж) воздействие средств гигиены
- з) бруксизм
- и) правильные ответы а), в), г), д), ж)
- к) правильные ответы а), в), г), д), з)
- л) правильные ответы а), в), г), е), з)

055. При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится
- а) в один этап
  - б) в два этапа
  - в) в три этапа
  - г) в пять этапов
056. К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлических протезов, относят
- а) коррозионные процессы
  - б) изменение рН слюны в кислую сторону
  - в) процессы истирания
  - г) тепловой эффект
  - д) правильные ответы а),б),в)
057. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены
- а) аппликационная проба по Сорокину
  - б) провокационная проба
  - в) экспозиционная проба
  - г) лейкопеническая проба
  - д) правильные ответы а),б),в),г)
058. Для диагностирования аллергии на базисные пластмассы проводят следующие тесты
- а) экспозиционно-провокационная проба
  - б) лейкопеническая проба
  - в) тест химического серебрения
  - г) соскоб на *Candida*
  - д) рН-метрия
  - е) измерение разницы потенциалов
  - ж) правильные ответы а),б),в),г),д)
  - з) правильные ответы а),в),г)

#### **Раздел 4**

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

001. Иммуитет - это
- а) способность иммунной системы вырабатывать антитела
  - б) способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
  - в) способ (механизм) защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации
  - г) способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды
  - д) фагоцитарная функция клеток организма
002. Фактор неспецифической защиты - это
- а) выработка антител к определенному антигену
  - б) физиологическое воздействие на бактериальную клетку
  - в) химическое воздействие на микроорганизм
  - г) комплексное (физиологическое, химическое) воздействие на микроорганизм
  - д) фагоцитарная функция специфических клеток
003. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется
- а) сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества
  - б) через сутки
  - в) через 1-2 недели
  - г) необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

д) необходимо время для формирования защиты

004. Наиболее важным фактором неспецифической защиты организма (в полости рта) является

- а) барьерная функция тканей полости рта
- б) слюноотделение
- в) находящиеся в слюне антибактериальные компоненты: лизоцим, иммуноглобулины, лейкоциты и др.
- г) резидентная микрофлора в полости рта
- д) все вышеперечисленные факторы важны

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

- а) ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта
- б) пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта
- в) молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител
- г) механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта
- д) все вышеперечисленное верно

006. Следующее профилактическое (наиболее действенное) мероприятие можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов

- а) изготовление цельнолитых мостовидных протезов
- б) изготовление протезов с литыми базисами
- в) изготовление протезов из бесцветной пластмассы
- г) систематический массаж протезного ложа
- д) все вышеперечисленное верно

007. Протезировать больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно

- а) сразу же после окончания курса лечения
- б) спустя год после проведения курса лучевой терапии
- в) при нормальной (клинический анализ) картине крови
- г) через два месяца после окончания лучевой терапии
- д) через 6-8 месяцев

008. Иммунологические процессы в полости рта могут изменять

- а) криогенное воздействие на ткани
- б) действие высоких температур на ткани
- в) УВЧ-терапия
- г) радиолучевая терапия
- д) все вышеперечисленное

009. "Аномалия" прикуса - это

- а) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- б) частичная потеря зубов
- в) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- г) изменения в мышечной системе
- д) зубоальвеолярное удлинение, связанное с потерей зубов

010. Деформация зубочелюстной системы - это

- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленное патологическими процессами
- б) потеря зубов
- в) нарушение развития формы и функций зубочелюстной системы

- г) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
- д) открытый прикус

011. Наиболее характерным функциональным нарушением при деформациях зубочелюстной системы является

- а) нарушение жевания
- б) нарушение эстетических норм
- в) нарушение окклюзии
- г) нарушение артикуляции
- д) все вышеперечисленное

012. При изучении диагностических моделей важна информация

- а) соотношение зубных рядов
- б) характер смыкания передних зубов
- в) совпадение средних линий между центральными резцами
- г) форма зубных дуг
- д) все вышеперечисленное

013. Наиболее важным измерением для дифференциальной диагностики формы аномалии прикуса является

- а) сумма ширины четырех верхних резцов
- б) ширина боковых резцов
- в) сумма ширины клыка и премоляров
- г) длины верхней и нижней зубных дуг
- д) все вышеперечисленное

014. Наиболее важным показателем при измерении диагностической модели является

- а) ширина зубной дуги в области клыков
- б) ширина зубной дуги в области премоляров
- в) ширина зубной дуги в области моляров
- г) высота неба в области моляров
- д) эти данные равноценны по значимости

015. Следующие обследования позволяют использовать результаты телерентгенографии

- а) измерения на диагностических моделях
- б) электромиография
- в) параметры ортогнатического прикуса
- г) рентгенография отдельных зубов
- д) электромиомастикациграфия

016. Наиболее важным при анализе телерентгенограмм является

- а) анализ лицевого скелета (краниометрия)
- б) анализ гнатической части лицевого скелета (гнатометрия)
- в) анализ мягких тканей лица (профилометрия)
- г) планиметрический анализ лица
- д) все вышесказанное вместе

017. Возможной формой зубных рядов при прогнатическом (верхнечелюстном) прикусе является

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

018. Телерентгенограмма при верхнечелюстном прогнатическом прикусе, обусловленном чрезмерным развитием верхней челюсти, позволяет выявить
- а) чрезмерное развитие верхней челюсти (абсолютное) и в соотношениях с нижней челюстью
  - б) правильное соотношение челюстей относительно основания черепа
  - в) значительное увеличение межальвеолярного угла
  - г) увеличение сагиттального межрезцового расстояния
  - д) все вышесказанное верно
019. На телерентгенограмме при верхнечелюстном прогнатическом прикусе с недоразвитием нижней челюсти выявляется
- а) увеличение межапикального угла и сагиттального межрезцового расстояния
  - б) недоразвитие нижней челюсти
  - в) укорочение нижней челюсти
  - г) горизонтальное положение нижней челюсти в лицевом скелете
  - д) все вышесказанное верно
020. Истинная прогения - это
- а) мезиальное смещение нижней челюсти
  - б) недоразвитие верхней челюсти при нормальной нижней
  - в) чрезмерное развитие нижней челюсти
  - г) принужденный прикус
  - д) уплощение фронтального участка верхней челюсти
021. Передние зубы при прогеническом прикусе находятся в соотношении
- а) обратное смыкание резцов с контактом и незначительным перекрытием
  - б) обратный прикус глубокий
  - в) открытый прикус
  - г) сагиттальный открытый прикус с глубоким перекрытием резцов
  - д) все вышесказанное верно
022. Характерным признаком для прогенического прикуса, обусловленного недоразвитием верхней челюсти, является
- а) передние зубы в обратном смыкании, но в контакте
  - б) незначительная глубина обратного перекрытия
  - в) верхний зубной ряд трапецевидной формы, длина их передней части уменьшена
  - г) ретрузия резцов и клыков
  - д) все вышесказанное верно
023. Характерным признаком для прогенического прикуса, обусловленным мезиальным смещением нижней челюсти, является
- а) нормальная величина челюстей
  - б) переднее положение нижней челюсти относительно основания черепа
  - в) переднее положение головки нижней челюсти в суставной ямке
  - г) возможность смыкания зубов
  - д) все вышесказанное верно
024. Характерным признаком для глубокого прикуса у взрослого пациента является
- а) отсутствие контакта между передними зубами
  - б) наличие маргинальных пародонтитов
  - в) блокирование движений нижней челюсти
  - г) наличие артропатий
  - д) все вышесказанное верно
025. Следующие патологические изменения наблюдаются при глубоком прикусе
- а) патологическая подвижность зубов
  - б) патологическая стираемость зубов

- в) погружение зуба в лунку
- г) маргинальные пародонтиты
- д) все вышесказанное верно

026. При появлении двухсторонних включенных дефектах при глубоком прикусе бывает следующее осложнение

- а) дистальный сдвиг нижней челюсти
- б) функциональная перегрузка оставшихся зубов
- в) наклон моляров в мезиальную сторону
- г) уменьшение межальвеолярной высоты
- д) все вышесказанное верно

027. При несвоевременном протезировании большого после потери коренных зубов может возникнуть следующее осложнение

- а) выдвижение зубов потерявших антагонистов (зубоальвеолярное удлинение)
- б) уменьшение межальвеолярной высоты
- в) перегрузка оставшихся зубов
- г) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- д) все вышеперечисленное

028. Причиной вторичного глубокого прикуса является

- а) частичная потеря зубов
- б) патологическая стираемость зубов
- в) заболевание тканей пародонта
- г) изменение положения зубов при поражении пародонта
- д) все вышеперечисленное

029. Признаком, характеризующим открытый прикус, является

- а) короткая верхняя губа
- б) развернутый угол нижней челюсти
- в) нарушение речи
- г) нарушение откусывания пищи
- д) все вышеперечисленное

030. На телерентгенограмме при обследовании больных с открытым прикусом выявляется

- а) протрузия верхних зубов
- б) зубоальвеолярное укорочение переднего участка верхней челюсти
- в) зубоальвеолярное укорочение переднего участка нижней челюсти
- г) зубоальвеолярное укорочение переднего участка обеих челюстей и зубоальвеолярное удлинение боковых участков верхней челюсти
- д) все вышеперечисленное

031. Укажите причину перекрестного прикуса

- а) нарушение формы зубных рядов
- б) нарушение соотношения зубных рядов в трансверзальном направлении
- в) смещение нижней челюсти в сторону
- г) мышечная дисгармония и асимметрия развития лицевого скелета
- д) все вышеперечисленное

032. Укажите признак сформировавшегося в детстве перекрестного прикуса

- а) перестройка зубочелюстной системы на уровне зубных рядов
- б) перестройка зубочелюстной системы на уровне альвеолярного отростка
- в) перестройка наблюдается на уровне челюстей
- г) наблюдается аномалия развития лицевого скелета
- д) все вышеперечисленное

033. При дифференциальной диагностике перекрестного прикуса (неравномерное сужение зубных рядов) от деформации вследствие потери зубов учитывается
- а) симметричность расположения боковых зубов по отношению к срединно-сагиттальной плоскости
  - б) фасетки стирания на зубах
  - в) наличие травматической окклюзии
  - г) аномалия формы суставных головок
  - д) все вышеперечисленное
034. Наиболее важным фактором при определении возможности ортодонтического лечения взрослых является
- а) нарушения структуры зубочелюстной системы, которые следует устранить
  - б) возможности морфологической перестройки
  - в) тяжесть морфологических проявлений аномалии
  - г) тяжесть клинических проявлений аномалии
  - д) все вышеперечисленное
035. При скелетной форме аномалии прикуса происходит
- а) изменение положения челюстей в сагиттальной плоскости по отношению к основанию черепа
  - б) изменение угла наклона челюстей относительно основания черепа
  - в) нарушение роста челюстей в сагиттальной плоскости (недоразвитие челюстей)
  - г) нарушение роста челюстей в вертикальной плоскости
  - д) все вышеперечисленное
036. Следующее изменение может сочетаться со скелетной формой аномалии прикуса
- а) дистальное положение головок нижней челюсти
  - б) изменение формы зубных рядов
  - в) изменение окклюзионной плоскости
  - г) аномалия положения отдельных зубов
  - д) все вышеперечисленное
037. Ортодонтическим путем можно устранить следующие нарушения зубочелюстной системы у взрослых
- а) изменить положение верхней челюсти
  - б) изменить положение суставов относительно основания черепа
  - в) восстановить соответствие величин челюстей
  - г) изменить положение зуба или группы зубов
  - д) изменить угол нижней челюсти
038. У взрослого ортодонтическим путем можно устранить
- а) неправильное положение зубов
  - б) приобретенную аномалию прикуса
  - в) приобретенную деформацию зубного ряда
  - г) приобретенное смещение нижней челюсти
  - д) все вышеперечисленное
039. При планировании лечения прогнатического прикуса следует учитывать
- а) патогенез аномалии
  - б) клиническую форму прогнатического прикуса
  - в) степень выраженности клинических проявлений
  - г) пространственное положение нижней челюсти
  - д) все вышеперечисленное
040. На выбор метода ортодонтического лечения прогнатического прикуса влияет
- а) возраст и общее состояние больного
  - б) осложняющие и сопутствующие заболевания

- в) болезни пародонта, функциональная перегрузка
- г) патологическая стираемость зубов, деформация окклюзионной поверхности зубных рядов
- д) все вышеперечисленное

041. Для деформирующего остеопароза характерным является

- а) чрезмерное резцовое перекрытие
- б) отсутствие части зубов
- в) истончение головки, деформация суставного бугорка, появление экзостозов
- г) стирание сочлененных поверхностей
- д) склерозирование сочлененных поверхностей

042. На функциональное состояние жевательных мышц влияет

- а) количество сохранившихся зубов
- б) состояние их пародонта
- в) положение нижней челюсти
- г) нарушение окклюзии
- д) все вышеперечисленное

043. На силу сокращения жевательных мышц влияет

- а) вторичный глубокий прикус
- б) первичный глубокий прикус в сочетании с отсутствием части зубов
- в) уменьшение площади окклюзионного контакта
- г) травмирование слизистой оболочки при смыкании зубов
- д) все вышеперечисленное

044. Ортодонтическими аппаратами у взрослых можно добиться

- а) изменения роста челюстей
- б) изменения положения верхней челюсти
- в) расширения верхней челюсти
- г) устранения неправильное положение зубов
- д) изменения формы челюстей

045. Можно применить ортодонтическое лечение у взрослых с целью

- а) коррекции соотношения зубных рядов
- б) коррекции положения отдельных зубов
- в) устранения мезиального положения нижней челюсти
- г) устранения дистального положения нижней челюсти
- д) всего вышеперечисленного

046. Для успешного лечения прогнатического прикуса имеет значение

- а) состояние височно-нижнечелюстных суставов и соотношение их элементов
- б) изменение высоты лица в ее нижней трети
- в) величина межальвеолярного расстояния и межокклюзионного пространства
- г) возраст и общее состояние больного
- д) все вышеперечисленное

047. Основной задачей лечения аномалий прикуса является

- а) создание режуще-бугоркового контакта во фронтальном отделе
- б) исправление нарушений окклюзии
- в) устранение причин травмы слизистой оболочки твердого неба
- г) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
- д) все вышеперечисленное

048. Следующую форму прогнатического прикуса можно лечить ортодонтической аппаратурой

- а) прогнатический прикус зубных рядов
- б) обусловленный дистальным смещением нижней челюсти



- в) прогнатический прикус, при котором сагиттальная щель между верхними и нижними передними зубами не превышает 6 мм
- г) приобретенный в результате потери зубов
- д) все вышеперечисленное верно

049. При определении возможности лечения прогнатического прикуса учитывается

- а) возраст больного не более 45 лет
- б) прогнатический прикус зубоальвеолярной формы
- в) прогнатический прикус, обусловленный дистальным смещением нижней челюсти
- г) прогнатический прикус при наличии опоры для ортодонтической аппаратуры
- д) все вышеперечисленное

050. Основным принципом ортодонтического лечения прогнатического прикуса у взрослых является

- а) нормализация положения отдельных зубов
- б) нормализация формы зубных рядов
- в) перестройка вертикальных взаимоотношений передних зубов
- г) изменение положения нижней челюсти в сагиттальном направлении
- д) все вышеперечисленное верно

051. Укажите показания к протетическому лечению больных с прогнатическим прикусом

- а) скелетные формы аномалии
- б) сочетание аномалии с отсутствием большого количества зубов
- в) невозможность проведения ортодонтического лечения
- г) отказ больного от хирургического вмешательства
- д) все вышеперечисленное

052. Нормализация прикуса проводится с помощью протезов

- а) при сочетании прикуса с выраженным системным заболеванием пародонта
- б) при отказе больного от ортодонтического лечения
- в) при неэффективности ранее проведенного ортодонтического лечения
- г) при генетических формах аномалии
- д) при всем вышеперечисленном

053. Задачей протетического лечения прогнатического соотношения зубных рядов является

- а) устранение повреждения слизистой оболочки твердого неба
- б) устранение повреждения десневого края передних нижних зубов
- в) уменьшение функциональной перегрузки пародонта зубов
- г) нормализация окклюзии зубных рядов
- д) все вышеперечисленное верно

054. Протетическим путем у больных с прогнатией можно

- а) изменить положение нижней челюсти (по показаниям)
- б) восстановить непрерывность зубного ряда
- в) изменить межальвеолярную высоту
- г) изменить высоту нижней трети лица
- д) все вышеперечисленное

055. Фактором, определяющим методику протетического лечения прогнатического прикуса, является

- а) величина межальвеолярного расстояния
- б) величина межокклюзионного расстояния
- в) высота нижней трети лица
- г) состояние пародонта зубов
- д) все вышеперечисленное

056. При составлении плана протетического лечения прогнатического прикуса учитывается

- а) величина дефектов зубных рядов
- б) топография дефектов

- в) состояние пародонта зубов
- г) состояние жевательных мышц
- д) все вышеперечисленное верно

057. При сошлифовании передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель -

- а) создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти
- б) уменьшение перегрузки передних нижних зубов
- в) уменьшение перегрузки передних верхних зубов
- г) нормализация окклюзии
- д) все вышеперечисленное

058. Показанием к депульпированию передних зубов при их сошлифовании является

- а) хронические верхушечные периодонтиты
- б) аномальное положение зуба, неблагоприятное для протезирования
- в) необходимость значительного укорочения зубов
- г) необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов
- д) все вышеперечисленное

059. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать

- а) величину свободного межокклюзионного пространства
- б) предотвращение явлений бруксизма
- в) равномерная окклюзионная нагрузка на зубы
- г) предотвращение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- д) все вышеперечисленное верно

060. Применение съемного протеза с литым базисом показано

- а) при глубоком резцовом перекрытии
- б) при уменьшении межальвеолярной высоты и не измененной высоте нижней трети лица
- в) при сужении зубных рядов
- г) при функциональной перегрузке зубов
- д) при частых поломках протезов с пластмассовым базисом

061. Для эффективного протетического лечения больных с прогеническим прикусом необходимо провести следующее мероприятие

- а) перед протезированием провести сошлифовывание бугорков и зубов при неравномерной спраокклюзии
- б) увеличение межальвеолярной высоты провести с помощью накладок на естественные зубы
- в) изменение межальвеолярной высоты контролировать измерениями высоты нижней трети лица в состоянии покоя
- г) обеспечить рентгенографический контроль височно-нижнечелюстного сустава
- д) все вышеперечисленное

062. При протетическом лечении прогнатического прикуса целесообразно изготавливать съемные протезы, так как

- а) на них легче поставить передние зубы
- б) постановка максимально может быть приближена к положению естественных зубов
- в) съемный протез позволяет избежать перегрузки опорных зубов
- г) на съемном протезе легче создать опору для нижних передних зубов
- д) на съемном протезе легче провести коррекцию прикуса

063. При планировании ортодонтического лечения прогенического прикуса следует учитывать

- а) величину сагиттального межрезцового расстояния
- б) положение передних зубов относительно основания челюстей
- в) размеры апикального базиса верхней и нижней челюстей
- г) положение верхней челюсти относительно основания
- д) все вышеперечисленное

064. Укажите наиболее обоснованное действие при прогеническом прикусе, характеризующимся протрузионным положением нижних зубов, ретрузией верхних зубов, сагиттальным межрезцовым расстоянием 5 мм

- а) перемещение в губном направлении только верхних зубов
- б) перемещение язычно только нижних зубов
- в) хирургическое лечение
- г) сочетанная работа с верхней и нижней челюстью
- д) повышение прикуса

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

- а) смещение вперед верхних зубов
- б) смещение язычно нижних зубов
- в) одновременное смещение верхних зубов в губном направлении, нижних - в язычном
- г) отказ врача от ортодонтического лечения без телерентгенографического обследования
- д) хирургическое лечение

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

- а) ретракция верхней челюсти
- б) смещение зубов нижней челюсти
- в) сочетанные с хирургическим, протетическим методами лечения
- г) хирургическое вмешательство
- д) удаление зубов на нижней челюсти

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

- а) ретракция верхней челюсти
- б) смещение зубов нижней челюсти
- в) изменение положения верхних зубов в сочетании с протезированием
- г) хирургическое вмешательство
- д) комплексные методы

068. Эффективным методом при лечении прогенического прикуса, вызванного мезиальным смещением нижней челюсти, является

- а) нормализация функции языка и глотания
- б) устранение деформации зубных рядов
- в) устранение преждевременных окклюзионных контактов
- г) аппаратурное лечение
- д) сочетание всех вышеперечисленных методов

069. Аппаратами, применимыми для лечения мезиального смещения нижней челюсти, являются

- а) аппарат Брюкля
- б) направляющая коронка Катца
- в) каппа с наклонной плоскостью
- г) дуга Энгля
- д) все вышеперечисленные аппараты

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

- а) устранение деформации окклюзионной поверхности зубных рядов
- б) нормализация функции языка и глотания
- в) шлифование зубов
- г) аппаратурное лечение аномалии
- д) протезирование

071. Какое лечение верхнечелюстной микрогнатии целесообразно применить у взрослых?
- а) сочетание компактотеотомии с аппаратурным
  - б) дуги с помощью дуг Энгля
  - в) с помощью пластинки с винтом
  - г) повышение прикуса
  - д) с помощью ретракционной пластинки
072. Показанием к протетическому лечению прогенического прикуса у взрослых является
- а) нижнечелюстная макрогнатия при наличии противопоказаний к хирургическому лечению
  - б) верхнечелюстная микрогнатия при невозможности ортодонтического лечения
  - в) отсутствие большого количества зубов
  - г) системное заболевание пародонта
  - д) все вышеперечисленное
073. Основной задачей протетического лечения прогении является
- а) улучшение внешнего вида больного
  - б) нормализация окклюзионных взаимоотношений
  - в) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
  - г) восстановление непрерывности зубного ряда
  - д) важно все вышеперечисленное
074. Особенностью, характерной при протезировании больных с прогеническим прикусом, является
- а) необходимость реконструкции высоты прикуса
  - б) сужение показаний к применению мостовидных протезов
  - в) возможность изготовления протезов с окклюзионными накладками
  - г) более объемные съемные и несъемные протезы
  - д) применение только съемных протезов
075. При планировании лечения глубокого прикуса следует учитывать
- а) клиническую форму аномалии
  - б) патогенез
  - в) тяжесть клинических проявлений
  - г) взаимоотношение элементов височно-нижнечелюстного сустава
  - д) все вышеперечисленное
076. Для получения положительного результата лечения глубокого прикуса важно учесть
- а) пространственное положение нижней челюсти
  - б) высоту нижней трети лица
  - в) положение передних зубов
  - г) величину межальвеолярного расстояния
  - д) все вышеперечисленное
077. Тяжесть клинической картины аномалии прикуса особенно усугубляет
- а) травматическая окклюзия
  - б) повышенная стираемость зубов
  - в) заболеваемость пародонта
  - г) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
  - д) деформация окклюзионной поверхности
078. Основной задачей лечения больных с глубоким прикусом является
- а) устранение функциональной перегрузки пародонта зубов
  - б) исправление нарушений окклюзии, функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц
  - в) создание режущо-бугоркового контакта между передними зубами

- г) восстановление непрерывности зубного ряда
- д) улучшение внешнего вида больного

079. Основной задачей перестройки миотатических режимов по И.С.Рубинова является
- а) самостоятельное ортодонтическое лечение
  - б) функциональная перестройка нервно-рефлекторных связей с последующим рациональным протезированием
  - в) морфологическая перестройка зубочелюстной системы
  - г) предотвращение рецидива аномалии
  - д) морфологическая перестройка в височно-нижнечелюстном суставе
080. Показанием к протетическому лечению глубокого прикуса является
- а) скелетные формы аномалии, не подлежащие ортодонтическому лечению
  - б) сочетание глубокого прикуса с потерей большого количества зубов
  - в) неэффективность ранее проведенного ортодонтического лечения
  - г) сочетание аномалии с выраженным системным заболеванием пародонта
  - д) все вышеперечисленное
081. Наиболее тяжелым осложнением при неправильном лечении глубокого прикуса может быть
- а) нарушение речи
  - б) чувство дискомфорта
  - в) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
  - г) увеличение атрофии альвеолярных отростков
  - д) повреждение пародонта оставшихся зубов
082. Важным фактором в обосновании применения литого базиса при протезировании больных с глубоким прикусом является
- а) большая нагрузка на базис вследствие неправильных окклюзионных взаимоотношений
  - б) нарушений речи
  - в) сочетание аномалии с заболеваниями пародонта
  - г) недостаток места для пластмассового базиса, возможность поломок его
  - д) сочетание аномалии с дефектами зубного ряда
083. Укажите преимущество литого базиса перед пластмассовым
- а) более равномерное распределение жевательного давления между опорными зубами и слизистой оболочкой протезного ложа
  - б) язычная металлическая пластинка предохраняет десневой край от травмы пищевым комком
  - в) предохраняет краевой пародонт от повреждающего воздействия
  - г) металлический базис не вызывает (в отличие от пластмассового) аллергических повреждений слизистой оболочки
  - д) все ли вышеперечисленное верно?
084. Какой формы металлический базис может быть применен на верхнюю челюсть у больных с прогеническим прикусом и отсутствием контактов в области боковых зубов?
- а) в виде поперечной полоски
  - б) подковообразной формы
  - в) базис с окклюзионными накладками в области боковых зубов
  - г) в виде полной небной пластинки
  - д) в виде двух дуг
085. Показаниями к применению подковообразного металлического базиса являются
- а) повышенный рвотный рефлюкс
  - б) глубокий травмирующий прикус для создания опоры нижним зубам
  - в) выраженный торус костного неба
  - г) включенные дефекты во фронтальном участке
  - д) все вышеперечисленное

086. Решающим фактором при конструировании опорно-удерживающих кламмеров в протезах при прогнатическом прикусе является
- а) путь введения протеза
  - б) положение средних линий
  - в) глубина удерживающей зоны
  - г) характер окклюзионных контактов
  - д) все вышеперечисленное
087. При применении металлического базиса учитывается
- а) состояние пародонта
  - б) требование эстетики
  - в) наличие антагонистов
  - г) характер окклюзионных контактов
  - д) все вышеперечисленное
088. Основной задачей при комбинированном лечении (ортодонтическое в сочетании с протезированием) больных со скелетным глубоким прикусом и целостными зубными рядами является
- а) изменение положения передних зубов
  - б) изменение формы зубных рядов
  - в) перестройка вертикальных соотношений передних зубов
  - г) увеличение с помощью протезов межальвеолярной высоты
  - д) все вышеперечисленное
089. Основной задачей лечения больных с глубоким (вторичным) снижающим прикусом является
- а) восстановление нормального положения нижней челюсти в сагиттальной и вертикальной плоскостях
  - б) реконструкция межальвеолярного расстояния
  - в) реконструкция высоты нижней трети лица
  - г) устранение функциональной перегрузки зубов
  - д) улучшение эстетики
090. Основной функцией капповой шины, применяющейся при лечении вторичного глубокого прикуса, сочетающимся с повышенной стираемостью, является
- а) нормализация положения нижней челюсти
  - б) увеличение межальвеолярной высоты
  - в) устранение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
  - г) предотвращение дальнейшего стирания естественных зубов
  - д) устранение патологического прикуса
091. Основной ошибкой при лечении взрослых с глубоким (вторичным) прикусом является
- а) протезирование без предварительного устранения глубокого травмирующего прикуса
  - б) расширение показаний к изготовлению мостовидных протезов
  - в) необоснованное мезиальное смещение нижней челюсти
  - г) повышение прикуса на мостовидных протезах без предварительной подготовки
  - д) все вышеперечисленное
092. Наиболее эффективным методом лечения открытого прикуса является
- а) лечение путем сошлифовывания контактирующих зубов
  - б) удаление контактирующих зубов
  - в) комбинированный: ортодонтический, хирургический, протетический
  - г) внедрение контактирующих зубов
  - д) перемещение контактирующих зубов

093. При планировании лечения перекрестного прикуса необходимо учитывать
- а) положение смещенных зубов относительно альвеолярного отростка
  - б) положение боковых зубов и альвеолярного отростка относительно срединно-сагиттальной плоскости
  - в) причину аномалии: сужение зубного ряда и челюсти или чрезмерное развитие челюсти
  - г) степень вертикального перекрытия аномалийно расположенных зубов
  - д) все вышеперечисленное
094. При ортодонтическом лечении перекрестного прикуса у взрослых можно добиться
- а) расширения челюсти
  - б) перемещения альвеолярного отростка
  - в) торможения роста челюсти
  - г) перемещения зубов
  - д) изменения лицевого скелета
095. При лечении перекрестного прикуса у взрослых применимы
- а) дуга Энгля
  - б) пластинка с винтом
  - в) пластинка с пружинящим отростком
  - г) капповый аппарат с винтом
  - д) все вышеперечисленное
096. Основным показанием к сочетанному хирургическому и ортопедическому лечению аномалий прикуса является
- а) ускорение ортодонтического лечения
  - б) скелетные формы аномалий
  - в) желание больного
  - г) аномалии, вызванные смещением нижней челюсти
  - д) аномалии, возникшие в результате потери части зубов

#### **Раздел 5**

### **ДЕФЕКТЫ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБОВ**

001. К микропротезам относятся
- а) вкладки
  - б) штифтовые вкладки
  - в) полукоронки и вкладки
  - г) интрадентальные и парапальпарные несъемные конструкции
  - д) все вышеперечисленные протезы
002. Вкладки могут быть
- а) пластмассовые
  - б) фарфоровые
  - в) металлические
  - г) комбинированные
  - д) все вышеперечисленные
003. По классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку к первому классу относятся
- а) полости, располагающиеся в естественных фисурах жевательных зубов
  - б) полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
  - в) полости на проксимальных поверхностях передних зубов
  - г) полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
  - д) полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов
004. Ко второму классу по классификации полостей коронок зубов по Г.Блэку относятся полости
- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов

- б) на жевательной проксимальной поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

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

- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

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

- а) располагающиеся на оральной, жевательной и 2/3 вестибулярных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- б) на жевательных поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

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

- а) располагающиеся на жевательных поверхностях моляров и премоляров, а также оральной стороне передних зубов
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов
- д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов

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

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях

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

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях
- д) на жевательной поверхности

010. При работе с твердыми тканями моляров с живой пульпой особую осторожность следует проявлять

- а) на верхушках бугров
- б) в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- в) на верхушках бугров и в пришеечной зоне вестибулярной и оральной поверхности
- г) на проксимальных поверхностях
- д) на жевательной поверхности

011. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц

- а) на 1/3 толщины эмали
- б) на 1/2 толщины эмали
- в) на всю толщину эмали



- г) в пределах эмали
- д) в пределах твердых тканей, отступив от пульповой камеры на 0.5-1.0 мм

012. При формировании дна полости для вкладки она должна быть
- а) параллельна крыше пульповой камеры
  - б) повторять рельеф крыши пульповой камеры
  - в) под углом  $5^\circ$  к рогам пульпы
  - г) под углом  $10^\circ$  к рогам пульпы
  - д) под углом  $15^\circ$  к рогам пульпы
013. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют под углом
- а)  $15^\circ$
  - б)  $30^\circ$
  - в)  $45^\circ$
  - г)  $60^\circ$
  - д)  $90^\circ$
014. При подготовке полости зуба под вкладку формируют фальц с целью
- а) предупреждения смещения
  - б) исключения опрокидывающего момента
  - в) лучшей фиксации и прилегания
  - г) исключения сколов
  - д) исключения рассасывания цемента
015. При подготовке полости зуба под вкладку фальц формируют только
- а) для вкладок из благородных металлов
  - б) для вкладок из неблагородных металлов
  - в) для металлических вкладок
  - г) для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
  - д) для вкладок из фарфора
016. Полуколонка может быть опорой только
- а) металлокерамического мостовидного протеза
  - б) цельнометаллического мостовидного протеза
  - в) металлокрилового цельнолитого мостовидного протеза
  - г) паяного мостовидного протеза
  - д) всех перечисленных выше конструкций
017. Возможно ли применение полуколонки в качестве шин при заболеваниях пародонта?
- а) да
  - б) да, если пародонтит легкой и средней степени
  - в) да, только с предварительным депульпированием зубов
  - г) нет
018. Назначение корневой защиты штифтового зуба
- а) без корневой защиты невозможно соединение штифта с коронковой частью
  - б) исключает травму десневого края
  - в) предохраняет корень зуба от разрушения и способствует фиксации
  - г) уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт-корень зуба
019. Нужно ли при изготовлении пластмассовых коронок формировать уступ в пришеечной зоне?
- а) да
  - б) да, но только на передней поверхности
  - в) да, если зуб депульпирован
  - г) нет

д) нет, если у пациента глубокий прикус

020. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться

- а) не доходить до десны на 0.5 мм
- б) не доходить до десны на 1.0 мм
- в) на уровне десны
- г) под десной на 0.5 мм
- д) под десной на 1.0 мм

021. Получить более точное воспроизведение на модели зубных и около зубных тканей позволяет

- а) стомальгин
- б) эластик
- в) акродент
- г) сизласт 69
- д) сизласт 05

022. Возможно ли изготовление 2-х цветной пластмассовой коронки?

- а) нет
- б) нет, так как коронку из пластмассы готовят однократной полимеризацией
- в) да

023. Возможно ли применение пластмассовых коронок при пародонтите?

- а) нет
- б) нет, так как усугубится течение
- в) да
- г) да, если процесс в стадии ремиссии
- д) да, если край коронки не подводить под десну

024. Возможно ли изготовление пластмассовых мостовидных протезов?

- а) да
- б) да, если отсутствует один зуб
- в) да, если отсутствует два зуба
- г) да, если отсутствует три зуба
- д) нет

025. Какие возможны ошибки и осложнения при применении литых штифтовых вкладок?

- а) перфорация стенки корня
- б) недостаточная глубина штифта
- в) раскол корня
- г) расцементировка вкладки
- д) все перечисленные выше моменты

026. Средняя длина корневого канала центрального резца нижней челюсти составляет

- а) 12.0 мм
- б) 12.5 мм
- в) 13.0 мм
- г) 13.5 мм
- д) 14.5 мм

027. Средняя длина корневого канала бокового резца нижней челюсти составляет

- а) 10.0 мм
- б) 11.0 мм
- в) 12.0 мм
- г) 13.0 мм
- д) 14.0 мм

028. Средняя длина корневого канала клыка нижней челюсти составляет
- а) 15.0 мм
  - б) 16.0 мм
  - в) 16.5 мм
  - г) 17.0 мм
  - д) 17.5 мм
029. Средняя длина корневого канала центральных резцов нижней челюсти составляет
- а) 11.0 мм
  - б) 11.5 мм
  - в) 12.0 мм
  - г) 12.5 мм
  - д) 13.0 мм
030. Средняя длина корневого канала боковых резцов нижней челюсти составляет
- а) 13.0 мм
  - б) 13.5 мм
  - в) 14.0 мм
  - г) 14.5 мм
  - д) 15.0 мм
031. Средняя длина корневого канала клыков нижней челюсти составляет
- а) 15.0 мм
  - б) 15.5 мм
  - в) 16.0 мм
  - г) 16.5 мм
  - д) 17.0 мм
032. Возможна ли фиксация фарфоровых коронок на временный цемент?
- а) да
  - б) да, если это одиночная коронка
  - в) да, если у пациента нет бруксизма
  - г) да, если не более чем на 5-7 дней
  - д) нет
033. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава характерно
- а) боль в суставе
  - б) хруст и щелканье в суставе
  - в) смещение нижней челюсти
  - г) снижение высоты прикуса
  - д) все вышеперечисленные моменты
034. Возможно ли применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов?
- а) нет
  - б) возможно
  - в) возможно, но после соответствующей подготовки
  - г) возможно только при I степени
  - д) возможно только при I и II степени
035. Фарфоровые коронки по сравнению с другими видами несъемных протезов имеют следующие недостатки
- а) сложность изготовления
  - б) дороговизна
  - в) необходимость глубокого препарирования твердых тканей
  - г) необходимость наличия дорогостоящего оборудования
  - д) все перечисленные выше моменты

036. Какой уступ нужно формировать в пришеечной зоне при изготовлении фарфоровой коронки?
- а) желобообразный
  - б) символ уступа
  - в) под углом  $90^\circ$
  - г) под углом  $135^\circ$
  - д) не нужно уступа
037. В качестве матрицы для изготовления колпачка применяется платина
- а) так как это благородный металл
  - б) так как имеет минимально возможную толщину
  - в) так как достаточно жестка и не образует окислов
  - г) так как по химическим свойствам совместима с фарфором
  - д) так как имеет высокую температуру плавления
038. Толщина платиновой фольги, применяемой для изготовления фарфоровых коронок, составляет
- а) 0.25 мм
  - б) 0.025 мм
  - в) 0.075 мм
  - г) 0.1 мм
  - д) 0.50 мм
039. Показанием к применению литых штифтовых вкладок является
- а) патологическая стираемость зубов
  - б) если зуб депульпирован более года тому назад
  - в) если зуб депульпирован более 3-х лет тому назад
  - г) если зуб депульпирован 5 и более лет тому назад
  - д) дефект коронковой части на  $1/3$  и более
040. Оптимальная длина штифта литой штифтовой вкладки составляет
- а)  $1/4$  корня
  - б)  $1/3$  корня
  - в)  $1/2$  длины корня
  - г)  $2/3$  длины корня
  - д) на всю длину корня
041. Для изготовления вкладок возможно применение
- а) пластмассы
  - б) благородных сплавов
  - в) неблагородных сплавов
  - г) всего вышеперечисленного

**Раздел 6**  
**ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

001. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается
- а) на верхней челюсти
  - б) на нижней челюсти
  - в) на обеих челюстях одинаково
  - г) преимущественно во фронтальной группе зубов
  - д) преимущественно в группе боковых зубов
002. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более
- а) 1 мм

- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм
- д) 5 мм

003. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

- а) горизонтальное
- б) под углом 5-10° к горизонтали
- в) под углом 10-15° к горизонтали
- г) под углом 15-20° к горизонтали
- д) под углом 20-25° к горизонтали

004. В бюгельных протезах, замещающих концевые дефекты, используют кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

005. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

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

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

007. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

008. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

009. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза
- б) пальцевые отростки
- в) многозвеньевые кламмеры

- г) непрерывные кламмеры
- д) передние небные дуги

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

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

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

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

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

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

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

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) заднесреднее

014. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину
- г) больше в ширину
- д) больше в толщину

015. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм
- д) не касается на 2-2.5 мм

016. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти спереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку

- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

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

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

018. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня
- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
- д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

019. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до  $1/3$  длины базиса протеза
- б) до  $1/2$  длины базиса протеза
- в) до бугров верхней челюсти
- г) на всю длину базиса
- д) на  $2/3$  базиса протеза

020. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до  $1/4$  длины базиса протеза
- б) до  $1/3$  длины базиса протеза
- в) до  $1/2$  длины базиса протеза
- г) до  $2/3$  длины базиса протеза
- д) на всю длину базиса протеза

021. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на  $1/3$  длины базиса протеза
- в) на  $1/2$  длины базиса протеза
- г) на  $2/3$  длины базиса протеза
- д) на  $3/4$  длины базиса протеза

022. У паяных золотых протезов в сравнении со стальными

- а) выше гальванизм и выше твердость
- б) выше гальванизм, но ниже твердость
- в) ниже гальванизм, но выше твердость
- г) ниже гальванизм и ниже твердость

023. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- а) выше стираемость и выше цветостойкость
- б) выше стираемость, но ниже цветостойкость
- в) ниже стираемость и ниже цветостойкость
- г) ниже стираемость, но выше цветостойкость

024. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми

- а) выше гигроскопичность и выше прочность
- б) выше гигроскопичность, но ниже прочность
- в) ниже гигроскопичность и ниже прочность
- г) ниже гигроскопичность, но выше прочность

025. У металлокерамических протезов по сравнению с паянными с пластмассовой облицовкой
- а) выше эстетика и выше прочность
  - б) выше эстетика, но ниже прочность
  - в) ниже эстетика и ниже прочность
  - г) ниже эстетика, но выше прочность
026. У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным
- а) выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
  - б) выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
  - в) ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу
  - г) ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу
027. Толщина плеча кламмера Аккера у основания
- а)  $0.5 \pm 0.2$  мм
  - б)  $0.8 \pm 0.2$  мм
  - в)  $1.0 \pm 0.2$  мм
  - г)  $1.2 \pm 0.4$  мм
  - д)  $1.8 \pm 0.4$  мм
028. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания
- а)  $0.5 \pm 0.1$  мм
  - б)  $0.6 \pm 0.1$  мм
  - в)  $0.9 \pm 0.1$  мм
  - г)  $1.0 \pm 0.1$  мм
  - д)  $1.2 \pm 0.1$  мм
029. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания
- а) не менее 0.5 мм
  - б) не менее 0.8 мм
  - в) не менее 1.0 мм
  - г) не менее 2.5 мм
  - д) не менее 4.0 мм
030. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания
- а) не менее 0.1 мм
  - б) не менее 0.2 мм
  - в) не менее 0.3 мм
  - г) не менее 0.4 мм
  - д) не менее 1.0 мм
031. Ширина верхней задней дуги
- а)  $3.0 \pm 2.0$  мм
  - б)  $4.0 \pm 2.0$  мм
  - в)  $5.0 \pm 2.0$  мм
  - г)  $6.0 \pm 2.0$  мм
  - д)  $8.0 \pm 2.0$  мм
032. Ширина верхней передней дуги
- а)  $6.0 \pm 2.0$  мм
  - б)  $7.0 \pm 2.0$  мм
  - в)  $8.0 \pm 2.0$  мм
  - г)  $9.0 \pm 2.0$  мм
  - д)  $10.0 \pm 2.0$  мм
033. Ширина нижней дуги



- а)  $2.5 \pm 1.0$  мм
- б)  $3.0 \pm 1.0$  мм
- в)  $3.5 \pm 1.0$  мм
- г)  $4.0 \pm 1.0$  мм
- д)  $5.0 \pm 1.0$  мм

034. Толщина верхней задней дуги

- а)  $1.3 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.4 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.6 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.7 \pm 0.2$  мм

035. Ширина верхней передней дуги

- а)  $0.3 \pm 0.1$  мм
- б)  $0.4 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.7 \pm 0.1$  мм

036. Толщина нижней дуги

- а)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.1$  мм
- д)  $2.5 \pm 0.1$  мм

037. Толщина небной пластинки

- а)  $1.5 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.3$  мм
- г)  $0.4 \pm 0.2$  мм
- д)  $0.2 \pm 0.2$  мм

038. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

- а)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.3 \pm 0.1$  мм

039. Толщина язычной пластинки у нижнего края

- а)  $2.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $2.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.9 \pm 0.1$  мм

040. Ширина ограничителя базиса

- а)  $2.0 \pm 2.0$  мм
- б)  $3.0 \pm 2.0$  мм
- в)  $4.0 \pm 2.0$  мм
- г)  $5.0 \pm 2.0$  мм
- д)  $6.0 \pm 2.0$  мм

041. Толщина ограничителя базиса

- а)  $5.0 \pm 0.2$  мм
- б)  $4.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $3.0 \pm 0.2$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.0 \pm 0.2$  мм

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

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.5 мм
- г) 1.0 мм
- д) не менее 1.5 мм

043. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

- а) нет зазора
- б) не более 0.1 мм
- в) не более 0.3 мм
- г) не более 0.5 мм
- д) не более 0.8 мм

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

- а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
- б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
- в) вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
- г) желанием пациента
- д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

045. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

- а) не более 0.8 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.4 мм
- г) не более 0.3 мм
- д) нет зазора

046. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

- а) не более 0.7 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.3 мм
- г) не более 0.2 мм
- д) нет зазора

047. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлиненным плечом кламмера Роуча

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм
- д) от 0.8 до 1 мм

048. Величина зазора между слизистой оболочкой и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм

д) от 0.8 до 1 мм

049. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) от 1.0 до 1.5 мм
- г) 0.4 мм
- д) от 0.5 до 1.0 мм

050. Кипмайдер - это

- а) шинирующее устройство
- б) фиксирующее устройство
- в) антипрокидывающее устройство
- г) эстетическое приспособление
- д) декоративный элемент

051. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

- а) 0.4 мм
- б) 0.6 мм
- в) 0.8 мм
- г) 1.0 мм
- д) 1.2 мм

052. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а)  $2.0 \pm 0.5$  мм
- б)  $1.5 \pm 0.5$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.5$  мм
- г)  $0.5 \pm 0.5$  мм
- д)  $0.3 \pm 0.2$  мм

053. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.2 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.4 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.6 \pm 0.2$  мм

054. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а)  $1.2 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.4 \pm 0.1$  мм

055. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

- а)  $0.5 \pm 0.5$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.5$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.5$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.5$  мм
- д)  $2.5 \pm 0.5$  мм

056. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а)  $0.4 \pm 0.2$  мм
- б)  $0.6 \pm 0.2$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.0 \pm 0.2$  мм

д)  $1.2 \pm 0.2$  мм

057. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а)  $0.6 \pm 0.2$  мм
- б)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.2 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.4 \pm 0.2$  мм

058. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а)  $1.2 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.4 \pm 0.1$  мм

059. Существует ... основных типов наклона модели на столике параллелометра

- а) 2 типа
- б) 3 типа
- в) 4 типа
- г) 5 типов
- д) 6 типов

060. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой

- а) 1 мм
- б) 15 мм
- в) 30 мм
- г) 40 мм
- д) 50 мм

061. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии

- а) обзора
- б) экватора зуба
- в) продольной оси зуба
- г) десневого края
- д) жевательной поверхности

062. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является

- а) продольная ось зуба
- б) линия анатомического экватора
- в) линия вертикали
- г) контрольная линия
- д) линия десневого края

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

- а) линией поднутрения
- б) линией анатомического экватора
- в) линией обзора
- г) линией десневого края
- д) линией жевательной поверхности и режущей поверхности

064. Сколько типов контрольных линий Вы знаете?

- а) 2 типа
- б) 3 типа

- в) 4 типа
- г) 5 типов
- д) 6 типов

065. Контрольной линией называют

- а) часть продольной оси зуба
- б) часть линии десневого края
- в) часть линии экватора
- г) часть линии жевательной поверхности
- д) часть линии обзора, проходящей на коронке зуба

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

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности
- д) кламмерной зоной

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

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности
- д) кламмерной зоной

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

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности
- д) кламмерной зоной

069. Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается

- а) в зоне поднутрения
- б) в окклюзионной зоне
- в) в ретенционной зоне
- г) в зоне безопасности
- д) в кламмерной зоне

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

- а) в зоне поднутрения
- б) в окклюзионной зоне
- в) в ретенционной зоне
- г) в зоне безопасности
- д) в кламмерной зоне

071. Плечо кламмера Аккера должно иметь

- а) прямую форму
- б) клиновидную форму
- в) саблевидную форму
- г) серповидную форму
- д) кольцевидную форму

072. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь
- а) плоскую форму
  - б) форму ласточкина хвоста
  - в) форму полусферы
  - г) форму квадрата
  - д) ложечкообразную форму
073. На одиночностоящий клык применяется кламмер
- а) Аккера
  - б) Роуча
  - в) Бонвиля
  - г) Свенсена
  - д) кольцевидный
074. На одиночностоящий моляр применяется кламмер
- а) Аккера
  - б) Роуча
  - в) Бонвиля
  - г) Свенсена
  - д) кольцевидный
075. На боковых зубах применяется кламмер
- а) Аккера
  - б) Роуча
  - в) Бонвиля
  - г) Свенсена
  - д) кольцевидный
076. Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется с помощью
- а) аналитического стержня
  - б) графитового стержня
  - в) указательного стержня
  - г) фиксирующего стержня
  - д) измерителя степени ретенции
077. Отливка каркаса бюгельного протеза производится на модели
- а) диагностической
  - б) рабочей
  - в) дублированной
  - г) огнеупорной
  - д) супергипсовой
078. После окончания параллелографии рабочую модель необходимо
- а) снять со столика
  - б) изолировать зоны поднутрения
  - в) обрезать цоколь
  - г) снять нанесенные линии на цоколе
  - д) пропитать водой
079. На какой модели техник моделирует каркас цельнолитого протеза?
- а) диагностической
  - б) рабочей
  - в) дублированной гипсовой
  - г) дублированной супергипсовой
  - д) дублированной огнеупорной

080. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать
- а) параллелометрию рабочей модели
  - б) параллелографию рабочей модели
  - в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели
  - г) дублировать рабочую модель
  - д) пропитать водой рабочую модель
081. Дублирование модели делают с помощью
- а) альгинатного материала
  - б) силиконового материала
  - в) гидроколлоидного материала
  - г) термопластического материала
  - д) эвгеполоксидцинкового материала
082. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь
- а) этилсиликат
  - б) корунд
  - в) силамин
  - г) маршалит
  - д) супергипс
083. Огнеупорную модель упрочняют
- а) пропиткой водой
  - б) высушиванием
  - в) прокаливанием
  - г) нанесением изоляционного лака
  - д) пропиткой расплавленным парафином
084. Для изготовления цельнолитного каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы
- а) нержавеющая сталь
  - б) сплав золота
  - в) хром-никелевый сплав
  - г) хром-кобальтовый сплав
  - д) серебряно-палладиевый сплав
085. Высокую точность изготовления обеспечивает следующий метод изготовления каркасов бюгельного протеза
- а) паяный
  - б) цельнолитый
  - в) смешанный
  - г) сочетание цельнолитого каркаса и гнутых плеч кламмера
  - д) сочетание паяного каркаса и гнутых плеч кламмера
086. Следующие протезы целесообразно изготовить при лейкоплакии и красном плоском лишаяе
- а) бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами
  - б) съемные пластиночные протезы с кламмерами по Кемени
  - в) протезы с опорно-удерживающими кламмерами с последующим нанесением слоя серебра
087. При хронической заеде целесообразно изготовить
- а) протезы с использованием пластмассовых искусственных зубов
  - б) протеза с использованием фарфоровых зубов
  - в) протезы, изготавливаемые с учетом восстановления высоты нижнего отдела лица
088. Для пародонтита характерно, что явления деструкции костной ткани захватывают

- а) тело челюсти
- б) лишь альвеолярный отросток челюсти
- в) альвеолярный отросток и тело челюсти

089. Метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов пародонта, основанный на графической регистрации, изменений полного электрического сопротивления тканей пародонта, называется

- а) ортопантографией
- б) реопародонтографией
- в) электромиографией
- г) фотоплетизмографией
- д) гнатодинамометрией

## *Раздел 7* **ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ**

001. Наиболее информативными методами обследования больных с полной потерей зубов являются

- а) клинический
- б) рентгенологический
- в) биометрический
- г) анализ фотографий
- д) все вышеперечисленное вместе

002. Используя функциональные двигательные пробы, можно выявить

- а) смещение нижней челюсти
- б) функциональные отклонения в мышцах
- в) функциональные отклонения в височно-нижнечелюстных суставах
- г) миосуставной дисфункциональный синдром
- д) все вышеперечисленное

003. С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить

- а) соотношение челюстей до потери зубов
- б) величину вертикального перекрытия зубов
- в) оптимальную высоту нижней трети лица
- г) величину межокклюзионного промежутка покоя
- д) все вышеперечисленное

004. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание

- а) на наличие кисты
- б) на оценку опорных свойств протезного ложа
- в) на наличие остатков корней, секвестров
- г) на возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам
- д) на все вышеперечисленное

005. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать

- а) смещение нижней челюсти
- б) уменьшение межальвеолярной высоты
- в) изменение характера сокращений мышц (жевательных, мимических, языка)
- г) изменение окклюзионного положения нижней челюсти
- д) все вышеперечисленное

006. При решении вопроса об удалении одного оставшегося зуба необходимо учитывать

- а) возможность лучшей фиксации протеза
- б) сохранение межальвеолярной высоты
- в) перестройку нервно-рефлекторной регуляции и функции
- г) определение центрального соотношения челюстей



д) все ли вышеперечисленное верно?

007. Положительным при использовании сохраненного корня зуба является
- а) возможность использования корня зуба в качестве опоры для съемного протеза (аттачмены, магниты и т.д.)
  - б) передача жевательного давления через сохранившийся корень
  - в) увеличение жевательной эффективности протеза
  - г) замедление атрофии альвеолярного отростка
  - д) все вышеперечисленное
008. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод хирургической подготовки
- а) устранение тяжей, перемещение уздечек
  - б) альвеолэктомия
  - в) углубление преддверия полости рта
  - г) субпериостальная имплантация
  - д) все вышеперечисленное по показаниям
009. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию является
- а) нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты
  - б) профилактика артропатий
  - в) повышение эффективности жевания
  - г) удовлетворение эстетических запросов
  - д) восстановление функции речи
010. При конструировании полных протезов следует учитывать
- а) состояние тканей протезного ложа
  - б) дифференцированное распределение давления базиса на подлежащие ткани
  - в) тщательное формирование клапанной зоны
  - г) площадь протезного ложа
  - д) все вышеперечисленное
011. Опорные свойства протезного ложа можно связать
- а) со степенью атрофии кости челюсти
  - б) с площадью протезного ложа
  - в) с состоянием подслизистого слоя
  - г) с воздействием жевательных и мимических мышц на протез
  - д) со всем вышеперечисленным
012. Для протезирования наиболее благоприятна
- а) плотная слизистая оболочка
  - б) тонкая слизистая оболочка
  - в) рыхлая, податливая слизистая оболочка
  - г) подвижная слизистая оболочка
  - д) сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной
013. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования?
- а) отлогая
  - б) отвесная
  - в) с навесами
  - г) с резко выраженными буграми
  - д) с неравномерной атрофией
014. Наиболее целесообразной тактикой при наличии торуса средней выраженности является
- а) хирургическое вмешательство
  - б) дифференциальный оттиск
  - в) изоляция торуса

- г) укорочение протеза
- д) моделировка базиса протеза с обходом турса

015. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

- а) моделирование базиса с обходом сосочка
- б) хирургическое иссечение его
- в) оттиск с дифференцированным давлением
- г) изоляция его на модели
- д) выпиливание базиса протеза в области сосочка

016. При формировании дистального края полного верхнего протеза следует учитывать

- а) костные контуры дистального края твердого неба
- б) структурные элементы тканей слизисто-железистой зоны
- в) форму ската мягкого неба
- г) направление ската мягкого неба и глотки
- д) все вышеперечисленное

017. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является

- а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
- в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- г) выраженная атрофия в переднем отделе
- д) неравномерная выраженная атрофия

018. Тщательное формирование границ протезного ложа необходимо

- а) при наличии узкого, острого альвеолярного гребня
- б) при резком сужении безмышечных пространств
- в) при расположении подбородочных отверстий выше гребня альвеолярных отростков
- г) при наличии подвижной слизистой в боковых участках челюсти
- д) при всем вышеперечисленном

019. Наибольшее влияние на удержание протеза оказывает

- а) круговая мышца рта
- б) подбородочная мышца
- в) мышцы, опускающие угол рта
- г) мышцы, поднимающие угол рта и верхнюю губу
- д) все вышеперечисленные

020. Смягчить отрицательное воздействие мышц (жевательных и мимических) на стабилизацию протеза может

- а) соединительно-тканые прослойки переходных складок
- б) жировая клетчатка в переходных складках
- в) сосуды
- г) внутритканевая жидкость
- д) все вышеперечисленное

021. Следует уделить особое внимание формированию части нижнечелюстного протеза

- а) в области преддверия полости рта
- б) в подъязычной области
- в) в позадимолярной области
- г) в позадиальвеолярной области
- д) их значение равноценно

022. Целесообразно применять декомпенсированный оттиск с беззубых челюстей

- а) при наличии резкой атрофии альвеолярного отростка

- б) при повышенной чувствительности слизистой оболочки
- в) при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа
- г) при истонченной слизистой оболочке
- д) все вышеперечисленное верно

023. Какой способ разгрузки протезного ложа можно применять?

- а) декомпенсированные оттиски
- б) сужение окклюзионной поверхности зубов
- в) постановка зубов с низкими буграми
- г) использование эластичных пластмасс
- д) все вышеперечисленные

024. Метод функционального оформления краев оттиска используется

- а) для создания клапанной зоны
- б) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц
- в) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований
- г) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом фонетических требований
- д) все вышеперечисленное верно

025. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

- а) сниженный тонус жевательных мышц
- б) уменьшение силы сокращения жевательных мышц
- в) дисфункция височно-нижнечелюстных суставов
- г) появление заед в углах рта
- д) все вышеперечисленное

026. Укажите признак увеличения высоты нижней трети лица

- а) увеличение тонуса жевательных мышц
- б) увеличение силы их сокращения
- в) болезненные ощущения в мышцах
- г) больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа
- д) все вышеперечисленное

027. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

- а) оптимальную высоту нижнего отдела лица
- б) равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах
- в) определенное положение суставных головок в суставных ямках
- г) определенное положение нижней челюсти по отношению к верхней челюсти, лицевому и мозговому черепу
- д) совокупность всех вышеперечисленных признаков

028. Положение покоя нижней челюсти определяет

- а) тонус жевательных мимических мышц
- б) миостатические рефлексы
- в) эластичность и упругость слизистой оболочки
- г) проприоцептивная информация о положении нижней челюсти
- д) совокупность всех вышеперечисленных факторов

029. Для правильного определения положения нижней челюсти по отношению к верхней важна

- а) подготовка гипсовых моделей челюстей
- б) определение высоты нижнего отдела лица
- в) определение и формирование окклюзионной плоскости
- г) фиксация центрального положения челюстей
- д) совокупность всего вышеперечисленного

030. Применять жесткие базисы целесообразно
- а) при значительной атрофии беззубых челюстей
  - б) при получении оттиска под контролем жевательного давления
  - в) при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии
  - г) при использовании фонетических проб для постановки зубов
  - д) во всех вышеперечисленных случаях
031. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который дает наилучший эстетический и функциональный эффект, - это
- а) антропометрический метод
  - б) с помощью циркуля золотого сечения
  - в) с помощью фонетических и глотательных проб
  - г) ориентация на высоту нижней трети лица в состоянии покоя нижней челюсти
  - д) на основании изучения фотографий больного
032. На величину межокклюзионного промежутка влияет
- а) положение головы
  - б) дыхание
  - в) общее мышечное напряжение
  - г) парафункции мышц челюстно-лицевой области
  - д) все вышеперечисленное
033. При постановке передних зубов следует учитывать
- а) тип губы
  - б) межальвеолярную высоту
  - в) величину межокклюзионного промежутка
  - г) угол межальвеолярный
  - д) все вышеперечисленное
034. Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости
- а) по носошной и зрачковой горизонтали
  - б) по методу Паунда
  - в) с помощью аппарата Ларина
  - г) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти
  - д) с помощью внеротовой записи движения нижней челюсти
035. Тактика врача при протезировании больных с привычным "передним" положением нижней челюсти
- а) зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти
  - б) постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов
  - в) поставить искусственные зубы с плоскими буграми
  - г) шлифовать зубы для обеспечения большей свободы движений нижней челюсти
  - д) все вышеперечисленное
036. При подборе искусственных зубов следует учитывать
- а) форму лица
  - б) форму зубной дуги
  - в) форму головы
  - г) возраст и пол пациента
  - д) все вышеперечисленное
037. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить
- а) как укрепить протезы на беззубой челюсти
  - б) как восстановить пропорции лица
  - в) как восстановить функцию жевания

- г) как восстановить фонетическую функцию
- д) как восстановить пищеварительную функцию
- е) правильные ответы а),б),в),г)
- ж) правильные ответы а),в)
- з) правильные ответы а),б),в),г),д)
- и) правильные ответы а),б),д)

038. Укажите фактор, который следует учитывать при конструировании фонетически эффективного протеза

- а) постановку искусственных зубов
- б) форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза
- в) учет межальвеолярной высоты
- г) уровень расположения окклюзионной поверхности
- д) совокупность вышеперечисленных факторов

039. Палатография дает информацию

- а) о положении языка при определенной форме
- б) о положении губ
- в) о взаимодействии языка, губ с зубами
- г) можно с помощью палатограммы определить изменение этих взаимодействий в связи с потерей зубов и протезированием
- д) все вышеперечисленное верно

040. Произношение фонемы "С" дает информацию

- а) об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов
- б) о степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот)
- в) о выявлении аномалийного соотношения челюстей
- г) о выявлении привычки прокладывания языка между зубами
- д) все вышеперечисленное верно

041. При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир

- а) эстетический центр лица
- б) резцовый сосочек верхней челюсти
- в) линия клыков
- г) межальвеолярные линии улыбки
- д) все вышеперечисленное

042. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир

- а) альвеолярный отросток
- б) треугольник Паунда
- в) величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью
- г) челюстно-подъязычная линия
- д) все вышеперечисленное

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

- а) парафункция языка и губ
- б) прогеническое соотношение челюстей
- в) прогнатическое соотношение челюстей
- г) значительная атрофия альвеолярных отростков и челюстей
- д) все вышеперечисленные

044. Анализ акта глотания позволяет правильно сформировать уровень окклюзионной поверхности. Характерным признаком для нормального глотания является

- а) губы слегка сомкнуты
- б) зубы сомкнуты

- в) круговая мышца не напряжена
- г) кончик языка упирается в передний участок неба и небную поверхность передних верхних зубов
- д) все вышеперечисленное

045. Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи)

- а) ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками
- б) незначительная атрофия альвеолярных отростков
- в) наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей
- г) преобладание вертикальных движений нижней челюсти
- д) все вышеперечисленное

046. Какое преимущество имеет методика внутриротовой пришлифовки окклюзионных валиков (А.Катц, З.Гельфанд, А.Сапожников, М.Нападов)?

- а) индивидуальность оформления окклюзионной плоскости
- б) возможность более точного воспроизведения резцового пути
- в) возможность более точного определения соотношения челюстей
- г) возможность более точного воспроизведения суставного пути
- д) индивидуальность постановки зубов

047. Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

- а) качество протезов
- б) реактивность организма
- в) тип высшей нервной деятельности пациента
- г) психологическая подготовка пациента к протезированию
- д) важны все вышеперечисленные факторы

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

- а) функциональные особенности языка
- б) функциональную характеристику жевательных и мимических мышц
- в) характер взаимодействия активных органов речевой артикуляции с протезом
- г) конструкционные особенности
- д) важно все вышеперечисленное

049. Лабораторная перебазировка протезов необходима

- а) при недостаточной фиксации съемных протезов
- б) при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования
- в) при незначительном снижении высоты нижней трети лица
- г) при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу
- д) все вышеперечисленное

050. Применение эластичной пластмассы целесообразно

- а) при протезировании в ранние (после удаления) сроки
- б) при очень резкой атрофии альвеолярных отростков
- в) для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов
- г) для облегчения адаптации к съемным протезам пожилых людей
- д) все вышеперечисленное

051. Причиной повышенного рвотного рефлюкса может быть

- а) неплотное прилегание протеза в дистальных отделах
- б) удлиненный дистальный край протеза
- в) недостаточная изоляция турса
- г) неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов
- д) все вышеперечисленное

052. Металлические базисы применяются

- а) у больных с бруксизмом
- б) у лиц с мощной жевательной мускулатурой
- в) при частых поломках пластмассового базиса
- г) при непереносимости пластмассы
- д) все вышеперечисленное верно

053. Suppli предложил классификацию

- а) слепочных материалов
- б) методов получения слепков
- в) формы скатов альвеолярных гребней
- г) типов слизистой оболочки рта
- д) беззубой верхней челюсти
- е) беззубой нижней челюсти

054. На верхней челюсти с вестибулярной стороны граница протеза должна покрывать

- а) пассивно подвижную слизистую оболочку
- б) активно подвижную слизистую оболочку
- в) неподвижную слизистую оболочку
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а),б),в)
- е) правильные ответы б),в)
- ж) правильные ответы а),в)

055. Для анатомических слепков применяют слепочные массы

- а) термопластические
- б) альгинатные
- в) гипс
- г) силиконовые
- д) акриловые пластмассы
- е) все вышеперечисленные
- ж) правильные ответы а),б),в),г)
- з) правильные ответы а),б),в)
- и) правильные ответы а),в)
- к) все перечисленное, кроме гипса

056. Понятие "пятерка Ганау" включает

- а) наклон суставного пути
- б) резцовое перекрытие
- в) сагиттальные и трансверзальные кривые
- г) наклон протетической плоскости
- д) высоту бугорков зубов
- е) высоту зубов
- ж) форму зубов
- з) цвет зубов
- и) правильные ответы а),б),в),г),д)
- к) правильные ответы а),б),г),д),е)
- л) правильные ответы а),г),е),ж),з)

057. В.Ю.Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

- а) возбуждение, раздражение, состояние комфорта
- б) возбуждение, раздражение, торможение
- в) раздражение, частичное торможение, полное торможение

058. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

- а) при сухой малоподатливой слизистой оболочке
- б) при гипертрофированной слизистой оболочке

- в) при "болтающемся" альвеолярном гребне
- г) при повышенном рвотном рефлексе
- д) правильные ответы а),б),в),г)
- е) правильные ответы а),в)

059. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

- а) вперед
- б) вниз
- в) влево
- г) вправо
- д) лингвально
- е) кзади и вверх

060. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

- а) должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм
- б) не должен доходить до линии "А" на 5 мм
- в) должен оканчиваться на линии "А"

### *Раздел 8*

## **БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА**

001. Зубоальвеолярное удлинение чаще наблюдается

- а) на верхней челюсти
- б) на нижней челюсти
- в) на обеих челюстях одинаково
- г) преимущественно во фронтальной группе зубов
- д) преимущественно в группе боковых зубов

002. При использовании метода последовательной дезокклюзии при частичном отсутствии зубов, осложненном зубочелюстными деформациями, дезокклюзия между антагонизирующими и естественными зубами должна составлять не более

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм
- д) 5 мм

003. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит

- а) от анатомической формы зубов
- б) от степени наклона зубов
- в) от степени зубочелюстной деформации
- г) от степени наклона модели
- д) от методики параллелометрии

004. Глубина ретенционной зоны зуба при проведении параллелометрии зависит

- а) от анатомической формы зубов
- б) от степени выраженности экватора
- в) от степени зубочелюстной деформации
- г) от степени наклона модели
- д) от методики параллелометрии

005. Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе

- а) горизонтальное
- б) под углом 5-10° к горизонтали
- в) под углом 10-15° к горизонтали
- г) под углом 15-20° к горизонтали



д) под углом 20-25° к горизонтали

006. В бюгельных протезах замещающих концевые дефекты используют кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

007. В бюгельных протезах, замещающих включенные дефекты, рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

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

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

009. При медиальном наклоне опорного зуба в бюгельном протезе рекомендуется использовать кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

010. При низких конвергированных молярах рекомендуется использовать в бюгельных протезах кламмеры

- а) Ней №1
- б) Ней №2
- в) Ней №3
- г) Ней №4
- д) Ней №5

011. Наиболее эффективно использовать в качестве антипрокидывателя в бюгельном протезе

- а) отростки базиса протеза
- б) пальцевые отростки
- в) многозвеньевые кламмеры
- г) непрерывные кламмеры
- д) передние небные дуги

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

- рекомендуется использовать
- а) опорно-удерживающие кламмеры
  - б) многозвеньевые кламмеры
  - в) непрерывные кламмеры
  - г) дробители нагрузки
  - д) антипрокидыватели

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

- а) опорно-удерживающие кламмеры
- б) многозвеньевые кламмеры
- в) непрерывные кламмеры
- г) дробители нагрузки
- д) антипрокидыватели

014. Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза

- а) уточнение выбора опорных, ретенционных и стабилизирующих элементов
- б) планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза
- в) планирование базисов протеза
- г) планирование не прямых удерживателей (антипрокидывателей): 1) 1,2,3,4; 2) 3,1,2,4; 3) 3,2,1,4; 4) 2,3,1,4
- д) правильные ответы а), б), в), г)

015. На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке граница базиса бюгельного протеза проходит с оральной стороны

- а) на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо
- б) на уровне середины альвеолярного отростка
- в) на уровне ската альвеолярного гребня
- г) покрывает часть твердого неба
- д) покрывает значительную часть неба

016. На нижней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза при концевых седлах проходит

- а) впереди альвеолярного слизистого бугорка
- б) по альвеолярному слизистому бугорку
- в) позади альвеолярного слизистого бугорка
- г) на середине слизистого бугорка
- д) значительно перекрывает бугорок

017. Типичное расположение небной дуги бюгельного протеза при дефектах I-A класса по Кеннеди

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

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

- а) переднее
- б) среднее
- в) заднее
- г) переднесреднее
- д) среднезаднее

019. Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер

- а) в толщину
- б) в ширину
- в) в толщину и ширину
- г) больше в ширину
- д) больше в толщину

020. Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба

- а) касательное
- б) не касается на 0.5-1 мм
- в) не касается на 1-1.5 мм
- г) не касается на 1.5-2 мм
- д) не касается на 2-2.5 мм

021. Типичное расположение лингвальной дуги бюгельного протеза

- а) выше экватора альвеолярного отростка
- б) на уровне экватора альвеолярного отростка
- в) ниже экватора альвеолярного отростка
- г) значительно выше экватора альвеолярного отростка
- д) значительно ниже экватора альвеолярного отростка

022. При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти спереди применяют

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу с модифицированным непрерывным кламмером

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

- а) лингвальную дугу
- б) вестибулярную дугу
- в) лингвальную пластинку
- г) модифицированный непрерывный кламмер
- д) вестибулярную дугу и модифицированный непрерывный кламмер

024. Расположение каркаса седла бюгельного протеза

- а) на вершине альвеолярного гребня
- б) на оральном скате альвеолярного гребня
- в) на вестибулярном скате альвеолярного гребня
- г) на оральном скате и вершине альвеолярного гребня
- д) на вестибулярном скате и вершине альвеолярного гребня

025. Длина каркаса седла бюгельного протеза на верхней челюсти

- а) до 1/3 длины базиса протеза
- б) до 1/2 длины базиса протеза
- в) до бугров верхней челюсти
- г) на всю длину базиса
- д) на 2/3 базиса протеза

026. Длина каркаса седла бюгельного протеза на нижней челюсти

- а) до 1/4 длины базиса протеза
- б) до 1/3 длины базиса протеза
- в) до 1/2 длины базиса протеза
- г) до 2/3 длины базиса протеза
- д) на всю длину базиса протеза

027. В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются

- а) на всю длину базиса
- б) на 1/3 длины базиса протеза
- в) на 1/2 длины базиса протеза
- г) на 2/3 длины базиса протеза
- д) на 3/4 длины базиса протеза

028. Укажите главный критерий выбора опорного зуба под опорно-удерживающий кламмер
- устойчивость зуба
  - выраженность анатомического экватора
  - высота клинической коронки
  - поражение твердых тканей зубов
  - отсутствие периапикального воспаления
029. Наиболее выгодно направление кламмерной линии
- трансверзальное
  - сагиттальное
  - диагональное
  - все вышеперечисленное
  - трансверзально-сагиттальное
030. Укажите основной элемент бюгельного протеза
- дуга
  - седло с искусственными зубами
  - опорно-удерживающий кламмер
  - многозвеньевой кламмер
  - кипмайдер
031. Для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди достаточно сделать
- анатомический оттиск
  - функциональный оттиск
  - дифференцированный оттиск
  - дифференцированно-комбинированный оттиск
  - произвольный оттиск
032. При изготовлении цельнолитого бюгельного протеза при I классе протяженного дефекта нижней челюсти достаточно сделать
- анатомический оттиск
  - функциональный оттиск
  - дифференцированный оттиск
  - дифференцированно-комбинированный оттиск
  - произвольный оттиск
033. Для изготовления бюгельного протеза при II классе протяженного дефекта на нижней челюсти нужно сделать
- анатомический оттиск
  - функциональный оттиск
  - дифференцированный оттиск
  - дифференцированно-комбинированный оттиск
  - произвольный оттиск
033. Для изготовления бюгельного протеза верхней челюсти при III классе дефекта зубного ряда по Кеннеди нужно сделать
- анатомический оттиск
  - функциональный оттиск
  - дифференцированный оттиск
  - дифференцированно-комбинированный оттиск
  - произвольный оттиск
035. Укажите место преимущественного расположения дуги на верхней челюсти
- передняя треть твердого неба

- б) задняя треть средней трети твердого неба
- в) передняя треть задней трети твердого неба
- г) средняя треть задней трети твердого неба
- д) задняя треть задней трети твердого неба

036. Изменение традиционного месторасположения дуги на верхней челюсти обуславливает

- а) желание пациента
- б) форма твердого неба
- в) выраженный тонус шов твердого неба
- г) топография дефекта зубного ряда
- д) эстетические требования

037. Наиболее полно отражает качественную характеристику передачи жевательной нагрузки бюгельного протеза

- а) съемный протез
- б) скелетный протез
- в) бюгельный протез
- г) полуфизиологический протез
- д) опирающийся протез

038. Толщина плеча кламмера Аккера у основания

- а)  $0.5 \pm 0.2$  мм
- б)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.2 \pm 0.4$  мм
- д)  $1.8 \pm 0.4$  мм

039. Толщина плеча кламмера Аккера у окончания

- а)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.9 \pm 0.1$  мм
- г)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- д)  $1.2 \pm 0.1$  мм

040. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у основания

- а) не менее 0.5 мм
- б) не менее 0.8 мм
- в) не менее 1.0 мм
- г) не менее 2.5 мм
- д) не менее 4.0 мм

041. Толщина окклюзионной накладки (лапки) у окончания

- а) не менее 0.1 мм
- б) не менее 0.2 мм
- в) не менее 0.3 мм
- г) не менее 0.4 мм
- д) не менее 1.0 мм

042. Ширина верхней задней дуги

- а)  $3.0 \pm 2.0$  мм
- б)  $4.0 \pm 2.0$  мм
- в)  $5.0 \pm 2.0$  мм
- г)  $6.0 \pm 2.0$  мм
- д)  $8.0 \pm 2.0$  мм

043. Ширина верхней передней дуги

- а)  $6.0 \pm 2.0$  мм
- б)  $7.0 \pm 2.0$  мм
- в)  $8.0 \pm 2.0$  мм
- г)  $9.0 \pm 2.0$  мм
- д)  $10.0 \pm 2.0$  мм

044. Ширина нижней дуги

- а)  $2.5 \pm 1.0$  мм
- б)  $3.0 \pm 1.0$  мм
- в)  $3.5 \pm 1.0$  мм
- г)  $4.0 \pm 1.0$  мм
- д)  $5.0 \pm 1.0$  мм

045. Толщина верхней задней дуги

- а)  $1.3 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.4 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.6 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.7 \pm 0.2$  мм

046. Ширина верхней передней дуги

- а)  $0.3 \pm 0.1$  мм
- б)  $0.4 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.7 \pm 0.1$  мм

047. Толщина нижней дуги

- а)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.1$  мм
- д)  $2.5 \pm 0.1$  мм

048. Толщина небной пластинки

- а)  $1.5 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.3$  мм
- г)  $0.4 \pm 0.2$  мм
- д)  $0.2 \pm 0.2$  мм

049. Толщина язычной пластинки у зубного ряда

- а)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.3 \pm 0.1$  мм

050. Толщина язычной пластинки у нижнего края

- а)  $2.5 \pm 0.1$  мм
- б)  $2.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.9 \pm 0.1$  мм

051. Ширина ограничителя базиса

- а)  $2.0 \pm 2.0$  мм
- б)  $3.0 \pm 2.0$  мм
- в)  $4.0 \pm 2.0$  мм
- г)  $5.0 \pm 2.0$  мм
- д)  $6.0 \pm 2.0$  мм

052. Толщина ограничителя базиса

- а)  $5.0 \pm 0.2$  мм
- б)  $4.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $3.0 \pm 0.2$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.0 \pm 0.2$  мм

053. Толщина амбразурного зацепного крючка

- а)  $3.0 \pm 0.1$  мм
- б)  $2.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.3 \pm 0.1$  мм

054. Толщина амбразурного зацепного крючка

- а)  $0.3 \pm 0.1$  мм
- б)  $0.4 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.5 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 1.5$  мм
- д)  $0.7 \pm 0.1$  мм

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

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.5 мм
- г) 1.0 мм
- д) не менее 1.5 мм

056. Величина зазора между каркасом бюгельного протеза в месторасположении соединений и слизистой оболочки полости рта

- а) нет зазора
- б) не менее 0.3 мм
- в) не менее 0.5 мм
- г) не менее 1.0 мм
- д) не более 1.0 мм

057. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней передней дугой

- а) нет зазора
- б) не более 0.1 мм
- в) не более 0.3 мм
- г) не более 0.5 мм
- д) не более 0.8 мм

058. Каким положением фронтальных зубов нижней челюсти обусловлено вестибулярное расположение дуги в бюгельном протезе для нижней челюсти?

- а) выраженной протрузией фронтальных зубов верхней челюсти
- б) выраженной протрузией фронтальных зубов нижней челюсти
- в) вертикальным положением продольных осей нижних фронтальных зубов
- г) желанием пациента

д) высоким альвеолярным отростком нижней челюсти

059. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и небной пластинкой

- а) не более 0.8 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.4 мм
- г) не более 0.3 мм
- д) нет зазора

060. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и ответвлениями бюгеля верхней челюсти

- а) не более 0.7 мм
- б) не более 0.5 мм
- в) не более 0.3 мм
- г) не более 0.2 мм
- д) нет зазора

061. Величина зазора между слизистой оболочкой неба и верхней задней дугой при I классификации дефекта

- а) 0.6 мм
- б) 0.5 мм
- в) 0.3 мм
- г) 0.2 мм
- д) нет зазора

062. Величина зазора между слизистой оболочкой и удлинненным плечом кламмера Роуча

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм
- д) от 0.8 до 1 мм

063. Величина зазора между слизистой оболочкой и усиливающим ответвлением кольцевидного кламмера

- а) нет зазора
- б) 0.1 мм
- в) от 0.2 до 0.6 мм
- г) от 0.6 до 0.8 мм
- д) от 0.8 до 1 мм

064. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и язычной пластинкой бюгельного протеза

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.4 мм
- г) от 0.5 до 1.0 мм
- д) от 1.0 до 1.5 мм

065. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и дугой нижнего бюгеля

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.4 мм
- г) от 0.5 до 1.0 мм
- д) от 1.0 до 1.5 мм

066. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением нижнего бюгеля



- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) 0.4 мм
- г) от 0.5 до 1.0 мм
- д) от 1.0 до 1.5 мм

067. Величина зазора между слизистой оболочкой альвеолярного отростка и ответвлением для Кипмайдера

- а) нет зазора
- б) 0.2 мм
- в) от 1.0 до 1.5 мм
- г) 0.4 мм
- д) от 0.5 до 1.0 мм

068. Кипмайдер - это

- а) шинирующее устройство
- б) фиксирующее устройство
- в) антипрокидывающее устройство
- г) эстетическое приспособление
- д) декоративный элемент

069. Ширина плеча у основания Т-образного кламмера Роуча?

- а) 0.5 мм
- б) 0.8 мм
- в) 1.0 мм
- г) 1.5 мм
- д) 1.8 мм

070. Ширина Т-образного плеча кламмера Роуча у окончания

- а) 0.4 мм
- б) 0.6 мм
- в) 0.8 мм
- г) 1.0 мм
- д) 1.2 мм

071. Ширина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

- а) 2.0 мм
- б) 1.8 мм
- в) 1.6 мм
- г) 1.4 мм
- д) 1.2 мм

072. Ширина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

- а) 2.0 мм
- б) 1.8 мм
- в) 1.6 мм
- г) 1.4 мм
- д) 1.1 мм

073. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у основания

- а) 1.0 мм
- б) 1.2 мм
- в) 1.4 мм
- г) 1.6 мм
- д) 1.8 мм

074. Толщина удлиняющего плеча (стержня) кламмера Роуча у окончания

- а) 0.4 мм
- б) 0.6 мм
- в) 0.8 мм
- г) 1.0 мм
- д) 1.2 мм

075. Ширина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а)  $2.0 \pm 0.5$  мм
- б)  $1.5 \pm 0.5$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.5$  мм
- г)  $0.5 \pm 0.5$  мм
- д)  $0.3 \pm 0.2$  мм

076. Толщина плеча кольцевидного кламмера у основания

- а)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.2 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.4 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.6 \pm 0.2$  мм

077. Толщина плеча кольцевидного кламмера у окончания

- а)  $1.2 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.4 \pm 0.1$  мм

078. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

- а)  $0.5 \pm 0.5$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.5$  мм
- в)  $1.5 \pm 0.5$  мм
- г)  $2.0 \pm 0.5$  мм
- д)  $2.5 \pm 0.5$  мм

079. Ширина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а)  $0.4 \pm 0.2$  мм
- б)  $0.6 \pm 0.2$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.2 \pm 0.2$  мм

080. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у основания

- а)  $0.6 \pm 0.2$  мм
- б)  $0.8 \pm 0.2$  мм
- в)  $1.0 \pm 0.2$  мм
- г)  $1.2 \pm 0.2$  мм
- д)  $1.4 \pm 0.2$  мм

081. Толщина кламмера заднего действия (одноплечевого) у окончания

- а)  $1.2 \pm 0.1$  мм
- б)  $1.0 \pm 0.1$  мм
- в)  $0.8 \pm 0.1$  мм
- г)  $0.6 \pm 0.1$  мм
- д)  $0.4 \pm 0.1$  мм

082. Универсальность прибора отражает термин -
- а) параллелометр
  - б) параллелограф
  - в) параллелизатор
  - г) аналитический разметчик
  - д) бюгелеразметчик
083. Сколько основных типов наклона модели на столике параллелометра Вы знаете?
- а) 2 типа
  - б) 3 типа
  - в) 4 типа
  - г) 5 типов
  - д) 6 типов
084. Цоколь рабочей модели для конструирования опирающегося протеза должен быть высотой
- а) 1 мм
  - б) 15 мм
  - в) 30 мм
  - г) 40 мм
  - д) 50 мм
085. На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят линии
- а) обзора
  - б) экватора зуба
  - в) продольной оси зуба
  - г) десневого края
  - д) жевательной поверхности
086. Наиболее важной линией при расположении элементов в опорноудерживающем кламмере является
- а) продольная ось зуба
  - б) линия анатомического экватора
  - в) линия вертикали
  - г) контрольная линия
  - д) линия десневого края
087. Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии, принято называть
- а) линия поднутрения
  - б) линия анатомического экватора
  - в) линия обзора
  - г) линия десневого края
  - д) линия жевательной поверхности и режущей поверхности
088. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, принято называть
- а) зоной поднутрения
  - б) окклюзионной зоной
  - в) ретенционной зоной
  - г) зоной безопасности
  - д) кламмерной зоной
089. Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называется
- а) зоной поднутрения

- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности
- д) кламмерной зоной

090. Пространство, расположенное между боковой поверхностью зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелограмма при заданном наклоне модели называется

- а) зоной поднутрения
- б) окклюзионной зоной
- в) ретенционной зоной
- г) зоной безопасности
- д) кламмерной зоной

091. Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается

- а) в зоне поднутрения
- б) в окклюзионной зоне
- в) в ретенционной зоне
- г) в зоне безопасности
- д) в кламмерной зоне

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

- а) в зоне поднутрения
- б) в окклюзионной зоне
- в) в ретенционной зоне
- г) в зоне безопасности
- д) в кламмерной зоне

093. Плечо кламмера Аккера должно иметь форму

- а) прямую
- б) клиновидную
- в) саблевидную
- г) серповидную
- д) кольцевидную

094. Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь

- а) плоскую форму
- б) форму ласточкиного хвоста
- в) форму полусферы
- г) форму квадрата
- д) ложечкообразную форму

095. На одностоящий моляр применяется кламмер

- а) Аккера
- б) Роуча
- в) Бонвиля
- г) Свенсена
- д) кольцевидный

096. На боковых зубах применяется кламмер

- а) Аккера
- б) Роуча
- в) Бонвиля
- г) Свенсена
- д) кольцевидный

097. Место расположения фиксирующей части плеча кламмера определяется с помощью следующего штатного стержня параллелометра
- а) аналитического стержня
  - б) графитового стержня
  - в) указательного стержня
  - г) фиксирующего стержня
  - д) измерителя степени ретенции
098. Техник моделирует каркас цельнолитого бюгельного протеза на следующей модели
- а) диагностической
  - б) рабочей
  - в) дублированной гипсовой
  - г) огнеупорной супергипсовой
  - д) дублированной огнеупорной
099. Для получения огнеупорной модели необходимо сделать
- а) параллелометрию рабочей модели
  - б) параллелографию рабочей модели
  - в) изолировать зоны поднутрения рабочей модели
  - г) дублировать рабочую модель
  - д) пропитать водой рабочую модель
100. Дублирование модели делают с помощью
- а) альгинатного материала
  - б) силиконового материала
  - в) гидроколлоидного материала
  - г) термопластического материала
  - д) эвгенолксицинкового материала
101. Для получения огнеупорной модели необходимо иметь
- а) этилсиликат
  - б) корунд
  - в) силамин
  - г) маршалит
  - д) супергипс
102. Выберите метод стабилизации (лечения) развившейся стадии очагового пародонтита с распространением на всю фронтальную группу зубов
- а) фронтальная стабилизация
  - б) сагиттальная стабилизация
  - в) парасагиттальная стабилизация
  - г) фронтосагиттальная стабилизация
  - д) стабилизация по дуге
103. Какой из современных отечественных сплавов широко применяется для изготовления цельнолитого каркаса бюгельного протеза?
- а) нержавеющей сталь
  - б) сплав золота
  - в) хром-никелевый сплав
  - г) хром-кобальтовый сплав
  - д) серебряно-палладиевый сплав
104. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия)
- а) интердентальная шина В.Н.Копейкина
  - б) шина Мамлока

- в) шина Эльбрехта
- г) шина из четырех цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок
- д) экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

#### *Раздел 9*

### **ТРАВМЫ И ДЕФЕКТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

001. Причинами возникновения дефектов верхней челюсти являются
- а) результат воспалительного процесса челюстно-лицевой области
  - б) травматические повреждения и оперативные вмешательства челюстно-лицевой области
  - в) результат лучевой терапии
  - г) врожденные дефекты
  - д) все вышеперечисленное верно
002. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны
- а) разнообразная локализация дефекта
  - б) резкие рубцовые изменения в пораженной области
  - в) изменение в цвете тканей окружающих дефект
  - г) все вышеперечисленное верно
003. Укажите аппараты, относящиеся к группе репонирующего типа действия
- а) шина Ванкевича
  - б) шина Порта
  - в) проволочная шина-скоба
004. Укажите аппараты, относящиеся к группе внутриротовых назубных фиксирующих
- а) проволочные шины по Тигерштадту
  - б) шина Вебера
  - в) шина Порта
005. Характерные особенности дефектов челюстно-лицевой области после Хейло- и уранопластики
- а) разнообразное расположение дефектов мягких тканей
  - б) значительная деформация
  - в) значительные рубцовые изменения
  - г) нарушения речи
  - д) все вышеперечисленное верно
006. Укажите причины, приводящие к неправильно сросшимся переломам
- а) неправильное сопоставление отломков
  - б) недостаточная фиксация отломков
  - в) нарушение гигиены полости рта
  - г) применение лечебной гимнастики
007. Укажите причины формирования ложного сустава
- а) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
  - б) неправильное сопоставление костных фрагментов
  - в) остеомиелит
  - г) интерпозиция
  - д) раннее протезирование
  - е) все вышеперечисленные
  - ж) правильные ответы а), в), г), д)
  - з) правильные ответы а), в), г)
  - и) правильные ответы а), в), д)
  - к) правильные ответы а), б), в)

008. Функциональными нарушениями, наблюдаемыми при стомоназальных дефектах (приобретенных), являются
- а) нарушение окклюзии
  - б) нарушение формирования пищевого комка
  - в) нарушение речи
  - г) нарушение глотания
  - д) все вышеперечисленное верно
009. При ложном суставе съемный протез изготавливается
- а) с одним базисом
  - б) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними
  - в) с металлическим базисом
010. Особенности снятия слепков при стомоназальных дефектах (приобретенных)
- а) необходимость тампонирования дефекта
  - б) сегментарное снятие оттиска
  - в) снятие оттиска разборной ложкой
  - г) снятие оттиска без тампонады дефекта
  - д) снятие оттиска индивидуальной ложкой
011. При изготовлении верхне-челюстного obtурирующего протеза при наличии непрерывного зубного ряда на сохранившемся участке верхней челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы
- а) фиксирующие кламмеры
  - б) телескопические коронки
  - в) балочная (штанговая) система фиксации
  - г) опорно-удерживающие кламмеры
  - д) все вышеперечисленное верно
012. Наиболее применимыми методами фиксации при сочетанных дефектах верхней челюсти и лица являются
- а) сочетанная система с очковой оправой
  - б) применение магнитных элементов
  - в) использование эластичной пластмассы
  - г) специальная хирургическая подготовка
  - д) все вышеперечисленное верно
013. При обширных дефектах челюстей и одиночном зубе на сохранившемся участке челюсти наиболее применимы следующие фиксирующие элементы
- а) фиксирующие кламмеры
  - б) магнитные элементы
  - в) телескопические коронки
  - г) использование эластичной массы
  - д) использование пружинных элементов
014. Конструкция obtурирующей части протеза при срединном дефекте костного неба следующая
- а) на базе нет obtурирующей части
  - б) obtуратор высоко входит в полость носа
  - в) obtуратор полый
  - г) на базисе вокруг дефекта создан небольшой валик
  - д) obtуратор возвышается над базисом на 2-3 мм
015. Контрактура нижней челюсти бывает
- а) костная
  - б) рефлекторно-мышечная
  - в) рубцовая

- г) все перечисленное
- д) правильные ответы б) и в)
- е) правильные ответы а) и в)
- ж) правильные ответы а) и б)

016. Более целесообразной конструкцией obturатора при полном отсутствии верхней челюсти является

- а) obturator полый, воздухоносный
- б) obturator массивный, монолитный
- в) obturator изготовлен в виде тонкой пластинки
- г) разнообразная конструкция obturатора
- д) плавающий obturator

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

- а) монолитное соединение obtурирующей части с базисом протеза
- б) раздельное изготовление obturатора и зубного протеза
- в) obturator имеет подвижное соединение с базисом протеза
- г) obturator массивный, воздухоносный
- д) obturator массивный, монолитный

018. Наиболее рациональными методами формирования obtурирующей части протеза являются

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

019. Наиболее оптимальными сроками изготовления резекционного протеза являются

- а) через 2 месяца после операции
- б) через 6 месяцев после операции
- в) через 2 недели после операции
- г) до оперативного вмешательства
- д) сразу же после операции

020. К основным функциям резекционного протеза относятся

- а) восстановление эстетических норм челюстно-лицевой области
- б) восстановление функции дыхания
- в) защита раневой поверхности
- г) частичное восстановление нарушенных функций и формирование протезного ложа
- д) все вышеперечисленное верно

021. Наиболее объективно определяют степень восстановления obtурирующим протезом функции глотания следующие лабораторные методы

- а) рентгенография
- б) фагиография
- в) реопарадонтография
- г) электромиография
- д) электромиомастикациография

022. Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с obtурирующим протезом являются

- а) применение диагностических моделей
- б) электромиография
- в) фагиография



- г) реопарадонттография
- д) рентгенография

023. Наиболее объективными клиническими методами при оценке функциональной ценности obtурирующего протеза являются

- а) осмотр полости рта
- б) фонетические пробы
- в) глотание воды
- г) проверка окклюзии и артикуляции
- д) выявление зон повышенного давления

024. К характерным признакам неправильно сросшихся обломков при переломе нижней челюсти относятся

- а) нарушение функции речи
- б) нарушение формирования пищевого комка
- в) несмыкание ротовой щели
- г) нарушение окклюзионных соотношений с зубами верхней челюсти
- д) аномальное положение зубов

025. Основным признаком, позволяющим определить наличие "ложного" сустава нижней челюсти во фронтальном участке, является

- а) несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава
- б) резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
- в) смещение отломков в язычном направлении
- г) подвижность обломков, определяющаяся при пальцевом обследовании
- д) все вышеперечисленное

026. Несрастание отломков в области премоляров и моляров позволяют определить

- а) подвижность обломков
- б) смещение малого отломка в язычном направлении
- в) окклюзионные нарушения
- г) нарушения функции речи
- д) все вышеперечисленное

027. Особенности протезирования больных с неправильно сросшимися отломками

- а) предварительное (ортодонтическое) исправление положения отломков
- б) предварительное (ортодонтическое) исправление положения зубной дуги
- в) изготовление протезов с расположением искусственных зубов по центру альвеолярного отростка
- г) изготовление протезов с двойным рядом зубов
- д) отказ в протезировании до хирургического исправления положения отломков

028. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в центральном отделе (вертикальный перелом)

- а) отломки находятся в состоянии "уравновешивания"
- б) незначительное смещение отломков
- в) незначительное нарушение прикуса
- г) все вышеперечисленное верно
- д) все вышеперечисленное неверно

029. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в области угла (перелом поперечный, идет косо кнутри и вперед)

- а) резкое смещение малого отростка внутрь
- б) резкое смещение малого отростка вверх
- в) резкое смещение малого отростка кпереди
- г) все вышеперечисленное верно

д) все вышеперечисленное неверно

030. К способам нормализации окклюзионных соотношений челюстей при неправильно сросшихся отломках относятся

- а) ортодонтическое исправление положения отломков
- б) удаление зубов
- в) изготовление двойного ряда зубов
- г) наложение репонирующего аппарата
- д) наложение шинирующего аппарата

031. Укажите один из важных клинических признаков перелома нижней челюсти

- а) нарушение прикуса при сомкнутых челюстях
- б) невозможность закрыть рот
- в) глубокое перекрытие нижних зубов верхними
- г) дистальный сдвиг нижней челюсти
- д) невозможность сомкнуть губы

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

- а) нарушение поверхностей чувствительности кожи лица
- б) нарушение болевой чувствительности
- в) нарушение тактильной чувствительности
- г) нарушение температурной чувствительности
- д) все вышеперечисленное неверно

033. При лечении переломов целесообразно применять

- а) шины гнутые из алюминиевой проволоки
- б) шины из быстротвердеющих пластмасс
- в) стандартные шины назубные ленточные
- г) сочетание проволочных шин с быстротвердеющими пластмассовыми
- д) возможны все вышеперечисленные варианты

034. При изготовлении шин для лечения переломов челюстей учитываются

- а) быстрота изготовления
- б) стандартизация шин
- в) гигиеничность шин
- г) отсутствие окклюзионных нарушений
- д) все вышеперечисленное

035. Укажите один из характерных признаков переднего двустороннего вывиха нижней челюсти

- а) смещение подбородка в сторону
- б) полуоткрыт рот, невозможно закрыть рот
- в) болезненность в области нижней челюсти
- г) нарушение окклюзии
- д) аномалия прикуса при сомкнутых зубах

036. Для переднего одностороннего вывиха нижней челюсти характерно

- а) рот полуоткрыт
- б) подбородок смещен в сторону (здоровую)
- в) ограниченное движение нижней челюсти
- г) изменение в пораженном суставе
- д) все вышеперечисленное верно

037. Для переднего двухстороннего вывиха нижней челюсти характерно

- а) резкая болезненность в височно-нижнечелюстных суставах
- б) невозможность открыть рот

- в) слюнотечение
- г) затруднение речи
- д) все вышеперечисленное верно

038. Назовите предрасполагающие к привычным вывихам факторы

- а) полиартриты
- б) заболевание височно-нижнечелюстного сустава
- в) растяжение суставной капсулы
- г) клинические судороги
- д) все вышеперечисленное верно

039. Снять мышечную контрактуру при вывихах нижней челюсти можно

- а) с помощью местной анестезии
- б) применением мышечных релаксантов
- в) общим наркозом
- г) силовым воздействием
- д) все вышеперечисленное верно

040. При лечении привычных вывихов нижней челюсти можно применять

- а) укрепление связочно-капсулярного аппарата
- б) применение ортопедических аппаратов
- в) оперативное лечение
- г) применение имплантата
- д) все вышеперечисленное верно

041. Наиболее характерным симптомом перелома альвеолярного отростка верхней челюсти является

- а) нарушение прикуса
- б) возможно пальпаторно определить подвижность отломков
- в) нарушение формы зубной дуги
- г) вытекание изо рта вязкой слюны с кровью
- д) все вышеперечисленное верно

042. Назовите характерный признак перелома тела верхней челюсти

- а) головная боль, головокружение
- б) значительный отек мягких тканей лица
- в) резкое нарушение прикуса
- г) нарушение речи, глотания
- д) все вышеперечисленное верно

043. Назовите признак тяжелого повреждения верхней челюсти

- а) повреждение соседних органов
- б) резкие функциональные нарушения
- в) повреждение основания черепа
- г) значительное нарушение верхней челюсти
- д) все вышеперечисленное верно

044. Какова тактика врача по отношению к вывихнутым или резкоподвижным зубам, находящимся в зоне повреждения (перелома) челюсти?

- а) депульпирование этих зубов
- б) шинирование с помощью лигатурной проволоки
- в) шинирование быстротвердеющей пластмассой
- г) удаление
- д) все вышеперечисленное верно

045. Тактика врача в отношении зубов, находящихся в щели перелома при наличии глубоких зубодесневых карманов -

- а) удаление
- б) консервативное лечение
- в) шинирование быстротвердеющей пластмассой
- г) шинирование с помощью лигатурной проволоки
- д) лечение с применением антибиотиков

046. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков -

- а) консервативное лечение
- б) шинирование самотвердеющей пластмассой
- в) лечение с применением антибиотиков
- г) удаление
- д) перемещение с помощью репонирующего аппарата

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

- а) стандартный комплект Збаржа
- б) назубная проволочная шина
- в) шина Аржанцева
- г) проволочные шины с распорками
- д) все вышеперечисленное верно

#### *Раздел 10*

### **КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ**

001. Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке следующее

- а) плечи расположены на уровне кортикальной пластинки
- б) выше кортикальной пластинки
- в) ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм
- г) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм
- д) в зависимости о состояния кости

002. Проходить регулярный контроль больному, получившему лечение с помощью имплантации

- а) не требуется
- б) в зависимости от желания пациента
- в) требуется в течение первого года
- г) требуется проводить регулярный контроль
- д) требуется в течение первых шести месяцев

003. Субпериостальная имплантация показана

- а) если включенный дефект небольшой протяженности с резко выраженной атрофией альвеолярного отростка
- б) если концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
- в) при полном отсутствии зубов на челюсти со значительной атрофией альвеолярного гребня
- г) при утрате одного зуба с резкой атрофией альвеолярного гребня
- д) при утрате всех фронтальных зубов с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком

004. При использовании субпериостальной имплантации необходимо изготовление индивидуальной ложки в следующих случаях

- а) применение индивидуальной ложки необязательно
- б) необходимо применять в каждом случае
- в) только при использовании полного субпериостального имплантата
- г) в зависимости от анатомических условий
- д) нет указаний

005. Получать оттиск при субпериостальной имплантации рекомендуется

- а) гипсом
- б) альгинатными материалами
- в) силиконовыми материалами
- г) любыми
- д) в зависимости от клинической условий

006. Изгибать головку титанового имплантата можно

- а) на 30°
- б) до 10°
- в) не более 45°
- г) до 15°
- д) изгибать нельзя

007. Аналог имплантата отличается от собственно имплантата по толщине

- а) толще на 0.3 мм
- б) тоньше на 0.2 мм
- в) толщина одинакова
- г) толще на 0.2 мм
- д) тоньше на 0.5 мм

008. Инструмент "стружкоудалитель" предназначен

- а) для удаления костных опилок
- б) для удаления костных опилок и сглаживания неровностей
- в) для удаления костных опилок, сглаживания неровностей и измерения глубины
- г) для удаления костных опилок, сглаживания неровностей, измерения глубины и углубления костного ложа
- д) для всего вышеперечисленного

009. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата наносят цемент перед фиксацией?

- а) на всю длину
- б) на внутрикостную часть
- в) на внутрикорневую часть
- г) на внутрикорневую часть и 2 мм за верхушку
- д) в зависимости от длины имплантата

010. При субпериостальной имплантации наиболее часто используется

- а) проводниковая анестезия
- б) инфильтрационная анестезия
- в) нейропептаналгезия
- г) инфильтрационная и проводниковая анестезия
- д) эндотрахеальный наркоз

011. После имплантации швы снимаются

- а) через 3 недели
- б) через 7-8 дней
- в) через 2-3 дня
- г) через 10-12 дней
- д) через 4-5 дней

012. Завышение высоты нижнего отдела лица при протезировании с опорой на имплантаты

- а) допустимо во всех случаях
- б) недопустимо во всех случаях
- в) недопустимо только при полном отсутствии зубов
- г) допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы
- д) допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры

013. Целью применения внутрислизистых имплантатов является
- а) улучшение фиксации съемных протезов
  - б) улучшение фиксации мостовидных протезов
  - в) улучшение устойчивости зубов
  - г) улучшение эстетики протезирования
  - д) все вышеперечисленное
014. Применение эндо-субпериостальных имплантатов показано
- а) во фронтальном отделе нижней челюсти
  - б) в дистальных участках нижней челюсти
  - в) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
  - г) во фронтальном отделе верхней челюсти
  - д) в дистальных участках верхней челюсти
015. Если величина костного ложа незначительно шире имплантата
- а) имплантация откладывается
  - б) возможно достижение плотной посадки путем изгибания имплантата
  - в) если имеется место, то подготавливают новое ложе
  - г) имплантат помещают в подготовленное ложе несмотря на подвижность
  - д) решение зависит от величины дефекта
016. Стерилизуют имплантаты
- а) в автоклаве
  - б) в суховоздушном стерилизаторе
  - в) в автоклаве или в сухожаровом шкафу
  - г) химическим способом
  - д) всеми вышеперечисленными способами
017. Цель пассивации - это
- а) упрочнение имплантата
  - б) удаление инородных включений
  - в) создание окисной пленки
  - г) устранение внутренних напряжений в металле
  - д) улучшение кристаллической структуры
018. Показаниями к проведению имплантации являются
- а) полное отсутствие зубов
  - б) концевые дефекты зубных рядов
  - в) потеря одного зуба
  - г) неудовлетворительная фиксация съемного протеза
  - д) все вышеперечисленное
019. К противопоказаниям к проведению имплантации относятся
- а) эндокринные заболевания
  - б) сифилис
  - в) гемофилия
  - г) нарушение кальциевого обмена
  - д) все вышеперечисленное
020. Назовите элементы субпериостального имплантата
- а) вестибулярная ветвь
  - б) небная дуга
  - в) подъязычная дуга
  - г) оральное ответвление
  - д) накладка

021. Элементы конструкции внутрислизистого имплантата -
- а) головка
  - б) шейка
  - в) базисная часть
  - г) все перечисленное выше
022. Наиболее часто рекомендуется для зашивания разреза слизисто-надкостничного лоскута
- а) кетгут
  - б) шелк
  - в) полиамидная нить
  - г) волос
  - д) все вышеперечисленное
023. Оссеоинтеграция имплантата - это
- а) плотное укрепление имплантата
  - б) помещение имплантата в костную ткань
  - в) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата
  - г) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью
  - д) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью
024. Фиброзная интеграция имплантата - это
- а) укрепление имплантата в соединительной ткани
  - б) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью
  - в) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата
  - г) помещение имплантата под надкостницу
  - д) нет определения
025. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится
- а) в целях достижения оссеоинтеграции
  - б) для снижения послеоперационной травмы
  - в) для предупреждения фиброзной интеграции
  - г) при плохих способностях к регенерации костной ткани
  - д) в целях улучшения функционального эффекта
026. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как
- а) кровотечение
  - б) подвижность имплантата
  - в) флегмона
  - г) рассасывание костной ткани вокруг имплантата
  - д) все вышеперечисленное
027. К потере имплантата могут привести
- а) плохая гигиена полости рта
  - б) нерациональное питание
  - в) неудовлетворительная жевательная нагрузка
  - г) нарушение обмена веществ
  - д) все вышеперечисленные факторы
028. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима
- а) при расположении имплантатов на разных челюстях
  - б) при наличии больших дефектов зубных рядов
  - в) при использовании для имплантатов однородных металлов
  - г) во всех перечисленных случаях
  - д) недопустима

029. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение
- а) единственный метод, позволяющий получить положительный результат
  - б) имплантация является методом выбора
  - в) имплантация применяется только в исключительных случаях
  - г) имплантация применяется по желанию больного
  - д) имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения
030. Стоматологической имплантацией могут заниматься
- а) все врачи-стоматологи
  - б) только врачи-стоматологи-ортопеды
  - в) врачи-стоматологи-хирурги высшей категории
  - г) врачи-стоматологи высокой квалификации, имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию
  - д) врачи любой специальности
031. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации?
- а) только альвеолярный отросток
  - б) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти
  - в) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат без риска повреждения определенных анатомических структур
  - г) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов
  - д) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти
032. Наиболее приемлемыми материалами для изготовления хирургического инструментария для имплантации являются
- а) любой подходящий для этой цели металл
  - б) металлы, применяемые для изготовления данных имплантатов
  - в) нержавеющая сталь
  - г) хромо-кобальтовый сплав
  - д) сталь с покрытием нитридом титана
033. Нормализация окклюзии при имплантации
- а) один из основных параметров влияющих на успех лечения
  - б) не оказывает влияния на результаты имплантации
  - в) может оказывать влияние на результат у некоторых больных
  - г) не придает большого значения устранению окклюзионных нарушений
  - д) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией
034. Отпечаток костной ткани при субпериостальной имплантации получают
- а) с помощью стандартной металлической ложки любым слепочным материалом
  - б) частичной стандартной ложкой с помощью альгинатов
  - в) с помощью жесткой индивидуальной ложки силиконовыми материалами
  - г) жесткой индивидуальной ложкой с помощью жидкого гипса
  - д) без использования слепочной ложки супергипсом
035. Имплантация противопоказана
- а) при сахарном диабете
  - б) при остеопорозе
  - в) при сифилисе
  - г) при СПИДе
  - д) при всех перечисленных выше заболеваниях
036. Какое количество имплантатов может быть максимально установлено у одного больного?
- а) один



- б) два-три
- в) не более шести
- г) 6-8
- д) ограничений нет

037. На образование тепла при сверлении кости влияют

- а) форма сверла
- б) величина бора
- в) острота бора
- г) давление при сверлении
- д) все вышеперечисленные факторы

038. Наилучшим способом охлаждения кости при ее сверлении является

- а) внешнее воздушное охлаждение
- б) охлаждение жидкостью с внешним подводом
- в) охлаждение воздухом с подводкой внутри бора
- г) все способы хороши
- д) подведение охлаждающей жидкости к режущей кромке

039. Оптимальная величина подачи охлаждающей жидкости

- а) 300-500 мл/мин
- б) 100-200 мл/мин
- в) 600-700 мл/мин
- г) 10-15 мл/мин
- д) 30-50 мл/мин

040. Что происходит с костной тканью при превышении температуры критических величин?

- а) гиперемия
- б) отек
- в) инфильтрация
- г) некроз
- д) пролиферация

041. Некроз костной ткани происходит при температуре

- а) 45°C
- б) 40-50°C
- в) выше 50°C
- г) 65°C и выше
- д) 60-65°C

042. При сверлении температура кости не должна превышать

- а) 20°
- б) 30°
- в) 37°
- г) 47°
- д) 50°

043. Какие клеточные элементы относятся к костной ткани?

- а) остеобласты
- б) остециты
- в) остокласты
- г) нет данных
- д) все вышеперечисленные элементы

044. Функцией остеобластов является

- а) образование костной ткани

- б) резорбция кости
- в) функция иммунитета
- г) функция кроветворения
- д) не имеет определенной функции

045. Функцией остеокластов является

- а) образование костной ткани
- б) резорбция кости
- в) функция иммунитета
- г) функция кроветворения
- д) не имеет функционального значения

046. Возможными путями ускорения заживления кости являются

- а) гормональная стимуляция
- б) электрическая стимуляция
- в) применение фибрина
- г) стимуляция невозможна
- д) все перечисленное, кроме г)

047. Причинами, ведущими к нарушению костного заживления, являются

- а) травматическое препарирование кости
- б) облучение
- в) первичная подвижность имплантата
- г) плохая биосовместимость
- д) все вышеперечисленное

048. Величина окисной пленки на поверхности титана

- а) 5-7 ангстрем
- б) 2-10 мкм
- в) 30-50 ангстрем
- г) 25-30 мкм
- д) 40-60 мкм

049. К возможным реакциям костной ткани на травму относятся

- а) образование фиброзной ткани
- б) секвестрация
- в) образование новой костной ткани
- г) оссеоинтеграция
- д) все вышеперечисленное

050. При имплантации на реакцию костной ткани влияют

- а) репаративные способности костной ткани
- б) материал имплантата
- в) форма имплантата
- г) техника препарирования
- д) все вышеперечисленные факторы

051. К послеоперационным осложнениям при имплантации относятся

- а) расхождение швов
- б) подвижность имплантата
- в) перфорация верхне-челюстного синуса
- г) все вышеперечисленное

052. При изготовлении имплантата используют

- а) медь
- б) титан

- в) цинк
- г) хром
- д) ниобий

053. Инструменты, применяемые при имплантации

- а) скальпель
- б) костные кусачки
- в) стружкоудалитель
- г) иглодержатель
- д) все вышеперечисленные

054. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти?

- а) верхнечелюстной синус
- б) резцовые отверстия
- в) скуловой отросток
- г) лобный отросток
- д) подбородочные отверстия

055. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти?

- а) мышечковые отростки
- б) придаточные пазухи
- в) венечные отростки
- г) внутреннюю косую линию
- д) наружную косую линию

056. К нарушению оссеоинтеграции ведут

- а) травматическое препарирование кости
- б) предоперационное облучение
- в) подвижность имплантата
- г) перегрузка имплантата
- д) все вышеперечисленные

057. В настоящее время для увеличения атрофированного альвеолярного отростка используют

- а) каучук
- б) гидроксилapatит
- в) полиуритан
- г) нейлон
- д) метилметакрилат

058. Коллагеновые волокна в разделительном слое при фиброзной интеграции

- а) направлены вдоль имплантата
- б) направлены перпендикулярно поверхности имплантата
- в) направлены под определенным углом к имплантату
- г) хаотично
- д) образуют сетчатую структуру

059. Имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата?

- а) имеется
- б) отсутствует
- в) не изучено
- г) отчасти
- д) только у титановых имплантатов

060. К недостаткам имплантатов из пористых материалов относятся

- а) меньшая механическая прочность
- б) возможность загрязнения
- в) худшая биотолерантность
- г) недолговечность
- д) все вышеперечисленные недостатки

061. Преимуществом эндодонто-эндоссальных имплантатов является

- а) лучшая биосовместимость
- б) отсутствие необходимости прикрепления в кости
- в) отсутствие связи с внешней средой
- г) большая механическая прочность
- д) простота применения

062. Факторами неблагоприятными для размещения имплантата на верхней челюсти являются

- а) преобладание спонгиозной кости
- б) часто встречающиеся неудовлетворительные анатомические взаимоотношения
- в) плохое кровоснабжение
- г) плохая иннервация
- д) все вышеперечисленные

063. Перспектива успеха имплантации в юношеские годы

- а) благоприятная
- б) неблагоприятная
- в) не изучено
- г) благоприятный результат только у девочек
- д) благоприятный результат только у мальчиков

064. Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

- а) остеомиелит челюсти
- б) отлом имплантатной головки
- в) воспалительные осложнения
- г) аллергическая реакция
- д) гальванизм

065. Какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации?

- а) ежемесячно
- б) 2 раза в год
- в) один раз в год
- г) 4 раза в год
- д) 5 раз в год

066. Предпочтительной конструкцией промежуточной части мостовидного протеза с опорой на имплантаты является

- а) седловидная
- б) касательная
- в) промывная
- г) касательная и седловидная
- д) все вышеперечисленные

067. Цель повторных осмотров после имплантации - это

- а) оценка состояния десны
- б) оценка подвижности имплантата
- в) проверка гигиены полости рта
- г) удаление зубных отложений
- д) все вышеперечисленное

068. Благоприятной поверхностью имплантата в области десны является
- гладкая
  - шероховатая
  - пористая
  - пористая с уступом
  - безразлично
069. Какие зубы могут включаться в мостовидный протез при использовании имплантатов?
- любые
  - с подвижностью I степени
  - с подвижностью II степени
  - устойчивые зубы
  - рекомендации отсутствуют
070. Основное назначение чрезкостных имплантатов
- использование в дистальных отделах верхней челюсти
  - использование в дистальных отделах нижней челюсти
  - применение во фронтальном отделе верхней челюсти
  - использование во фронтальном отделе нижней челюсти
  - применение во всех вышеперечисленных случаях
071. Угол заточки бора влияет
- на скорость внедрения в кость
  - на отвод костной стружки
  - на деформацию кости
  - на образование тепла
  - на все вышеперечисленное
072. На процесс сверления кости влияют
- геометрия сверла
  - число оборотов
  - прилагаемое давление
  - ни один из перечисленных факторов
  - все вышеперечисленные факторы
073. Предпочтительными факторами в процессе сверления кости являются
- умеренное число оборотов
  - увеличение давления
  - применение охлаждения
  - данных нет
  - все вышеперечисленные
074. Оптимальным режимом сверления костной ткани является
- сверление без перерыва с охлаждением
  - сверление без перерыва без охлаждения
  - сверление прерывистое с охлаждением
  - сверление прерывистое без охлаждения
  - сверление оптимальное при любом режиме
075. Является ли достаточным внешнее охлаждение при сверлении в глубоких слоях костной ткани при непрерывном режиме работы?
- да
  - нет
  - не изучено
  - зависит от величины бора
  - зависит от остроты бора

076. Имплантация не производится
- а) при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава
  - б) при остеомиелите челюстей
  - в) при парафункции
  - г) при эндокринных заболеваниях
  - д) при всех вышеперечисленных заболеваниях
077. К местным противопоказаниям для проведения имплантации относятся
- а) аномалии прикуса
  - б) рецидивирующий афтозный стоматит
  - в) дефект челюсти
  - г) лучевое облучение области головы и шеи
  - д) все вышеперечисленное
078. Имплантация противопоказана
- а) при системных заболеваниях кости
  - б) при фарингите
  - в) при хроническом бронхите
  - г) при язвенной болезни желудка
  - д) при хроническом простатите
079. Имплантация не противопоказана
- а) при нарушениях иммунной системы
  - б) при геморрагическом диатезе
  - в) при сахарном диабете
  - г) при циррозе печени
  - д) при гиперацидном гастрите
080. Эндодонто-эндоссальные имплантаты преимущественно устанавливают
- а) в боковых отделах верхней челюсти
  - б) в боковых отделах нижней челюсти
  - в) во фронтальном отделе верхней челюсти
  - г) во фронтальном отделе нижней челюсти
  - д) во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти
081. Показаниями для эндодонто-эндоссального имплантата являются
- а) разрушение коронковой части зуба
  - б) неудовлетворительное соотношение коронка/корень зуба
  - в) хронический периодонтит
  - г) подвижность зубов III-IV степени
  - д) все вышеперечисленное
082. К показаниям для эндодонто-эндоссальной имплантации относятся
- а) потеря костной ткани на 1/2 высоты корня зуба
  - б) вывих зуба
  - в) перелом корня зуба
  - г) нет показаний
  - д) все вышепредставленные
083. Факторами, определяющими успех имплантации, являются
- а) биосовместимость материала
  - б) структура поверхности
  - в) состояние ложа имплантата
  - г) техника операции
  - д) все вышеперечисленное

084. К осложнениям имплантации относятся
- а) перфорация дна верхнечелюстного синуса
  - б) обнажение имплантата
  - в) образование свищей
  - г) расхождение швов
  - д) все вышеперечисленное
085. Высокую биосовместимость титана связывают
- а) с высокой коррозионной устойчивостью
  - б) с высоким диэлектрическим постоянством
  - в) с относительной чистотой поверхности
  - г) с кристаллической структурой
  - д) со всем вышеперечисленным
086. Осложнениями, вызываемыми неправильной протезной конструкцией с опорой на имплантаты, являются
- а) перегрузка имплантата
  - б) перелом имплантата
  - в) перегрузка опорных зубов
  - г) атрофия костной ткани
  - д) все вышеперечисленное
087. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является
- а) вертикальная нагрузка
  - б) вдоль оси имплантата
  - в) боковая нагрузка в области шейки
  - г) боковая нагрузка в области вершины головки
  - д) нагрузка под острым углом к имплантату
088. Наиболее благоприятное расположение эластичных прокладок в конструкциях, опирающихся на имплантат, является
- а) в конструкции имплантата
  - б) между имплантатом и протезом
  - в) в протезе
  - г) в любом месте
  - д) в зубном протезе или имплантате
089. Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется
- а) расположением опор
  - б) жесткостью протеза
  - в) жесткостью материала имплантата
  - г) устойчивостью зубов
  - д) всем вышеперечисленным
090. Наиболее широко используются в клинике
- а) внутрикостные винтовые имплантаты
  - б) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты
  - в) внутрислизистые имплантаты
  - г) субпериостальные имплантаты
  - д) эндодонто-эндоссальные имплантаты
091. Достаточно ли использовать акриловые зубы при оссеоинтегрированных имплантатах для защиты от перегрузки?
- а) недостаточно
  - б) в зависимости от ширины зубной дуги

- в) достаточно
- г) неизвестно
- д) данные исследования противоречивы

092. Какая система интеграции имплантатов может быть использована в клинике?

- а) костная интеграция
- б) фиброзная интеграция
- в) костная и фиброзная интеграции
- г) нет указаний
- д) обе системы неприемлемы

093. Какой из пластиночных имплантатов правильно установлен в кость челюсти?

- а) плечи имплантата погружены в кость, шейка расположена в мягких тканях
- б) плечи имплантата на уровне кортикальной пластинки
- в) головка имплантата опирается на кортикальную пластинку
- г) плечи имплантата расположены на 0.5 мм выше кортикальной пластинки
- д) головка имплантата расположена над слизистой оболочкой

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

- а) межзубное расстояние
- б) ширина альвеолярного отростка
- в) толщина слизистой оболочки
- г) ширина зоны фиксированной десны
- д) все вышеперечисленное

095. Показаниями для использования пластиночных имплантатов являются

- а) потеря одного зуба
- б) концевые дефекты
- в) универсальные показания
- г) только на верхней челюсти
- д) промежуточная опора

096. Поперечный паз на альвеолярном гребне при использовании субпериостального имплантата создают

- а) для отметки области расположения опорных головок
- б) для расположения элементов каркаса вровень с поверхностью кости
- в) для устранения возможного бокового смещения
- г) для лучшей адаптации имплантата
- д) в целях эстетики

097. Определять местоположение головок внутрикостного имплантата рекомендуется

- а) Ад окулюс
- б) с помощью пластмассовой прозрачной пластинки
- в) произвольно
- г) посредством применения измерительных линеек
- д) рекомендаций нет

098. Субструктура субпериостального имплантата - это

- а) фиксирующее приспособление имплантата
- б) внутрикостная часть имплантата
- в) каркас субпериостального имплантата под слизисто-надкостничным лоскутом
- г) все, что находится под тканями организма
- д) опорная балка субпериостального имплантата

099. Имплантатный винт служит



- а) для постоянной фиксации субпериостального имплантата
- б) для распределения нагрузки на субпериостальный имплантат
- в) для временной фиксации субпериостального имплантата
- г) для фиксации протеза к субпериостальному имплантату
- д) все вышеперечисленное

100. Чрезкостный имплантат - это

- а) имплантат, проходящий через ткань зуба
- б) имплантат, проходящий через кость челюсти
- в) имплантат, проходящий через кортикальную пластинку
- г) имплантат, находящийся в пределах губчатой кости
- д) имплантат, находящийся в пределах кортикальной кости

101. Периферический каркас - это

- а) губные, язычные или щечные контуры субпериостального имплантата
- б) субпериостальный имплантат в дистальных отделах зубного ряда
- в) субпериостальный имплантат окружающий естественный зуб
- г) субпериостальный имплантат верхней челюсти
- д) субпериостальный имплантат нижней челюсти

102. При имплантации используются

- а) скальпель
- б) распатор
- в) стружкоудалитель
- г) молоток
- д) все вышеперечисленное

103. Биоактивные имплантатные материалы - это

- а) растворяющиеся в среде организма
- б) вызывающие реакцию кости
- в) точного определения нет
- г) материалы на биологической основе
- д) костные трансплантаты

104. Какую цель преследуют, помещая амортизаторы при имплантации?

- а) избежать чрезмерной нагрузки на кость
- б) имитировать естественный зуб
- в) избежать поломки имплантата
- г) избежать поломки протеза
- д) все вышеперечисленное

105. Решение о проведении имплантации принимают на основании

- а) клинических исследований
- б) рентгенологических исследований
- в) лабораторных исследований
- г) функциональных исследований
- д) всех вышеперечисленных исследований

106. Минимально рекомендуемое соотношение внутрикостной и внутриротовой частей эндоссального имплантата

- а) 1:2
- б) 1:1
- в) 1:3
- г) 2:1
- д) 3:1

107. При проведении имплантации следует учитывать
- а) состояние зубочелюстной системы
  - б) величину дефекта зубного ряда
  - в) степень атрофии
  - г) общие заболевания
  - д) все вышеперечисленные факторы
108. В каких из перечисленных ситуаций прогноз имплантации наиболее благоприятный?
- а) антагонисты - здоровый зубной ряд
  - б) антагонисты - несъемный дуговой металлокерамический протез
  - в) антагонисты - полный съемный протез
  - г) антагонисты - бюгельный протез
  - д) антагонисты - частичный пластинчатый протез
109. Индивидуально изготавливают
- а) внутрикостные пластиночные имплантаты из титана
  - б) внутрикостные пластиночные имплантаты из хромо-кобальтового сплава
  - в) имплантаты из керамики
  - г) имплантаты из углерода
  - д) субпериостальные имплантаты
110. Эндодонто-эндоссальные имплантаты могут изготавливаться
- а) из титана
  - б) из тантала
  - в) из хромо-кобальтового сплава
  - г) из алюмооксидной керамики
  - д) все вышеперечисленное верно
111. Эндо-субпериостальные имплантаты изготавливают
- а) из титана
  - б) из вольфрама
  - в) из хромо-кобальтового сплава
  - г) из тантала
  - д) из серебряно-палладиевого сплава
112. Допустимо ли допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта?
- а) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама
  - б) категорически не допустимо
  - в) допустимо в исключительных случаях
  - г) допустимо на верхней челюсти
  - д) допустимо при обильном охлаждении и с применением кофердама только на нижней челюсти
113. Конструкцию субпериостального имплантата определяет
- а) врач
  - б) зубной техник
  - в) пациент
  - г) врач и пациент
  - д) все вышеперечисленные
114. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит
- а) для распределения нагрузки
  - б) для лучшей ретенции
  - в) для стимуляции костеобразования
  - г) для упрочнения конструкции
  - д) все вышеперечисленное

115. Рекомендуемая ось размещения кнопочных фиксаторов субпериостального имплантата
- поперечная во фронтальном отделе
  - поперечная в среднем отделе
  - поперечная в дистальном отделе
  - диагональная
  - не имеет значения
116. Стерилизацию имплантата из хромо-кобальтового сплава осуществляют
- в автоклаве
  - в 2% растворе хлоромина
  - в тройном растворе
  - в спирте 96°
  - в перекиси водорода 4%
117. Какой способ осуществляют при стерилизации имплантатов из титана?
- обработка спиртом
  - обработка тройным раствором
  - обработка формалином
  - 3% раствор перекиси водорода
  - суховоздушный способ
118. Кондуктор служит
- для удерживания имплантата
  - для правильной подготовки ложа под имплантат
  - для отвода тепла
  - для расширения краев раны
  - для проверки правильного положения имплантата
119. Для остановки кровотечения в костной ране используют
- холодный физиологический раствор
  - аминокапроновую кислоту
  - перекись водорода 3%
  - не представлены
  - все вышеперечисленные
120. Наиболее часто используют при имплантации
- проводниковую анестезию
  - аппликационную анестезию
  - нейролепаналгезию
  - масочный наркоз
  - эндотрахеальный наркоз
121. На какую часть эндодонто-эндоссального имплантата наносят цемент для фиксации?
- на весь имплантат
  - на внутрикоронковую часть
  - на внутрикостную часть
  - на внутрикоронковую и внутрикостную части
  - только в области апекса
122. Обычно после операции имплантации назначают
- холод на область операции
  - анальгетики
  - антибиотики
  - сульфаниламиды
  - все вышеперечисленное

123. Правильное положение шейки внутрикостного имплантата
- находится под слизистой оболочкой
  - находится в пределах слизистой оболочки
  - частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой
  - полностью находится в костной ткани
  - частично находится в слизистой оболочке, частично в кости
124. Обязательно ли использование стерильного охлаждающего раствора при операции имплантации?
- обязательно
  - раствор может быть нестерильным
  - необходима только дезинфекция раствора
  - стерильный раствор используется только при субпериостальной имплантации
  - в зависимости от общего состояния здоровья пациента
125. Субпериостальная имплантация показана, когда есть
- концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
  - двухсторонний концевой дефект зубного ряда с хорошо выраженным альвеолярным отростком
  - резкая атрофия альвеолярного отростка при полном отсутствии зубов
  - дефект одного зуба с хорошо сохранившимся альвеолярным отростком
  - ни один из представленных случаев не подходит
126. Материал имплантата должен обладать такими свойствами как
- нетоксичность
  - отсутствие антигенных свойств
  - биологическая стабильность
  - стерилизуемость
  - все вышеперечисленное
127. В имплантологии используют
- углерод
  - керамику
  - силикон
  - полиметилметакрилат
  - все вышеперечисленное
128. При имплантации общее состояние здоровья пациента
- имеет небольшое значение
  - имплантация показана абсолютно здоровым пациентам
  - имплантация противопоказана при наличии определенных заболеваний
  - не имеет значения
  - зависит от объема операции
129. Значение гигиенических мероприятий в прогнозе имплантации
- незначительное влияние
  - важное значение
  - не имеет значения
  - не изучено
  - не рекомендуют проводить в области расположения имплантатов
130. Больной А., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия нижней челюсти в области отсутствия зубов. Зубная формула:  $\frac{070543211234567C}{070503211234000C}$ . Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала 16 мм. Сопутствующих общих заболеваний нет. При такой клинической ситуации

- а) имплантация невозможна
- б) имплантация возможна в более пожилом возрасте
- в) имплантация возможна
- г) имплантация невозможна в связи с небольшой величиной альвеолярного гребня
- д) целесообразно только ортопедическое лечение

131. Больной Б., 78 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, 3 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия альвеолярного гребня в области отсутствия зубов. Зубная формула:  $\frac{006003211030560C}{070043211230500E}$  Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала и верхнечелюстного синуса 10-12 мм. Атрофия альвеолярной кости у оставшихся зубов на 1/4 высоты корней. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь 2 стадии. При данной клинической ситуации

- а) имплантация показана
- б) имплантация целесообразна в связи с возрастом больного
- в) имплантация не показана в связи с возрастом больного
- г) имплантация нецелесообразна в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций и наличием противопоказаний по общим заболеваниям
- д) имплантация показана в связи с благоприятными анатомо-топографическими условиями

132. Больной Б., 49 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, щелканье в суставах. Зубная формула:  $\frac{006543211230500C}{000003210204060C}$  Подвижность оставшихся зубов 2 степени. Какие методы обследования следует применить для определения возможности зубной имплантации в данном случае?

- а) клинико-рентгенологические методы
- б) традиционные методы
- в) клинико-рентгенологические методы, электромиография, реопародонтография, лабораторные методы
- г) клинические методы обследования, лабораторные методы, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, пробы по Нечипоренко
- д) только клинические методы обследования

133. Больная Г., 25 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при накусывании, сильное смыкание зубных рядов. Зубная формула:  $\frac{000543211034067E}{076540011234507E}$  Имеется стираемость твердых тканей зубов. Наиболее целесообразными методами обследования при планировании зубной имплантации в данной ситуации являются

- а) клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография, электромиография, томография суставов, изучение гипсовых моделей челюстей, биометрические методы исследования
- б) клинико-рентгенологическое обследование, реопародонтография, ультразвуковое исследование, консультация специалистов общего профиля
- в) клинический осмотр, пальпация, перкуссия, изучение гипсовых моделей челюстей, параллелометрия, биометрические методы обследования
- г) традиционные методы
- д) клинико-рентгенологическое обследование

134. Больная Д., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, дентоальвеолярное удлинение  $\Delta 5$ , катаральный гингивит в области нижних резцов. Зубная формула:  $\frac{876032111230500C}{076003211234007C}$  Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед зубной имплантацией в этом клиническом примере?

- а) беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме
- б) беседа с больным, разъяснение о возможных исходах имплантации, обследование по схеме, лечение у пародонтолога, ортопедическое устранение деформации зубного ряда и последующая имплантация и протезирование

- в) обследование по схеме, последующая имплантация и устранение деформации во время протезирования
- г) обследование по схеме, последующая имплантация и протезирование без устранения деформации
- д) любой из вышеперечисленных вариантов на усмотрение врача

135. Больная П., 28 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди, пародонтит, начальная стадия, отложение зубного камня на фронтальных зубах нижней челюсти, удаление зубов на нижней челюсти слева 2 недели назад (в области предполагаемой имплантации). Выберите наиболее рациональный метод подготовительного лечения перед зубной имплантацией.

- а) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением
- б) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением через 1 месяц
- в) лечение у пародонтолога, операция имплантации через 6 месяцев с последующим ортопедическим лечением
- г) лечение у пародонтолога, изготовление временного съёмного протеза на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев, с последующей имплантацией и изготовлением несъёмных протезов
- д) любой из перечисленных вариантов

136. Больной Ж., 50 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, дентоальвеолярное удлинение жевательных зубов на верхней челюсти справа, патологическая стираемость со снижением высоты нижнего отдела лица на 4 мм. Зубная формула:  $\frac{0065432112045070}{0760032112340070}$

Наиболее целесообразным планом лечения в представленной клинической ситуации является

- а) имплантация и ортопедическое лечение
- б) нормализация окклюзионной плоскости, восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, адаптация к новой высоте в течение 3-6 месяцев и затем, имплантация и заключительное протезирование
- в) восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, затем имплантация и заключительное протезирование
- г) имплантация и заключительное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица
- д) любой из вышеперечисленных вариантов

137. Больная Ж., 20 лет. Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда верхней челюсти, генерализованный пародонтит на фоне сахарного диабета. Зубная формула:  $\frac{0705030112300070}{0000000000000000}$  Остеопороз челюстных костей. Показана ли внутрикостная имплантация в данном примере?

- а) имплантация невозможна
- б) имплантация возможна с помощью субпериостального имплантата
- в) имплантация возможна в отдаленные сроки
- г) имплантация может быть проведена по настоятельной просьбе больной
- д) имплантация может быть проведена опытным врачом

138. Больной И., 29 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди, расстояние от вершины гребня до синуса 20 мм, ширина гребня 8 мм. Какой вид имплантата показан в данном примере?

- а) внутрикостный пластиночный
- б) полный субпериостальный
- в) частичный субпериостальный
- г) эндодонто-эндоссальный
- д) игольчатый

139. Больной К., 48 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Выраженная атрофия альвеолярного гребня в области предполагаемой имплантации. Расстояние от вершины гребня до синуса 4-5 мм, ширина гребня 7-8 мм. Какой вид имплантата наиболее целесообразен в данной ситуации?

- а) полный субпериостальный
- б) частичный субпериостальный
- в) эндо-субпериостальный
- г) винтовой
- д) пластиночный

140. Больной Л., 50 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, отсутствие центрального резца, расстояние от вершины гребня до синуса 16 мм, ширина гребня 9 мм. Данному пациенту показан

- а) внутрикостный пластиночный имплантат
- б) цилиндрический титановый имплантат
- в) полный субпериостальный имплантат
- г) частичный субпериостальный имплантат
- д) эндодонто-эндоссальный имплантат

141. Больная П., 55 лет. Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда верхней челюсти. Зубная формула:  $\frac{0760032112300670}{0000000000000000}$  Зубы имеют подвижность 1-2 степени. Умеренная атрофия гребня нижней челюсти во фронтальном отделе и резкая атрофия в боковых отделах. Вид имплантации и протезирования в данном случае

- а) пластиночные имплантаты на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
- б) субпериостальный имплантат на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
- в) внутрикостная имплантация на нижней челюсти во фронтальном отделе с последующим изготовлением несъемных конструкций на верхнюю челюсть и съемного протеза на нижнюю
- г) имплантация нецелесообразна
- д) любой из перечисленных способов

142. Больной Н., 25 лет. Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, резкая атрофия гребня на обеих челюстях. Расстояние до придаточных пазух и нижнеальвеолярного нерва 2-4 мм, ширина гребня 6-8 мм. В данном случае могут быть применены

- а) пластиночные имплантаты на обе челюсти
- б) полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти
- в) эндо-субпериостальные имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти
- г) цилиндрические
- д) любой из вышеперечисленных способов

143. Больной М., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов на нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. На верхней челюсти 3 класс. Зубная формула:  $\frac{0760432112000000}{0760432112340000}$  Зубы устойчивы. Умеренная атрофия гребня верхней и нижней челюсти. Высота 12-14 мм и ширина 5-7 мм. Имплантация на верхней и нижней челюстях в представленной ситуации

- а) нецелесообразна
- б) показана только на верхней челюсти
- в) показана только на нижней челюсти
- г) показана на обеих челюстях
- д) невозможна из-за неблагоприятных анатомо-топографических условий

144. Больной Р., 28 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, I класс по Кеннеди. Зубная формула:  $\frac{0000430112300000}{0005002112305000}$  У пациента имеется бруксизм и выраженные изменения в

височно-нижнечелюстных суставах. Внутрикостная имплантация

- а) невозможна
- б) возможна с помощью субпериостального имплантата
- в) возможна в отдаленные сроки после утраты всех зубов
- г) может быть проведена по настоятельной просьбе больной
- д) может быть проведена опытным врачом

145. Условно-съёмные протезы применяют

- а) при использовании пластиночных фиброоссальных имплантатов
- б) при использовании винтовых разборных оссеоинтегрированных имплантатов
- в) при использовании субпериостальных имплантатов
- г) применяют в зависимости от пожелания пациента
- д) только при неблагоприятном прогнозе имплантации