

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

- а) атрофии костной ткани и подвижности зуба
- б) подвижности зуба и его местоположения
- в) местоположения зуба и его строения +
- г) строения зуба и его антагонистов
- д) строения зубов-антагонистов и атрофии костной ткани

2. Жевательная проба СЕ. Гельмана показывает:

- а) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- в) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек +
- г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- д) время разжевывания пищи

3. Центральная окклюзия определяется признаками:

- а) лицевым, глотательным, зубным
- б) зубным, суставным, мышечным +
- в) язычным, мышечным, зубным
- г) зубным, глотательным, лицевым
- д) лицевым, язычным, суставным

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

- а) центральной +
- б) боковой левой
- в) передней
- г) дистальной
- д) боковой правой

5. Окклюзия - это:

- а) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей +
- б) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
- в) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
- г) соотношение беззубых челюстей
- д) вид прикуса

6. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

- а) сагиттальных
- б) центральной и сагиттальных
- в) сагиттальных и боковых
- г) боковых, сагиттальных и центральной +
- д) центральной

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

- а) установленные в окклюдатор
- б) установленные в артикулятор
- в) с восковыми базами и окклюзионными валиками +
- г) с восковыми базами и искусственными зубами
- д) с восковыми базами, установленные в окклюдатор

8. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется (в кг):

- а) 100
- б) 195
- в) 300
- г) 390 +
- д) 780

9. И.М. Оксман предложил в дополнение к методу определения жевательной эффективности по Н.И. Агапову анализировать:

- а) подвижность зуба +
- б) изменение цвета зуба
- в) состояние коронки зуба
- г) атрофию костной ткани челюсти
- д) местоположение зуба в зубном ряду

10. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:

- а) гнатодинамометрии +
- б) анатомических особенностей строения зубов
- в) подвижности зубов
- г) жевательных проб
- д) абсолютной силы жевательных мышц

11. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:

- а) артикулятор +
- б) функциограф
- в) гнатодинамометр
- г) параллелометр
- д) эстезиометр

12. К патологическим видам прикуса относятся:

- а) бипрогнатический
- б) глубокий +
- в) ортогнатический
- г) прямой
- д) глубокое резцовое перекрытие

13. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

- а) латеральных крыловидных +
- б) медиальных крыловидных

- в) передним отделом двубрюшной мышцы
- г) челюстно-подъязычной
- д) собственно-жевательной

14. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен (в градусах) :

- а) 10
- б) 17 +
- в) 26
- г) 33
- д) ПО

15. Суставной признак центральной окклюзии - суставная головка находится по отношению к суставному бугорку:

- а) на середине ската
- б) у основания ската +
- в) на вершине
- г) на любом участке ската
- д) в дистальном участке суставной ямки

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

- а) 0,5-1
- б) 2-4 +
- в) 5-6
- г) 7-8
- д) 9-10

17. К физиологическим видам прикуса относятся:

- а) бипрогнатический +
- б) глубокий
- в) прогнатический
- г) перекрестный
- д) открытый

18. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

- а) mylohyoideus
- б) temporalis
- в) digastricus
- г) pterygoideus lateralis +
- д) geniohyoideus

19. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:

- а) у основания
- б) в нижней трети
- в) на середине

- г) у вершины +
- д) в верхней трети

20. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движение:

- а) вниз
- б) вперед
- в) вокруг собственной оси +
- г) вниз и вперед
- д) вниз, вперед и вокруг собственной оси

21. Жевательная проба И.С. Рубинова показывает:

- а) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- в) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса +
- д) наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений

22. Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является:

- а) анатомический
- б) анатомо-физиологический +
- в) антропометрический
- г) физиологический
- д) фотографический

23. Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:

- а) артикуляция +
- б) окклюзия
- в) прикус
- г) межальвеолярная высота
- д) высота нижнего отдела лица

24. К физиологическим видам прикуса относится:

- а) глубокий
- б) открытый
- в) прямой +
- г) прогенический
- д) прогнатический

25. Вид соотношения зубов верхней и нижней челюстей в центральной окклюзии:

- а) артикуляция
- б) окклюзия
- в) прикус +
- г) межальвеолярная высота

д) высота нижнего отдела лица

26. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только на:

- а) однокорневые зубы верхней и нижней челюстей
- б) резцы, клыки и премоляры верхней челюсти
- в) резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
- г) зубы любой группы +
- д) однокорневые зубы верхней и клыки нижней челюсти

27. Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:

- а) чрезмерная конусность культы зуба +
- б) чрезмерная толщина литого каркаса
- в) усадка металла при литье
- г) некачественное литье
- д) деформация двухслойного слепка

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

- а) полукоронкой
- б) экваторной коронкой
- в) штифтовой конструкцией +
- г) съёмным протезом
- д) вкладкой

29. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку на:

- а) гипсовой модели
- б) гипсовом столбике +
- в) металлическом штампе
- г) без штампа
- д) гипсовом штампе в разборной модели

30. При штамповке коронки необходимо изготовить штампы:

- а) один из гипса и один из легкоплавкого металла
- б) один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла +
- в) два из гипса и один из легкоплавкого металла
- г) два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
- д) один из гипса в разборной модели

31. При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:

- а) по всему периметру шейки зуба +
- б) на вестибулярной поверхности
- в) с оральной и апроксимальных сторон
- г) на апроксимальных поверхностях
- д) с оральной стороны

32. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:

- а) полировка +
- б) глазурирование
- в) припасовка на модели
- г) заключительный обжиг
- д) окончательная корректировка формы

33. Основные параметры функциональной ценности зуба:

- а) воспаление десны и цвет зуба
- б) цвет и размер зуба
- в) атрофия кости и подвижность зуба +
- г) подвижность зуба и зубные отложения
- д) зубные отложения и воспаление десны

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

- а) 0,2-0,5 +
- б) 0,5-1,0
- в) 1,0-1,5
- г) 1,5-2,0
- д) 2,0-2,5

35. При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:

- а) челюсти, на которой будет припасована коронка
- б) препарированного зуба и с противоположной челюсти
- в) фрагмента челюсти с препарированным зубом
- г) препарированного зуба
- д) обеих челюстей +

36. При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей сошлифовывают ткани:

- а) на толщину материала коронки
- б) соответственно периметру шейки зуба +
- в) только экватор
- г) контактный пункт
- д) соответственно вершине межзубного десневого сосочка

37. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

- а) супрагингивально
- б) на уровне края десны
- в) субгингивально на вестибулярной поверхности
- г) субгингивально по всему периметру шейки зуба
- д) не формируется +

38. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:

- а) точности литья коронки
- б) удобства моделировки и припасовки коронки +
- в) предотвращения усадки металла
- г) дублирования модели из огнеупорного материала

д) литья коронки на гипсовом штампе

39. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании подметаллокерамическую коронку обуславливает:

- а) травму пародонта
- б) ослабление фиксации протеза +
- в) затрудненное наложение протеза
- г) эстетический дефект в области шейки зуба
- д) снижение жевательной эффективности

40. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):

- а) 0,1-0,2
- б) 0,3-0,4 +
- в) 0,5-0,6
- г) 0,7-0,8
- д) 0,9-1,0

41. Штифтовой зуб с вкладкой (по автору):

- а) Логана
- б) Ричмонда
- в) Ахметова
- г) Дэвиса
- д) Ильиной-Маркосян +

42. Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является:

- а) подвижность зуба третьей степени +
- б) значительное разрушение коронки зуба
- в) подвижность зуба первой степени
- г) наклон зуба
- д) смещение зуба по вертикальной оси

43. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывается значительное количество твердых тканей и формируется уступ для:

- а) улучшения фиксации коронки
- б) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба
- в) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта +
- г) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами
- д) создания контактного пункта с соседними зубами

44. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:

- а) циркулярный уступ под углом  $135^\circ$
- б) циркулярный уступ под углом  $90^\circ$  +
- в) уступ-скос под углом  $135^\circ$  только с вестибулярной стороны
- г) уступ-скос под углом  $90^\circ$  только с вестибулярной стороны
- д) символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

45. Штифтовой зуб по Ричмонду - это конструкция:

- а) с вкладкой
- б) фабричного изготовления
- в) с наружным кольцом +
- г) с надкорневой защиткой
- д) с надкорневой культевой вкладкой

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

- а)  $1/3$
- б)  $1/2$
- в)  $2/3$  +
- г) всю длину корня
- д) длина штифта не имеет значения

47. Препарирование зубов под литые коронки производят:

- а) металлическими фрезами
- б) алмазными головками +
- в) карборундовыми фрезами
- г) карборундовыми дисками
- д) вулканитовыми дисками

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

- а) гипсовой модели
- б) гипсовом столбике
- в) металлическом штампе
- г) без штампа
- д) разборной гипсовой модели +

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

- а) гипсовой модели
- б) гипсовом столбике
- в) металлическом штампе
- г) без штампа
- д) разборной гипсовой модели +

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

- а) гипсовой модели
- б) гипсовом столбике
- в) металлическом штампе
- г) без штампа
- д) разборной гипсовой модели +

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

- а) силиконовой +
- б) альгинатной
- в) фторкаучуковой
- г) термопластичной
- д) цинкоксидэвгеноловой

52. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают массой:

- а) силиконовой +
- б) альгинатной
- в) фторкаучуковой
- г) термопластичной
- д) цинкоксидэвгеноловой

53. При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:

- а) силиконовой +
- б) альгинатной
- в) фторкаучуковой
- г) термопластичной
- д) цинкоксидэвгеноловой

54. Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является:

- а) полировка +
- б) глазурование
- в) припасовка на модели
- г) заключительный обжиг
- д) окончательная корректировка формы

55. При изготовлении литой цельнометаллической коронки моделировка воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом) :

- а) меньшем на толщину металла
- б) большем на толщину металла
- в) равном +
- г) меньшем на толщину компенсационного лака
- д) большем на толщину компенсационного лака

56. При изготовлении штампованной коронки моделировка в воском анатомической формы производится в объеме (по сравнению с естественным зубом) :

- а) меньшем на толщину металла +
- б) большем на толщину металла
- в) равном
- г) меньшем на толщину компенсационного лака
- д) большем на толщину компенсационного лака

57. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки искусственной коронки проводится в окклюзиях:

- а) сагиттальных
- б) сагиттальных и центральной
- в) центральной и боковых
- г) боковых и сагиттальных
- д) сагиттальных, боковых и центральной +

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

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) 100 +

59. Несъемные мостовидные протезы по способу передачи жевательного давления относятся (по классификации Румпеля) к:

- а) физиологическим +
- б) полуфизиологическим
- в) нефизиологическим
- г) комбинированным
- д) опирающимся

60. При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является:

- а) необходимость депульпации опорных зубов
- б) препарирование большого количества зубов
- в) неудовлетворительное эстетическое качество
- г) наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов +
- д) сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

61. Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:

- а) коронки, полукоронки, вкладки +
- б) вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
- в) опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
- г) телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены
- д) коронки, полукоронки, культевые штифтовые вкладки

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

- а) прилегает к ней по всей поверхности
- б) прилегает только на скатах альвеолярного гребня
- в) касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
- г) касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
- д) не касается +

63. Все боковые стенки опорных зубов при изготовлении паяного мостовидного протеза препарируются:

- а) с наклоном в сторону дефекта зубного ряда
- б) параллельно между собой +
- в) с наклоном в сторону от дефекта зубного ряда
- г) параллельно с рядом стоящим зубом
- д) только параллельно продольной оси зуба

64. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

- а) любого
- б) паяного +
- в) цельнолитого
- г) металлокерамического
- д) пластмассового

65. Моделирование тела паяного мостовидного протеза производится:

- а) перед моделированием опорных коронок
- б) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
- в) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- г) одновременно с моделированием опорных коронок
- д) после этапа припасовки опорных коронок в клинике +

66. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:

- а) перед моделированием опорных коронок
- б) на этапе припасовки опорных коронок на модели
- в) одновременно с моделированием опорных коронок +
- г) после этапа припасовки опорных коронок в клинике
- д) после лабораторного этапа изготовления опорных коронок

67. На этап припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протезиз зуботехнической лаборатории на:

- а) гипсовой модели +
- б) металлических штампах
- в) гипсовых штампах
- г) восковом базисе
- д) гипсовых штампах в разборной модели

68. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:

- а) сагиттальных
- б) сагиттальных и центральной
- в) центральной и боковых
- г) боковых и сагиттальных
- д) сагиттальных, боковых и центральной +

69. Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:

- а) первому +
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому

70. Несъемный мостовидный протез состоит из:

- а) промывной части
- б) опорных элементов и промежуточной части +
- в) опорных элементов, промежуточной части и базиса
- г) промывной части, коронок и тела
- д) опорных коронок, тела, промывной части

71. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

- а) цельнолитые, полимеризованные, паяные +
- б) паяные, пластмассовые, комбинированные
- в) комбинированные, металлические, неметаллические
- г) неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- д) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

72. Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов:

- а) седловидная
- б) промывная
- в) касательная +
- г) диаторическая
- д) комбинированная

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

- а) получить точный отпечаток поддесневой части зуба +
- б) получить точный отпечаток наддесневой части зуба
- в) остановить кровотечение
- г) обезболить десневой край
- д) высушить поверхность культи зуба

74. Форма промежуточной части мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

- а) касательная
- б) промывная +
- в) седловидная
- г) может быть любой
- д) зависит от протяженности дефекта зубного ряда

75. Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда (по классификации Кеннеди) относится к классу:

- а) первому
- б) второму +
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому

76. Промежуточная часть мостовидного протеза при отсутствии зубов 22 и 23 имеет форму:

- а) седловидную
- б) промывную
- в) касательную +
- г) ступенчатую
- д) диаторическую

77. На этап припасовки литого мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

- а) гипсовой модели
- б) металлических штампах
- в) гипсовых штампах
- г) восковом базисе
- д) разборной гипсовой модели +

78. На этап припасовки металлокерамического мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:

- а) гипсовой модели
- б) металлических штампах
- в) гипсовых штампах
- г) восковом базисе
- д) разборной гипсовой модели +

79. Показания к изготовлению составного мостовидного протеза:

- а) подвижность опорных зубов
- б) концевой дефект зубного ряда
- в) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект +
- г) большая протяженность дефекта зубного ряда
- д) низкие клинические коронки опорных зубов

80. Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления:

- а) цельнолитые, полимеризованные, паяные
- б) паяные, пластмассовые, комбинированные
- в) комбинированные, металлические, неметаллические +
- г) неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- д) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

81. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

- а) виниром
- б) фасеткой +
- в) вкладкой

- г) коронкой
- д) штифтовым зубом

82. Штифтовой зуб – ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

- а) вестибулярной стенки зуба
- б) зубного ряда включенный во фронтальном отделе
- в) зубного ряда включенный в боковом отделе
- г) зубного ряда концевой
- д) коронковой части зуба +

83. По функции различают искусственные коронки:

- а) восстановительные, комбинированные
- б) временные, с облицовкой
- в) восстановительные, фиксирующие +
- г) опорные (фиксирующие), пластмассовые
- д) шинирующие, штампованные

84. Показанием к изготовлению штифтового зуба является:

- а) отлом угла режущего края зуба
- б) разрушение корня зуба на 1/2
- в) кариозная полость I класса по Блэку
- г) разрушение коронки зуба на уровне десны +
- д) подвижность зуба второй степени

85. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

- а) дефект коронковой части зуба
- б) патологическая стираемость
- в) пародонтит тяжелой степени
- г) включенный дефект зубного ряда +
- д) концевой односторонний дефект зубного ряда

86. Окклюзионная кривая – это линия, проведенная:

- а) по контактным поверхностям зубов
- б) по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров +
- в) по проекции вершук корней зубов
- г) от козелка уха до угла крыла носа
- д) по режущим краям фронтальных зубов и небным буграм премоляров

87. Двухслойный оттиск получают при помощи слепочных масс:

- а) альгинатных
- б) твердокристаллических
- в) силиконовых +
- г) термопластических
- д) гидроколлоидных

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

- а) 5
- б) 15 +
- в) 40
- г) 60
- д) 90

89. Альгинатную слепочную массу замешивают на:

- а) холодной воде +
- б) 3% растворе поваренной соли
- в) прилагаемом к материалу катализаторе
- г) горячей воде
- д) 1 % растворе питьевой соды

90. Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы золота пробы:

- а) 375
- б) 583
- в) 750
- г) 900 +
- д) 915

91. При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:

- а) 2
- б) 3
- в) 4
- г) 5 +
- д) 6

92. Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:

- а) осмотр
- б) пальпацию
- в) опрос +
- г) рентгенографическое исследование
- д) изучение диагностических моделей

93. Анатомическая шейка зуба соответствует:

- а) переходу эмали в цемент корня +
- б) границе над- и поддесневой частей зуба
- в) экватору зуба
- г) дну зубодесневого желобка
- д) дну патологического зубодесневого кармана

94. Вторая степень подвижности зубов по Д.А. Энтину характеризуется движениями зуба в направлении:

- а) вестибуло-оральном
- б) медио-дистальном
- в) вестибуло-оральном и медио-дистальном +

- г) вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное
- д) во всех направлениях, включая ротацию

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

- а) медиальной стороны
- б) дистальной стороны
- в) вестибулярной поверхности
- г) оральной поверхности
- д) наибольшей атрофии +

96. Объективное исследование пациента начинают с:

- а) опроса
- б) осмотра слизистой оболочки
- в) заполнения зубной формулы
- г) изучения диагностических моделей
- д) внешнего осмотра +

97. Набор инструментов для первичного осмотра пациента в клинике ортопедической стоматологии включает:

- а) зонд, зеркало
- б) зонд, зеркало, пинцет +
- в) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор
- г) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку
- д) зонд, зеркало, пинцет, экскаватор, гладилку, шпатель

98. В жевательных пробах СЕ. Гельмана, СИ. Рубинова пережеванные частицы просеивают через сито с отверстиями диаметром (в мм):

- а) 0,5
- б) 1,2
- в) 2,4 +
- г) 3,6
- д) 4,2

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

- а) полукоронкой
- б) экваторной коронкой
- в) штифтовой конструкцией +
- г) съемным протезом
- д) вкладкой

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

- а) центральной +
- б) боковой левой
- в) боковой правой
- г) передней
- д) дистальной

101. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:

- а) кариес и его осложнения +
- б) сердечно-сосудистые заболевания
- в) онкологические заболевания
- г) травмы
- д) некариозные поражения твердых тканей зубов

102. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:

- а) травмы
- б) сердечно-сосудистые заболевания
- в) онкологические заболевания
- г) заболевания пародонта +
- д) заболевания желудочно-кишечного тракта

103. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- а) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- б) изменение характера движений нижней челюсти
- в) атрофия альвеолярных гребней +
- г) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- д) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

104. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- а) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки +
- б) изменение характера движений нижней челюсти
- в) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- г) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- д) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

105. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- а) атрофия суставного бугорка
- б) уплощение суставной ямки
- в) разволокнение внутрисуставного диска
- г) истончение внутрисуставного диска
- д) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх +

106. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- а) атрофия суставного бугорка
- б) уплощение суставной ямки
- в) увеличение амплитуды движений нижней челюсти +
- г) истончение и разволокнение внутрисуставного диска
- д) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

107. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- а) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
- б) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо +
- в) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- г) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
- д) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

108. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- а) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо +
- б) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
- в) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- г) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
- д) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

109. Первый тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:

- а) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
- б) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
- в) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- г) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо +
- д) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

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

- а) два
- б) три +
- в) четыре
- г) пять
- д) шесть

111. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- а) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- б) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе +
- в) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- г) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

д) полная атрофия альвеолярной части

112. Второй тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- а) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- б) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- в) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- г) резкая равномерная атрофия альвеолярной части +
- д) полная атрофия альвеолярной части

113. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации Келлера:

- а) два
- б) три
- в) четыре
- г) пять +
- д) шесть

114. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Дойникова:

- а) два
- б) три
- в) четыре
- г) пять +
- д) шесть

115. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Дойникова характеризуется признаками:

- а) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- б) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- в) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков +
- г) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков
- д) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

116. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации А.И. Дойникова характеризуется признаками:

- а) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- б) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- в) резкая равномерная атрофия альвеолярной части +
- г) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части
- д) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

117. Четвертый тип беззубой верхней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- а) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- б) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе +
- в) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков
- г) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков
- д) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

118. Четвертый тип беззубой нижней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- а) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- б) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе +
- в) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- г) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части
- д) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

119. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю. Курляндского:

- а) два
- б) три
- в) четыре
- г) пять +
- д) шесть

120. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области жевательных зубов и резкой ее атрофией в области фронтальных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

- а) первому
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому
- д) пятому +

121. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области фронтальных зубов и резкой ее атрофией в области жевательных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

- а) первому
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому +
- д) пятому

122. Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли характеризуется признаками:

- а) подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень
- б) гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая
- в) нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
- г) атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета +
- д) подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка

123. Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:

- а) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая +
- б) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- в) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
- г) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
- д) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

124. Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:

- а) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- б) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- в) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости +
- г) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
- д) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

125. Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется слепочная ложка:

- а) стандартная из металла, гладкая
- б) стандартная из пластмассы, перфорированная
- в) индивидуальная из эластичной пластмассы
- г) индивидуальная из жесткой пластмассы +
- д) стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском

126. На этапе «Проверка конструкции съемного протеза» при полном отсутствии зубов в случае выявления завышения высоты нижнего отдела лица необходимо заново определить центральное соотношение челюстей:

- а) с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками +
- б) сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- в) сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- г) приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса

д) приклеив пластинку воска на передние зубы нижнего воскового базиса

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

- а) ортогнатическом
- б) прогеническом +
- в) прогнатическом
- г) прямом
- д) соотношение челюстей не имеет значения

128. Повторная фиксация центрального соотношения челюстей методом наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти возможна при:

- а) завышении высоты нижнего отдела лица
- б) снижении высоты нижнего отдела лица +
- в) смещении нижней челюсти влево
- г) смещении нижней челюсти вправо
- д) смещении нижней челюсти вперед

129. Причиной утолщения базиса съемного протеза является:

- а) неточность снятия слепка
- б) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы +
- в) деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации
- г) нарушение пропорций полимера и мономера при подготовке пластмассы
- д) неправильный выбор вида гипсовки

130. При недостаточно хорошей фиксации полного съемного протеза, обусловленной удлиненными границами базиса, необходимо:

- а) снять слепок и изготовить новый протез
- б) провести коррекцию краев протеза +
- в) уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
- г) снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
- д) провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

131. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:

- а) на следующий день после наложения протеза +
- б) через неделю после наложения протеза
- в) только при появлении боли под протезом
- г) любые - по согласованию с пациентом
- д) после полной адаптации к протезу

132. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:

- а) истечении срока годности мономера
- б) истечении срока годности полимера
- в) нарушении температурного режима полимеризации
- г) несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста» +
- д) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

133. При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:

- а) через 2-4 года +
- б) через 5-6 лет
- в) через 7-8 лет
- г) по усмотрению пациента
- д) в случае появления неудовлетворительной фиксации

134. Эластичная пластмасса, применяемая в двухслойных базисах съемных протезов:

- а) этакрил
- б) синма-М
- в) ПМ-01 +
- г) протакрил
- д) фторакс

135. После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра:

- а) один раз в месяц
- б) один раз в полгода +
- в) один раз в год
- г) только при возникновении жалоб
- д) по желанию

136. Ориентиром для постановки центральных резцов служит расположение:

- а) крыльев носа
- б) уздечки верхней губы
- в) линии эстетического центра лица +
- г) филтрума верхней губы
- д) уздечки нижней губы

137. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:

- а) используют для постановки искусственных зубов
- б) сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
- в) сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения +
- г) переплавляют для повторного использования воска
- д) выдают пациенту на руки

138. Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают:

- а) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками +
- б) восковые базисы с окклюзионными валиками
- в) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор

- г) модели с восковыми базами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор
- д) модели с восковыми базами и искусственными зубами

139. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:

- а) нижнем на окклюзионной поверхности
- б) верхнем на окклюзионной поверхности +
- в) нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
- г) расположение насечек не имеет значения
- д) нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях

140. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:

- а) верхнем
- б) нижнем +
- в) верхнем и нижнем
- г) верхнем только в области жевательных зубов
- д) нижнем только в области жевательных зубов

141. Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов начинают с:

- а) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике +
- б) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица
- в) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов
- г) фиксации центрального соотношения челюстей
- д) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

142. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

- а) челюстно-подъязычная
- б) височная +
- в) двубрюшная
- г) латеральная крыловидная
- д) подбородочно-подъязычная

143. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

- а) челюстно-подъязычная
- б) двубрюшная
- в) собственно жевательная +
- г) латеральная крыловидная
- д) подбородочно-подъязычная

144. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

- а) челюстно-подъязычная
- б) двубрюшная
- в) латеральная крыловидная
- г) медиальная крыловидная +

д) подбородочно-подъязычная

145. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

- а) челюстно-подъязычная +
- б) височная
- в) латеральная крыловидная
- г) собственно жевательная
- д) медиальная крыловидная

146. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

- а) височная
- б) двубрюшная +
- в) латеральная крыловидная
- г) собственно жевательная
- д) медиальная крыловидная

147. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:

- а) височных
- б) собственно жевательных
- в) медиальных крыловидных
- г) латеральных крыловидных +
- д) передними отделами двубрюшных мышц

148. Цикл жевательных движений нижней челюсти (по Гизи) заканчивается:

- а) открыванием рта
- б) смещением в сторону
- в) опусканием и выдвиганием вперед из положения центральной окклюзии
- г) смыканием зубов на рабочей стороне одноименными буграми
- д) возвращением в положение центральной окклюзии +

149. В норме при максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:

- а) у основания
- б) на середине
- в) у вершины +
- г) за вершиной
- д) не доходя до основания

150. Угол сагиттального суставного пути (по Гизи) в среднем равен (в градусах):

- а) 17
- б) 33 +
- в) 45
- г) 55
- д) 65

151. Угол сагиттального резцового пути (по Гизи) в среднем равен (в градусах):

- а) 20-30
- б) 40-50
- в) 55-60 +
- г) 65-70
- д) 75-80

152. При выдвижении нижней челюсти вперед ее суставная головка движется в направлении:

- а) вперед
- б) вперед и в сторону
- в) вниз и вперед +
- г) назад и вниз
- д) вперед и вверх

153. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига смещается:

- а) вперед
- б) вперед и в сторону
- в) вниз и вперед
- г) назад и вниз
- д) вокруг собственной оси +

154. При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется:

- а) гипс
- б) воск +
- в) пластмасса
- г) термопластическая масса
- д) легкоплавкий сплав

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

- а) замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
- б) функциональной присасываемостью и кламмерами
- в) кламмерами и замковыми креплениями
- г) замковыми креплениями и адгезией
- д) адгезией и функциональной присасываемостью +

156. Клапанная зона является понятием:

- а) анатомическим
- б) физиологическим
- в) функциональным +
- г) комплексным
- д) эстетическим

157. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:

- а) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм +

- б) проходить строго по границе твердого и мягкого неба
- в) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3–5 мм
- г) не доходить до границы твердого неба на 5–7 мм
- д) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 5–7 мм

158. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку:

- а) перекрывает его полностью +
- б) не доходит до бугорка на 1 мм
- в) не доходит до бугорка на 5 мм
- г) располагается посередине бугорка
- д) перекрывает бугорок на 2/3

159. При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит от:

- а) типа соотношения челюстей
- б) степени атрофии челюстей +
- в) типа слизистой оболочки (по Суппли)
- г) размера нижней челюсти
- д) высоты нижнего отдела лица

160. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «глотание»:

- а) вестибулярный край между клыками
- б) вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- в) язычный край в области моляров
- г) язычный край в области премоляров
- д) от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии +

161. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»:

- а) вестибулярный край между клыками
- б) вестибулярный край в области моляров и передних зубов +
- в) язычный край в области моляров
- г) язычный край в области премоляров
- д) от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

162. Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»:

- а) язычный край в области премоляров
- б) вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- в) язычный край в области моляров
- г) вестибулярный край между клыками +
- д) от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

163. Протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии:

- а) края верхней губы

- б) франкфуртской
- в) альвеолярного гребня
- г) зрачковой
- д) камперовской +

164. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен (в градусах):

- а) 17 +
- б) 26
- в) 33
- г) 60
- д) ПО

165. Угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен (в градусах):

- а) 17-33
- б) 40-60
- в) 80-90
- г) 100-110 +
- д) 135 и более

166. Резцовой точкой называется место, находящееся между центральными резцами у:

- а) режущего края зубов верхней челюсти
- б) десневого сосочка на верхней челюсти
- в) режущего края зубов нижней челюсти +
- г) десневого сосочка на нижней челюсти
- д) середины высоты коронковой части

167. Расстояние между резцовой точкой и суставными головками нижней челюсти, по Бонвилю, в среднем равно (в см):

- а) 7
- б) 10 +
- в) 14
- г) 17
- д) 33

168. Ориентир, с помощью которого на загипсованных в окклюдатор или артикулятор моделях определяется вид постановки искусственных зубов:

- а) направление межальвеолярных (интеральвеолярных) линий
- б) горизонтальная плоскость
- в) угол, образованный межальвеолярной линией с горизонтальной плоскостью +
- г) угол наклона протетической плоскости
- д) выраженность окклюзионных кривых

169. При полном отсутствии зубов угол менее  $80^\circ$ , образованный межальвеолярными линиями и горизонтальной плоскостью, является показанием к постановке искусственных зубов по типу:

- а) ортогнатическому
- б) прогеническому +
- в) прогнатическому
- г) бипрогнатическому
- д) прямому

170. Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает:

- а) 12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти +
- б) по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
- в) 12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
- г) 14 зубов на верхней и 16 зубов на нижней челюсти
- д) 16 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти

171. При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:

- а) боковые левые
- б) боковые правые
- в) передние
- г) центральная +
- д) дистальная

172. Диаторические фарфоровые зубы используются для постановки:

- а) в переднем отделе зубной дуги
- б) в боковом отделе зубной дуги +
- в) в переднем и боковом отделах зубной дуги
- г) только на нижней челюсти
- д) только на верхней челюсти

173. Одной из особенностей строения ВНЧС является:

- а) парность +
- б) отсутствие суставной жидкости
- в) конгруэнтность суставных поверхностей
- г) возможность движений только в одной плоскости
- д) возможность движений только в двух плоскостях

174. Одной из особенностей строения ВНЧС является:

- а) наличие суставной жидкости
- б) наличие суставных дисков +
- в) конгруэнтность суставных поверхностей
- г) возможность движений только в одной плоскости
- д) возможность движений только в двух плоскостях

175. В полном съемном протезе на верхнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет:

- а) 8
- б) 10
- в) 12

- г) 14 +
- д) 16

176. В полном съемном протезе на нижнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет:

- а) 8
- б) 10
- в) 12
- г) 14 +
- д) 16

177. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов зависит от:

- а) формы зубных рядов
- б) вида прикуса +
- в) размера зубов
- г) размера челюстей
- д) формы зубных рядов и размера зубов

178. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной стертости достигает:

- а) до  $1/3$  длины коронки +
- б) от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба
- в) от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки
- г) от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
- д) от  $1/2$  до  $2/3$  длины коронки

179. Глубина поражения твердых тканей зубов при II степени повышенной стертости достигает:

- а) до  $1/3$  длины коронки
- б) от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба
- в) от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки +
- г) от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
- д) до  $1/4$  длины коронки

180. Глубина поражения твердых тканей зубов при III степени повышенной стертости достигает:

- а) до  $1/3$  длины коронки
- б) от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба +
- в) от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки
- г) от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
- д) до  $1/4$  длины коронки

181. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется:

- а) смешанная
- б) вертикальная +
- в) компенсированная
- г) декомпенсированная

д) горизонтальная

182. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:

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

183. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при определенной форме повышенной стертости зубов обусловлено:

- а) смещением нижней челюсти
- б) ростом альвеолярных отростков челюстей +
- в) изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
- г) выдвиганием зубов
- д) смещением нижней челюсти и выдвиганием зубов

184. Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой повышенной стертости твердых тканей зубов включают:

- а) клинический анализ крови
- б) томографию ВНЧС
- в) биохимический анализ крови
- г) рентгенологическое исследование зубов и челюстей
- д) томографию ВНЧС, рентгенологическое исследование зубов и челюстей +

185. При II и III степенях повышенной стертости противопоказано применение:

- а) цельнолитых коронок
- б) штампованных коронок
- в) цельнолитых мостовидных протезов
- г) штампованно-паяных мостовидных протезов
- д) штампованных коронок, штампованно-паяных мостовидных протезов +

186. При II и III степенях декомпенсированной формы повышенной стертости необходим этап лечения:

- а) терапевтический
- б) ортодонтический
- в) хирургический
- г) ортопедический
- д) ортодонтический, ортопедический +

187. При декомпенсированной форме генерализованной (II или III степени) повышенной стертости показан метод ортодонтического лечения:

- а) последовательная дезокклюзия
- б) перестройка миотатического рефлекса +
- в) постепенная дезокклюзия

- г) коррекция формы зубных рядов
- д) последовательная дезокклюзия, а затем коррекция формы зубных рядов

188. При компенсированной форме генерализованной повышенной стертости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

- а) постепенная дезокклюзия
- б) коррекция формы зубных рядов
- в) последовательная дезокклюзия +
- г) перестройка миотатического рефлекса
- д) постепенная дезокклюзия с последующей коррекцией формы зубных рядов

189. При компенсированной форме локализованной повышенной стертости твердых тканей зубов показан метод ортодонтического лечения:

- а) постепенная дезокклюзия +
- б) коррекция формы зубных рядов
- в) последовательная дезокклюзия
- г) перестройка миотатического рефлекса
- д) перестройка миотатического рефлекса и коррекция формы зубных рядов

190. При I степени повышенной стертости зубов показано применение:

- а) пластиночных протезов
- б) вкладок
- в) штифтовых конструкций с последующим покрытием коронок
- г) искусственных коронок
- д) вкладок либо искусственных коронок +

191. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:

- а) вкладок
- б) цельнолитых коронок
- в) штампованных коронок
- г) культевых штифтовых вкладок
- д) культевых штифтовых вкладок и цельнолитых коронок +

192. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:

- а) штампованных коронок
- б) цельнолитых коронок
- в) штампованно-паяных мостовидных протезов
- г) цельнолитых мостовидных протезов
- д) цельнолитых коронок и мостовидных протезов +

193. Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стертостью зубов применяется:

- а) пластинка с вестибулярной дугой
- б) пластинка с наклонной плоскостью
- в) пластмассовая каппа +

- г) шина Порта
- д) пластинка с ортодонтическим винтом

194. При повышенной стертости твердых тканей зубов полость зуба:

- а) увеличивается
- б) уменьшается +
- в) не изменяется
- г) в начале заболевания увеличивается, затем уменьшается
- д) в начале заболевания уменьшается, затем увеличивается

195. Осложнением повышенной стертости зубов является:

- а) кариес
- б) окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром +
- в) флюроз
- г) гингивостоматит Венсана
- д) клиновидный дефект

196. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стертости зубов выявляется:

- а) углубление носогубных складок, старческое выражение лица +
- б) асимметрия лица
- в) «птичье» лицо
- г) гиперемия кожных покровов
- д) асимметрия лица, гиперемия кожных покровов

197. Для дифференциации компенсированной формы повышенной стертости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:

- а) измерить разницу между высотой нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии +
- б) провести рентгенологическое исследование зубов
- в) провести ЭОД
- г) изготовить диагностические модели
- д) провести рентгенологическое исследование зубов и ЭОД

198. При горизонтальной повышенной стертости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

- а) клинообразная
- б) кратерообразная +
- в) ступенчатая
- г) овальная
- д) округлая

199. Этиологические факторы повышенной стертости, связанные с функциональной перегрузкой зубов:

- а) алиментарная недостаточность
- б) бруксизм +
- в) воздействие средств гигиены
- г) химические воздействия

д) алиментарная недостаточность, химические воздействия

200. Экзогенные этиологические факторы повышенной стертости, приводящие к функциональной недостаточности твердых тканей зубов:

- а) патология прикуса
- б) химическое воздействие кислот и щелочей +
- в) частичная адентия
- г) бруксизм
- д) патология прикуса и частичная адентия

201. При повышенной стертости твердых тканей зубов I степени ортопедическое лечение проводится:

- а) в один этап +
- б) в два этапа
- в) в три этапа
- г) в четыре этапа
- д) в пять этапов

202. При пародонтите патологическим изменениям подвергаются:

- а) круговая связка зуба
- б) костная ткань альвеолы
- в) пульпа зуба
- г) круговая связка зуба, костная ткань альвеолы
- д) костная ткань альвеолы, круговая связка и пульпа зуба +

203. При пародонтите патологическим изменениям подвергаются:

- а) десна
- б) костная ткань альвеолы
- в) сосудистая система пародонта
- г) десна и сосудистая система пародонта
- д) сосудистая система пародонта, костная ткань альвеолы, десна +

204. Для пародонтита характерно наличие:

- а) патологической подвижности зубов
- б) резорбции костной ткани альвеолярного отростка
- в) преждевременных окклюзионных контактов зубов
- г) преждевременных окклюзионных контактов и патологической подвижности зубов, резорбции костной ткани альвеолярного отростка
- д) преждевременных окклюзионных контактов и патологической подвижности зубов +

205. Для пародонтита характерно наличие:

- а) зубного камня
- б) деформаций зубных рядов
- в) кровоточивости десен
- г) деформаций зубных рядов и зубного камня
- д) деформаций зубных рядов, кровоточивости десен и зубного камня +

206. По клиническому течению различают пародонтит:

- а) острый
- б) хронический
- в) хронический в стадии обострения
- г) только острый и хронический
- д) все стадии верны +

207. По клиническому проявлению различают пародонтит:

- а) легкой степени
- б) средней степени
- в) тяжелой степени
- г) только легкой и тяжелой степени
- д) все степени верны +

208. По распространенности процесса выделяют пародонтит:

- а) локализованный
- б) генерализованный
- в) септический
- г) все варианты верны
- д) локализованный и генерализованный +

209. Окклюзиограмма применяется для определения:

- а) окклюзионной высоты
- б) окклюзионных контактов +
- в) выносливости тканей пародонта
- г) степени подвижности зубов
- д) степени подвижности зубов и выносливости тканей пародонта

210. При определении подвижности зубов выделяют степеней подвижности:

- а) две
- б) три +
- в) пять
- г) четыре
- д) шесть

211. Наличие пародонтального кармана характерно для:

- а) пародонтоза
- б) пародонтита +
- в) гингивита
- г) стоматита
- д) пульпита

212. К местным этиологическим факторам пародонтита относятся:

- а) системная остеопатия
- б) микробная бляшка
- в) травма десневого края
- г) системная остеопатия и травма десневого края

д) микробная бляшка и травма десневого края +

213. К общим этиологическим факторам пародонтита относятся:

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) системная остеопатия
- в) заболевания нервной системы
- г) верны все варианты +
- д) только сердечно-сосудистые заболевания и системная остеопатия

214. Трофика тканей пародонта зависит от:

- а) физиологической подвижности зубов
- б) степени атрофии альвеолярного отростка
- в) направления действия сил жевательного давления
- г) только физиологической подвижности зубов и степени атрофии альвеолярного отростка
- д) верны все варианты +

215. Травма десневого края как причина очагового пародонтита возможна вследствие:

- а) неправильно созданных контактных пунктов на пломбах, вкладках
- б) отсутствия экватора у коронки
- в) применения широких и длинных коронок
- г) верны все варианты +
- д) отсутствия экватора у коронки, применения широких и длинных коронок

216. При пародонтите смещение зубов возможно в направлении:

- а) вестибуло-оральном
- б) медио-дистальном
- в) вертикальном
- г) вокруг оси
- д) вестибуло-оральном направлении и вокруг оси +

217. При генерализованном пародонтите пародонтальные карманы выявляются у:

- а) одного зуба
- б) нескольких зубов
- в) зубов верхней челюсти
- г) зубов нижней челюсти
- д) всех зубов +

218. При хроническом пародонтите степень воспаления усугубляется:

- а) отсутствием межзубных контактов
- б) аномальными положениями и формой зубов
- в) некачественно изготовленными протезами
- г) только отсутствием межзубных контактов и некачественно изготовленными протезами
- д) верны все варианты +

219. Временные шины при лечении болезней пародонта должны:

- а) надежно фиксировать шинируемые зубы
- б) равномерно распределять жевательное давление
- в) не препятствовать лекарственной терапии
- г) надежно фиксировать шинируемые зубы и равномерно распределять жевательное давление
- д) верны все варианты +

220. Временная пластмассовая шина должна:

- а) заходить под десну на 1 мм
- б) легко накладываться и сниматься с зубного ряда
- в) отличаться простотой изготовления
- г) легко накладываться и сниматься с зубного ряда и отличаться простотой изготовления +
- д) верны все варианты

221. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию:

- а) фронтальную
- б) сагиттальную
- в) по дуге +
- г) парасагиттальную
- д) фронтосагиттальную

222. К временным шинам для лечения пародонтита относятся:

- а) шина Порта
- б) капповая шина из пластмассы
- в) шина Вязьмина-Копейкина
- г) шина Порта и капповая шина из пластмассы
- д) шина Вязьмина-Копейкина и капповая шина из пластмассы +

223. Показаниями к применению метода избирательного пришлифовывани зубов при пародонтите являются:

- а) множественный кариес
- б) преждевременные контакты зубов
- в) деформации зубных рядов
- г) только преждевременные контакты зубов и деформации зубных рядов +
- д) верны все варианты

224. Возможные осложнения при избирательном пришлифовывании зубов:

- а) гиперестезия твердых тканей
- б) снижение окклюзионной высоты
- в) ортодонтический эффект перемещения зуба
- г) только
- д) верны все варианты +

225. Метод избирательного шлифования зубов при пародонтите предусматривает:

- а) уменьшение величины жевательных бугров
- б) шлифование защитных бугров
- в) шлифование скатов бугров
- г) углубление фиссур
- д) шлифование скатов бугров и углубление фиссур +

226. Наличие преждевременных контактов выявляется использованием:

- а) окклюдограмм
- б) копировальной бумаги
- в) спрей-диагностики
- г) диагностических моделей
- д) окклюдограмм и диагностических моделей +

227. При непосредственном протезировании протезы изготавливают:

- а) до оперативного вмешательства +
- б) через 3 дня после удаления зубов
- в) через 5-7 дней после удаления зубов
- г) через 2 недели после удаления зубов
- д) через месяц после удаления зубов

228. Для снятия оттисков при непосредственном протезировании применяют массы:

- а) силиконовые
- б) термопластические
- в) гипс
- г) альгинатные +
- д) цинкоксиэвгеноловые

229. Показание к изготовлению имедиат-протезов:

- а) множественный кариес
- б) удаление зубов в связи с пародонтитом +
- в) деформации зубных рядов
- г) артроз височно-нижнечелюстного сустава
- д) многоформная экссудативная эритема

230. Конструкции имедиат-протезов:

- а) мостовидные
- б) пластиночные
- в) шинирующие
- г) верны все варианты +
- д) только мостовидные и шинирующие

231. Применение имедиат-протезов позволяет:

- а) сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих окклюдзионную высоту

- б) ускорить репаративные процессы альвеолярного отростка
- в) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов
- г) восстановить речь, функцию жевания, эстетику
- д) восстановить речь, функцию жевания, эстетику, а также сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих окклюзионную высоту +

232. Клинический экватор зуба на гипсовой модели определяют с помощью:

- а) копировальной бумаги
- б) параллелометрии +
- в) рентгенографии
- г) гнатодинамометрии
- д) реографии

233. Окклюзионная накладка располагается:

- а) между линией обзора и шейкой зуба +
- б) в опорной зоне
- в) в ретенционной зоне
- г) строго на линии обзора
- д) пересекает линию обзора

234. Если при параллелометрии линия обзора с вестибулярной стороны приближена к окклюзионной поверхности, а с оральной находится на уровне шейки зуба, необходимо:

- а) удалить зуб
- б) изготовить металлокерамическую коронку +
- в) изготовить пластмассовую коронку
- г) изготовить стальную коронку с выраженным экватором
- д) изменить наклон модели в параллелометре

235. Если при параллелометрии линия обзора на вестибулярной и оральной поверхностях зуба проходит по шейке зуба, необходимо:

- а) удалить зуб
- б) изготовить металлокерамическую коронку
- в) изготовить пластмассовую коронку
- г) изготовить стальную коронку с выраженным экватором
- д) изменить наклон модели в параллелометре +

236. Часть поверхности коронки зуба, расположенная между линией обзора и десневым краем, называется:

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

237. Пространство, расположенное между боковой поверхностью зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелометра при заданном наклоне модели, называется:

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

238. Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгельного протеза от вертикальных смещений, располагается в зоне:

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

239. Конструкция цельнолитого съемного шинирующего протеза включает:

- а) металлический каркас
- б) пластмассовый базис с искусственными зубами
- в) гнутые кламмеры
- г) кламмер по Кеммени
- д) металлический каркас и пластмассовый базис с искусственными зубами +

240. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

- а) суставной шум
- б) тугоподвижность нижней челюсти
- в) неудобство при смыкании зубов
- г) суставной шум и тугоподвижность нижней челюсти +
- д) неудобство при смыкании зубов и тугоподвижность нижней челюсти

241. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

- а) врожденное укорочение ветви нижней челюсти
- б) недоразвитие суставной головки с одной стороны
- в) нарушение функциональной окклюзии
- г) макротравма челюстно-лицевой области
- д) верно все, кроме макротравмы челюстно-лицевой области +

242. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- а) анализ функциональной окклюзии
- б) рентгенологическое исследование
- в) электромиографическое исследование
- г) верны все варианты +
- д) только электромиографическое исследование и анализ функциональной окклюзии

243. Реография области ВНЧС используется для определения:

- а) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
- б) гемодинамики +
- в) движения головок нижней челюсти

- г) размеров элементов ВНЧС
- д) размеров элементов ВНЧС и движения головок нижней челюсти

244. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

- а) снижения окклюзионной высоты
- б) нормализации функциональной окклюзии
- в) достижения плавности движений нижней челюсти
- г) нормализации функциональной окклюзии и достижения плавности движений нижней челюсти +
- д) нормализации функциональной окклюзии и снижения окклюзионной высоты

245. Виды окклюзионных кривых:

- а) сагиттальная
- б) трансверзальная
- в) горизонтальная
- г) сагиттальная и трансверзальная +
- д) трансверзальная и горизонтальная

246. Окклюзионная коррекция проводится методами:

- а) ортопедическими
- б) избирательного сошлифовывания зубов
- в) хирургическими
- г) ортопедическими методами и методом избирательного сошлифовывания зубов
- д) верны все варианты +

247. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

- а) сужение суставной щели
- б) отсутствие суставной щели
- в) расширение суставной щели
- г) уплотнение кортикального слоя суставной головки
- д) изменение формы костных элементов сустава +

248. Жевательная нагрузка концентрируется в области:

- а) моляров
- б) резцов и клыков
- в) премоляров
- г) моляров и премоляров +
- д) клыков и премоляров

249. Характерные признаки боли в суставе при остром артрите:

- а) постоянная в покое
- б) усиливающаяся при движениях нижней челюсти +
- в) приступообразная
- г) только приступообразная, постоянная в покое
- д) верны все варианты

250. При потере левых жевательных зубов нижняя челюсть смещается во вторичную вынужденную окклюзию:

- а) влево
- б) вправо +
- в) вперед и влево
- г) вперед и вправо
- д) вперед

251. Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:

- а) одна неделя
- б) две недели
- в) три недели
- г) один месяц
- д) 3-6 месяцев +

252. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

- а) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- б) крепитацию +
- в) отсутствие суставного шума
- г) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей в отсутствии суставного шума
- д) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей с крепитацией

253. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

- а) артрографию
- б) магниторезонансную томографию
- в) ультразвуковую диагностику
- г) магниторезонансную томографию и артрографию
- д) ультразвуковую диагностику и магниторезонансную томографию +

254. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

- а) крепитацию
- б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- в) щелкающие звуки
- г) крепитацию и щелкающие звуки +
- д) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей с крепитацией

255. В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть контакты:

- а) групповые щечных бугров жевательных зубов
- б) клыков и боковых резцов
- в) резцов и щечных бугров премоляров
- г) резцов
- д) щечных бугров жевательных зубов или клыков +

256. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

- а) артрографию
- б) артроскопию
- в) магниторезонансную томографию +
- г) магниторезонансную томографию и артроскопию

257. Окклюзионная коррекция проводится методами:

- а) избирательного сошлифовывания зубов
- б) ортопедическими
- в) ортодонтическими
- г) только ортопедическими либо ортодонтическими
- д) верны все варианты +

258. 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

259. Факторы нарушения окклюзии:

- а) местные факторы полости рта
- б) поражения ВНЧС
- в) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях
- г) верны все варианты +
- д) местные факторы полости рта либо поражения ВНЧС

260. Окклюзионные шины применяются с целью:

- а) нормализовать функцию жевательных мышц
- б) предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
- в) нормализовать положение суставных головок
- г) верны все варианты +
- д) предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений и нормализовать только положение суставных головок

261. Характерный признак острого артрита - открывание рта в пределах:

- а) 4,5-5,0 см
- б) 3,5-4,5 см
- в) 2,5-3,5 см
- г) 1,5-2,5 см
- д) 0,5-1,0 см +

262. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС можно предположить диагноз:

- а) мышечно-суставная дисфункция +
- б) артрит
- в) артроз

- г) остеома суставного отростка нижней челюсти
- д) перелом в области ветви нижней челюсти

263. К гипербалансирующим относят окклюзионные контакты:

- а) на балансирующей стороне, мешающие в боковой окклюзии смыканию зубов рабочей стороны +
- б) на рабочей стороне, разобщающие зубы на балансирующей стороне
- в) на балансирующей стороне
- г) на рабочей стороне
- д) на обеих сторонах при разобщении контактов на противоположной стороне

264. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

- а) недоразвитие суставной головки с одной стороны
- б) нарушение функциональной окклюзии
- в) врожденное укорочение ветви нижней челюсти
- г) только недоразвитие суставной головки с одной стороны и нарушение функциональной окклюзии
- д) верны все варианты +

265. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- а) измерение высоты нижнего отдела лица
- б) рентгенологическое исследование
- в) анализ функциональной окклюзии
- г) измерение высоты нижнего отдела лица и рентгенологическое исследование
- д) рентгенологическое исследование и анализ функциональной окклюзии +

266. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:

- а) уменьшения нагрузки на пародонт
- б) достижения плавности движений нижней челюсти
- в) нормализации функциональной окклюзии
- г) уменьшения нагрузки на пародонт и нормализации функциональной окклюзии
- д) достижения плавности движений нижней челюсти и нормализации функциональной окклюзии +

267. Зубонадесневые шины:

- а) шина Тигерштедта
- б) шина Вебера
- в) шина Ванкевич
- г) шины Ванкевич и Тигерштедта
- д) шины Ванкевич и Вебера +

268. Надесневые шины:

- а) шина Тигерштедта
- б) шина Васильева
- в) шина Вебера
- г) шина Порта +
- д) шины Тигерштедта и Васильева

269. Репонирующие ортопедические аппараты:

- а) шина Порта
- б) шина Курляндского
- в) шина Ванкевич
- г) шины Порта и Курляндского
- д) шины Ванкевич и Курляндского +

270. Основными группами неогнестрельных переломов нижней челюсти по В.Ю. Курляндскому являются:

- а) переломы тела челюсти в пределах зубного ряда
- б) переломы тела челюсти при наличии беззубых отломков
- в) переломы за зубным рядом
- г) все варианты верны +
- д) переломы тела челюсти в пределах зубного ряда только при наличии беззубых отломков

271. При двустороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент смещается:

- а) назад и вверх
- б) вперед и вверх
- в) вниз и назад +
- г) вверх и назад

272. При двустороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смещаются:

- а) наружу и вверх
- б) внутрь и вверх +
- в) наружу и вниз
- г) внутрь и вниз

273. Типом смыкания передних зубов при двустороннем переломе тела нижней челюсти является:

- а) открытый +
- б) перекрестный
- в) медиальный
- г) дистальный
- д) глубокий

274. План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит:

- а) от локализации перелома
- б) от характера перелома
- в) от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей
- г) от любого из перечисленных вариантов +
- д) от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей и от локализации перелома, характер перелома не важен

275. Лечение раненых с переломами челюстей:

- а) хирургическое
- б) ортопедическое
- в) терапевтическое
- г) комплексное +
- д) физиотерапевтическое

276. Для оказания первой доврачебной помощи при переломах челюстей используют:

- а) аппарат Илизарова
- б) стандартную транспортную шину +
- в) кровавую репозицию отломков
- г) проволочную шину Тигерштедта
- д) шину Васильева

277. Съемная шина Ванкевич фиксируется на:

- а) зубах верхней челюсти
- б) зубах нижней челюсти
- в) зубах и десне верхней челюсти +
- г) зубах и десне нижней челюсти
- д) деснах обеих челюстей

278. По способу фиксации внутриротовые аппараты для лечения переломов челюстей делятся на:

- а) назубные, зубонадесневые, надесневые +
- б) назубные, дуговые, надесневые
- в) паяные, дуговые, зубонадесневые
- г) назубные, надесневые
- д) зубонадесневые, надесневые

279. Репонирующий аппарат Катца является:

- а) внутриротовым
- б) внеротовым
- в) внутри-внеротовым +
- г) зубонадесневым
- д) надесневым

280. Возможные осложнения при неправильно сросшихся переломах:

- а) заболевания пародонта и заболевания ВНЧС
- б) заболевания ВНЧС и нарушение окклюзионных взаимоотношений
- в) неврит тройничного нерва и нарушение окклюзионных взаимоотношений
- г) заболевания пародонта и неврит тройничного нерва +

281. Надесневые шины:

- а) шина Вебера
- б) шина Ванкевич
- в) шина Тигерштедта
- г) шина Порта +

д) шины Вебера и Тигерштедта

282. Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

- а) огнестрельная травма
- б) спортивная травма
- в) онкологические заболевания
- г) производственная травма
- д) огнестрельная либо производственная травмы +

283. Частичное отсутствие зубов, осложненное феноменом Попова-Годона, следует дифференцировать от:

- а) частичного отсутствия зубов, осложненного снижением окклюзионной высоты и дистальным смещением нижней челюсти
- б) частичного отсутствия зубов, осложненного повышенной стертостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты
- в) частичного отсутствия зубов обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антагонизирующих зубов
- г) верны все варианты +
- д) частичного отсутствия зубов, осложненного снижением окклюзионной высоты, повышенной стертостью твердых тканей зубов и дистальным смещением нижней челюсти

284. Количество форм зубочелюстных деформаций по В.А. Пономаревой:

- а) 1
- б) 2 +
- в) 3
- г) 4
- д) 5

285. К деформациям зубных рядов может привести:

- а) повышенная стертость твердых тканей зубов
- б) эрозия эмали
- в) пародонтит
- г) флюороз
- д) повышенная стертость твердых тканей зубов и пародонтит +

286. Соотношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным при вертикальных деформациях зубных рядов по классификации В.А. Пономаревой, относящихся к:

- а) I форме +
- б) II форме
- в) II форме, 1-й группе
- г) II форме, 2-й группе
- д) III форме

287. Обнажение цемента смещенных зубов более чем на 1/2 корня относится по В.А. Пономаревой к:

- а) I форме
- б) II форме, 1-й группе
- в) II форме, 2-й группе +
- г) III форме
- д) I и III форме

288. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов:

- а) расширена
- б) сужена +
- в) не изменена
- г) деформирована
- д) расширена и деформирована

289. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) гемангиомы
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) гемангиомы и расщелины только твердого неба
- д) расщелины твердого неба и верхней губы +

290. При потере основного антагониста зуб перемещается в направлении:

- а) вертикальном
- б) вертикальном и медиальном +
- в) медиальном
- г) вертикальном и дистальном
- д) дистальном

291. Противопоказания к применению ортодонтических методов лечения феномена Попова-Годона:

- а) хронический пародонтит +
- б) интактные зубы и здоровый пародонт
- в) частичное отсутствие зубов на обеих челюстях
- г) кариес зубов
- д) частичная адентия в условиях интактных зубных рядов и здорового пародонта

292. Зубоальвеолярное удлинение более характерно для:

- а) жевательных зубов верхней челюсти
- б) фронтальных зубов верхней челюсти
- в) фронтальных зубов нижней челюсти
- г) жевательных зубов нижней челюсти
- д) одинаково для обеих челюстей (независимо от групповой принадлежности зубов) +

293. Метод дезокклюзии применяется при:

- а) I форме зубоальвеолярного удлинения +
- б) II форме зубоальвеолярного удлинения

- в) I и II формах зубоальвеолярного удлинения
- г) при заболеваниях пародонта
- д) II форме зубоальвеолярного удлинения при заболеваниях пародонта

294. Метод дезокклюзии показан для лиц не старше:

- а) 18 лет
- б) 25 лет
- в) 40 лет +
- г) 50 лет
- д) 60 лет

295. Метод сошлифовывания применяют при:

- а) I форме феномена Попова-Годона
- б) II форме феномена Попова-Годона
- в) I и II формах феномена Попова-Годона +
- г) повышенной стертости твердых тканей зубов
- д) I форме феномена Попова-Годона в сочетании с повышенной стертостью твердых тканей зубов

296. Метод дезокклюзии предполагает разобщение зубов на:

- а) 5 мм
- б) 2 мм +
- в) 7 мм
- г) 8 мм
- д) 7-8 мм

297. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:

- а) разобщение полости рта и полости носа
- б) восстановление функций дыхания, жевания, глотания
- в) восстановление фонетики и глотания
- г) разобщение полости рта и полости носа и восстановление функций дыхания, жевания, глотания
- д) верны все варианты +

298. При отсутствии явлений перестройки с помощью метода дезокклюзии применяют аппаратурно-хирургический метод, если первый не дает положительного результата в течение:

- а) 1 недели
- б) 2 недель
- в) 7-4 недель +
- г) 3 месяцев
- д) 6 месяцев

299. Причины, приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

- а) производственная травма +
- б) спортивная травма

- в) бытовая травма
- г) нет верных вариантов

300. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) злокачественные новообразования
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) расщелины только твердого неба и злокачественные новообразования
- д) расщелины твердого неба и верхней губы +

301. Заболевания, не приводящие к дефектам челюстно-лицевой области:

- а) остеомиелит
- б) актиномикоз
- в) туберкулез
- г) пародонтит +
- д) все варианты верны

302. В челюстно-лицевой ортопедии выделяют группы лечебных аппаратов:

- а) фиксирующие
- б) замещающие
- в) формирующие
- г) только фиксирующие и замещающие
- д) все варианты верны +

303. Причины, не приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

- а) огнестрельные травмы
- б) производственные травмы
- в) онкологические заболевания
- г) пародонтит +
- д) верных вариантов нет

304. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) заеда
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) расщелины только твердого неба и заеда
- д) расщелины твердого неба и верхней губы +

305. Заболевания, приводящие к дефектам челюстно-лицевой области:

- а) остеомиелит
- б) туберкулез
- в) сифилис
- г) только остеомиелит и сифилис
- д) все варианты верны +

306. Причины, не приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

- а) спортивные травмы
- б) бытовые травмы
- в) только спортивные и бытовые травмы
- г) пародонтит
- д) все варианты верны +

307. При микростоме оттиски снимают:

- а) стандартными металлическими оттискными ложками
- б) стандартными пластмассовыми оттискными ложками
- в) частичными оттискными ложками +
- г) восковыми ложками
- д) либо стандартными металлическими, либо восковыми ложками

308. Начальным клиническим этапом изготовления эктопротеза является:

- а) получение оттиска лица +
- б) создание восковой репродукции эктопротеза
- в) подбор пластмассы соответственно цвету кожи лица
- г) отливка модели
- д) припасовка эктопротеза

309. При микростоме применяют:

- а) бюгельные протезы
- б) пластиночные протезы с опорно-удерживающими кламмерами
- в) шинирующие конструкции
- г) складные протезы +
- д) шины с шарниром Шредера

310. Дефекты твердого и мягкого неба делятся на:

- а) врожденные и травматические
- б) врожденные и приобретенные +
- в) врожденные, онкологические и приобретенные
- г) врожденные, травматические, онкологические и приобретенные

311. В.Ю. Курляндский делил дефекты твердого и мягкого неба по топографии:

- а) на 2 группы
- б) на 3 группы
- в) на 4 группы +
- г) на 5 групп
- д) на 6 групп

312. К третьей группе дефектов неба по В.Ю. Курляндскому относятся:

- а) дефекты мягкого неба
- б) дефекты твердого неба при отсутствии зубов на верхней челюсти +
- в) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти
- г) дефекты твердого неба при сохранении всех зубов на верхней челюсти

д) дефекты твердого и мягкого неба при сохранении всех зубов на верхней челюсти

313. К четвертой группе дефектов неба по В.Ю. Курляндскому относятся:

- а) дефекты мягкого неба +
- б) дефекты твердого неба при отсутствии зубов на верхней челюсти
- в) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти
- г) дефекты твердого неба при сохранении всех зубов на верхней челюсти
- д) дефекты твердого и мягкого неба при отсутствии всех жевательных зубов на верхней челюсти

314. Ко второй группе дефектов неба по В.Ю. Курляндскому относятся:

- а) дефекты мягкого неба
- б) дефекты твердого неба при сохранении всех зубов на верхней челюсти
- в) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти +
- г) дефекты твердого неба при отсутствии зубов на верхней челюсти
- д) дефекты твердого и мягкого неба при сохранении всех зубов на верхней челюсти

315. Соединение верхнечелюстного отростка с медиальным носовым отростком происходит в процессе эмбрионального развития:

- а) в конце 1 недели
- б) на 6-7 неделе +
- в) на 6-7 месяце
- г) в конце 10 недели
- д) в конце 2 недели

316. Формирование неба за счет срастания небных отростков происходит в период внутриутробного развития:

- а) в конце 1 недели
- б) на 6-7 неделе
- в) на 6-7 месяце
- г) в конце 10 недели +
- д) в конце 3 недели

317. Частота врожденных дефектов неба в России:

- а) 1 на 1 млн. новорожденных
- б) 1 на 100 тыс. новорожденных
- в) 1 на 10 тыс. новорожденных
- г) 1 на 1 тыс. новорожденных +
- д) 1 на 100 новорожденных

318. Этиологические факторы приобретенных дефектов неба:

- а) воспалительные процессы
- б) онкологические заболевания

- в) травмы
- г) только воспалительные процессы и онкологические заболевания
- д) все варианты верны +

319. При дефектах неба формируется дыхание:

- а) слабое поверхностное +
- б) глубокое сильное
- в) свистящее
- г) Чейна-Стокса
- д) с высоким тимпаническим звуком

320. RHINOALAPERTA - это:

- а) хроническое воспаление пазух носа
- б) открытая гнусавость +
- в) закрытая гнусавость
- г) нарушение носового дыхания
- д) перелом носовых костей

321. Открытая гнусавость характеризуется нарушением произношения фонем:

- а) и, ы
- б) а, я
- в) б, п +
- г) р, ж
- д) с, з

322. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:

- а) разобщение полости рта и полости носа
- б) восстановление функций дыхания, жевания, глотания
- в) поддержка мягких тканей, потерявших костную основу
- г) разобщение полости рта и полости носа, восстановление функций дыхания, жевания, глотания
- д) все варианты верны +

323. Ортопедические аппараты, применяемые для лечения больных с дефектами неба, делят на:

- а) несъемные
- б) разобщающие пластинки
- в) obturatory
- г) несъемные аппараты и obturatory
- д) разобщающие пластинки и obturatory +

324. Протезы-obturatory для лечения больных с дефектами неба должны:

- а) плотно входить в дефект неба +
- б) не входить в дефект неба
- в) улучшать эстетику
- г) шинировать зубы
- д) улучшать эстетику и шинировать зубы

325. Разобшающие пластинки при лечении дефектов неба должны:

- а) плотно входить в дефект неба
- б) не входить в дефект неба
- в) отделять полость рта от полости носа
- г) шинировать зубы
- д) не входить в дефект неба, отделять полость рта от полости носа +

326. При дефектах неба первой группы по В.Ю. Курляндскому применяют:

- а) плавающий obturator Кезе
- б) разобшающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией +
- в) металлокерамические мостовидные протезы
- г) плавающий obturator Кезе в сочетании с разобшающей съемной пластинкой с кламмерной фиксацией
- д) разобшающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией, замещающая дефекты металлокерамическими мостовидными протезами

327. При дефектах мягкого неба применяют:

- а) плавающий obturator Кезе +
- б) разобшающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией
- в) металлический протез
- г) металлокерамический мостовидный протез
- д) разобшающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией, замещающая дефекты цельнолитыми мостовидными протезами

328. Для проверки качества разобшения полости рта от полости носа протезом-obтуратором проводят функциональные пробы:

- а) надувание щек
- б) глотание воды
- в) цоканье языком
- г) надувание щек и глотание воды +
- д) надувание щек и цоканье языком

329. Ортопедическое лечение больных с дефектом неба восстанавливает произношение фонем:

- а) з, с
- б) ж, ш
- в) б, п +
- г) м, н
- д) з, с, ж, ш

330. Разобшающая съемная пластинка у больных со срединным дефектом твердого неба должна:

- а) плотно входить в дефект
- б) плотно прилегать к краям дефекта
- в) иметь внутренний клапан на 1-2 мм кнаружи от края дефекта +
- г) иметь внутренний клапан на 3 мм кнаружи от края дефекта
- д) плотно входить в дефект и плотно прилегать к краям дефекта

331. При получении оттиска верхней челюсти с дефектом неба предварительно проводят:

- а) функциональную пробу с надуванием щек
- б) ЭОД
- в) тампонаду дефекта марлевой салфеткой +
- г) только функциональную пробу с надуванием щек и ЭОД зубов
- д) верны все варианты

332. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:

- а) гипс
- б) альгинатные
- в) силиконовые +
- г) цинкоксиэвгеноловые
- д) гипс либо альгинатные

333. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота пробы:

- а) 375
- б) 583
- в) 750
- г) 900 +
- д) 375 либо 750

334. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

- а) нержавеющей стали
- б) хромо-кобальтового сплава
- в) серебряно-палладиевого сплава
- г) латуни
- д) легкоплавкого сплава +

335. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплава:

- а) хромо-кобальтового
- б) хромо-никелевого +
- в) золотого 900 пробы
- г) серебряно-палладиевого
- д) золотого 900 пробы либо серебряно-палладиевого

336. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели при изготовлении искусственных коронок применяют воск:

- а) базисный
- б) липкий
- в) моделировочный +
- г) лавакс
- д) базисный в сочетании с липким

337. Альгинатная масса используется для получения рабочих оттисков при изготовлении коронки:

- а) литой
- б) штампованной
- в) фарфоровой
- г) пластмассовой
- д) штампованной либо пластмассовой +

338. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы:

- а) золота 900 пробы
- б) золота 750 пробы
- в) хромо-никелевый
- г) хромо-кобальтовый
- д) хромо-никелевый или золота 900 пробы +

339. Штампованные коронки изготавливают из сплава:

- а) хромо-никелевого
- б) золота 750 пробы
- в) хромо-кобальтового
- г) серебряно-палладиевого ПД-250
- д) только хромо-никелевого или серебряно-палладиевого ПД-250 +

340. К жакетным коронкам относятся:

- а) металлокерамическая
- б) пластмассовая с круговым уступом +
- в) литая
- г) коронка по Белкину
- д) штампованная

341. Силиконовая масса используется для получения оттисков при изготовлении коронки:

- а) литой
- б) штампованной
- в) фарфоровой
- г) пластмассовой
- д) литой либо фарфоровой +

342. При снятии оттиска эластической массой необходимо использовать:

- а) гладкую оттискную ложку
- б) перфорированную оттискную ложку
- в) гладкую ложку, обклеенную лейкопластырем
- г) нанесение на ложку адгезива
- д) перфорированную либо обклеенную лейкопластырем оттискную ложку либо нанесение на ложку адгезива +

343. Полимеризация пластмассы в условиях атмосферного давления производится при температуре:

- а) 680 градусов
- б) 100 градусов +
- в) 120 градусов
- г) 150 градусов
- д) 200 градусов

344. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки вызывает:

- а) увеличение размера коронки
- б) уменьшение размера коронки
- в) образование внутренних пор +
- г) изменение цвета коронки
- д) увеличение размера коронки и изменение цвета коронки

345. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:

- а) альгинатной массой
- б) силиконовой массой +
- в) любым оттискным материалом с проведением ретракции десны
- г) гипсом
- д) термопластической массой

346. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:

- а) 583
- б) 750 +
- в) 900
- г) 583 либо 900
- д) 750 или 900

347. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска используют массу:

- а) альгинатную
- б) силиконовую +
- в) цинкоксиэвгеноловую
- г) термопластическую
- д) цинкоксиэвгеноловую или термопластическую

348. Для двойного оттиска используются массы:

- а) твердокристаллические
- б) силиконовые +
- в) альгинатные
- г) термопластические
- д) твердокристаллические или термопластические

349. Литые коронки изготавливают из сплава:

- а) хромо-никелевого
- б) золота 900 пробы
- в) хромо-кобальтового
- г) серебряно-палладиевого ПД-190

д) хромо-кобальтового или серебряно-палладиевого ПД-190 +

350. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо:

- а) провести пескоструйную обработку
- б) обезжирить каркас, создать окисную пленку
- в) создать окисную пленку, провести пескоструйную обработку
- г) провести пескоструйную обработку, создать окисную пленку, обезжирить каркас
- д) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас, создать окисную пленку +

351. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига наносится на каркас в объеме по отношению к объему естественного зуба:

- а) несколько меньшем
- б) полном
- в) несколько большем +
- г) в 2 раза меньшем
- д) в 3 раза большем

352. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

- а) гипс
- б) воск
- в) оттисковые массы
- г) пластмассы +
- д) гипс и воск

353. Для облицовки металлопластмассовых коронок используется материал:

- а) синма М +
- б) акрилоксид
- в) этакрил
- г) протакрил
- д) карбодент

354. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

- а) воск
- б) гипс
- в) оттисковые массы
- г) сплав на основе золота +
- д) гипс, воск и сплавы на основе золота

355. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) репин
- б) масляный дентин
- в) поликарбоксилатный цемент +
- г) репин и масляный дентин
- д) масляный дентин и поликарбоксилатный цемент

356. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят:

- а) на штампованный колпачок
- б) на литой колпачок +
- в) на платиновый колпачок
- г) на штампик из огнеупорного материала
- д) на штампик из легкоплавкого металла

357. При обжиге фарфоровой массы, кроме высокотемпературного воздействия, используют:

- а) давление
- б) вакуум +
- в) центрифугирование
- г) вибрацию
- д) давление и вибрацию

358. При изготовлении металлоакриловой коронки соединение пластмассы слитым каркасом осуществляется за счет:

- а) химической связи
- б) образования окисной пленки
- в) взаимной диффузии материалов
- г) вырезания «окна» на вестибулярной поверхности коронки
- д) формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков) +

359. Для обеспечения хорошего сцепления фарфора с металлической поверхностью каркаса необходимо провести:

- а) абразивную обработку
- б) абразивную обработку, обезжиривание
- в) абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки +
- г) абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки, нанесение «перл»
- д) абразивную обработку, нанесение «перл»

360. При изготовлении фарфоровой коронки массу наносят и обжигают на:

- а) огнеупорном гипсе
- б) колпачке из золотой фольги
- в) колпачке из платиновой фольги +
- г) колпачке из серебряно-палладиевой фольги
- д) огнеупорном гипсе с колпачком из золотой фольги

361. Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и стенками культи зуба с помощью:

- а) разогретого воска
- б) альгинатных оттискных масс
- в) корректирующих силиконовых оттискных масс +
- г) жидкого гипса

д) копировальной бумаги

362. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлоакриловой коронки является:

- а) полирование +
- б) глазурирование
- в) припасовка на модели
- г) заключительный обжиг
- д) окончательная коррекция формы

363. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

- а) силидонт
- б) темп-бонд +
- в) висфат-цемент
- г) унифас
- д) акрилоксид

364. Ошибки, приводящие к сколу керамической массы с литого каркаса:

- а) неправильная моделировка каркаса
- б) загрязнение каркаса
- в) чрезмерное число обжигов
- г) неправильная моделировка загрязненного каркаса
- д) любой из указанных вариантов является ошибкой, приводящей к сколу керамической массы с литого каркаса +

365. Оптимальная толщина фарфоровой коронки составляет:

- а) 0,3-0,4 мм
- б) 0,5-0,8 мм
- в) 1,0-1,5 мм +
- г) 1,6-2,0 мм
- д) 2,0-2,5 мм

366. Технология изготовления обеспечивает более плотный охват шейки зуба искусственными коронками:

- а) штампованными
- б) литыми
- в) металлокерамическими
- г) штампованными и литыми
- д) металлокерамическими и литыми +

367. Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении коронки:

- а) штампованной и фарфоровой
- б) пластмассовой и металлокерамической
- в) металлокерамической и штампованной
- г) любой коронки
- д) металлокерамической и фарфоровой +

368. Отбеливание несъемного мостовидного протеза из нержавеющей стали после пайки производится:

- а) в концентрированных щелочах
- б) в концентрированных кислотах
- в) в смесях кислот с добавлением воды +
- г) в смесях щелочей с добавлением воды
- д) в концентрированных щелочах и периодическим погружением в воду

369. Группы оттисковых материалов:

- а) термопластические
- б) эластические
- в) полимеризующиеся
- г) термопластические и эластические +
- д) все варианты верны

370. Флюсы при паянии используются для:

- а) очищения спаиваемых поверхностей
- б) уменьшения температуры плавления припоя
- в) увеличения площади спаиваемых поверхностей
- г) предотвращения образования пленки окислов +
- д) предварительного соединения спаиваемых деталей

371. Для пайки протезов из сплавов стали и золота применяют флюс:

- а) канифоль
- б) хлористый цинк
- в) бура +
- г) древесный уголь
- д) сульфат натрия

372. Для пайки коронок из нержавеющей стали применяют припой на основе:

- а) золота
- б) буры
- в) олова
- г) серебра +
- д) никеля

373. Коронки из нержавеющей стали спаивают:

- а) оловом или никелем
- б) серебряным припоем +
- в) золотым припоем
- г) любым металлом, выбор металла не имеет значения
- д) правильных вариантов нет

374. Коронки из серебряно-палладиевого сплава спаивают:

- а) серебряным припоем
- б) оловом или никелем
- в) золотым припоем +

- г) железом
- д) правильных вариантов нет

375. Для снижения температуры плавления припоя добавляется:

- а) платина
- б) кадмий +
- в) олово
- г) серебро
- д) бура

376. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

- а) оттисковые массы
- б) гипс
- в) воск
- г) хромо-кобальтовый сплав +
- д) оттисковые массы и гипс

377. Перед отливкой модели по оттиску с опорными штампованными коронками в них заливают:

- а) гипс
- б) цемент
- в) амальгаму
- г) воск +
- д) репин

378. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

- а) любого
- б) паяного +
- в) цельнолитого
- г) металлоакрилового
- д) металлокерамического

379. Полирование цельнометаллических мостовидных протезов производится с помощью:

- а) полировочной пасты
- б) шлифовальных эластичных кругов
- в) щетинных и нитяных щеток
- г) войлочных фильцев
- д) все ответы верны +

380. Литые мостовидные протезы изготавливают из сплава:

- а) золота 900 пробы и 750 пробы
- б) золота 750 пробы и хромоникелевого
- в) золота 900 пробы и хромоникелевого
- г) золота 900 пробы и хромокобальтового
- д) золота 750 пробы и хромокобальтового +

381. Расплавление золотого сплава при литье производится:

- а) газовой горелкой
- б) бензиновой горелкой +
- в) вольтовой дугой
- г) высокочастотным полем электрического тока
- д) вольтовой дугой и высокочастотным полем электрического тока

382. Нагнетание расплавленного сплава в форму-опоку осуществляется методом:

- а) вакуумирования
- б) давления
- в) центробежного литья под давлением
- г) вакуумирования под давлением
- д) вакуумирования, давления и центробежного литья +

383. Расплавление нержавеющей стали при литье производится:

- а) газовой горелкой
- б) бензиновой горелкой
- в) вольтовой дугой
- г) высокочастотным полем электрического тока
- д) вольтовой дугой и высокочастотным полем электрического тока +

384. На этапе припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории:

- а) на модели из гипса +
- б) без модели
- в) на гипсовых и/или металлических штампах
- г) на разборной модели
- д) на огнеупорной модели

385. На этапе припасовки литых мостовидных протезов, облицованных пластмассой, точность прилегания коронок к зубам оценивается с помощью:

- а) базисного воска
- б) гипса
- в) силиконового оттискного материала +
- г) копировальной бумаги
- д) алгинатного оттискного материала

386. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) репин
- б) масляный дентин
- в) стеклоиономерные цементы +
- г) репин либо масляный дентин
- д) масляный дентин либо стеклоиономерные цементы

387. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

- а) акрилоксид

- б) водный дентин +
- в) висфат-цемент
- г) силидонт
- д) унифас

388. При изготовлении штампованной коронки из серебряно-палладиевого сплава жевательную поверхность (режущий край) заливают:

- а) серебряным припоем (ПСР-37)
- б) золото-кадмиевым сплавом 750 пробы +
- в) золото-платиновым сплавом 750 пробы
- г) сплавом золота 900 пробы
- д) золото-платиновым сплавом 900 пробы

389. Стоматологический фарфор получают из:

- а) полевого шпата
- б) кварца
- в) каолина и кварца
- г) полевого шпата и кварца
- д) полевого шпата, кварца и каолина +

390. Температура плавления хромоникелевого сплава:

- а) 950 градусов
- б) 1150 градусов
- в) 1350 градусов
- г) 1450 градусов +
- д) 1700 градусов

391. Температура плавления сплава золота 900 пробы:

- а) 850 градусов
- б) 1032 градусов +
- в) 1064 градусов
- г) 1100 градусов
- д) 950 градусов

392. Возможные осложнения при пользовании металлоакриловыми мостовидными протезами:

- а) откол облицовки
- б) изменение цвета облицовки
- в) быстрое истирание облицовки
- г) повышенное истирание зубов-антагонистов
- д) откол облицовки, изменение цвета облицовки и быстрое истирание облицовки +

393. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:

- а) гипс
- б) воск
- в) оттисковые массы
- г) керамические массы +

д) гипс и воск

394. Скол керамического покрытия может возникнуть из-за:

- а) загрязнения каркаса
- б) неравномерной толщины керамического покрытия
- в) невыверенных окклюзионных контактов
- г) загрязнения каркаса и неравномерной толщины керамического покрытия
- д) загрязнения каркаса, неравномерной толщины керамического покрытия и невыверенных окклюзионных контактов +

395. Возможные осложнения при пользовании металлокерамическими мостовидными протезами:

- а) откол облицовки
- б) изменение цвета облицовки
- в) быстрое истирание облицовки
- г) повышенное истирание зубов-антагонистов
- д) откол облицовки и повышенное истирание зубов-антагонистов +

396. К недостаткам мостовидного протеза из нержавеющей стали относятся:

- а) окисление припоя
- б) низкая жевательная эффективность
- в) возникновение микротоков
- г) быстрое стирание зубов-антагонистов
- д) окисление припоя и возникновение микротоков +

397. Сплавы, обладающие биологической совместимостью с тканями полости рта:

- а) нержавеющая сталь и сплавы титана
- б) сплавы золота и титана +
- в) только сплавы титана
- г) таковых не существует
- д) все варианты верны

398. При изготовлении несъемных литых конструкций с облицовкой (металлокерамика, металлопластмасса) рабочая модель является:

- а) простой гипсовой
- б) разборной с хвостовиками +
- в) восковой с хвостовиками
- г) огнеупорной
- д) полностью состоящей из супергипса

399. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза:

- а) механически
- б) химически +
- в) с помощью клея
- г) с помощью специального адгезива
- д) с помощью клея или с помощью специального адгезива

400. Искусственные фарфоровые зубы укрепляются в базисе пластиночного протеза:

- а) химически
- б) механически +
- в) с помощью клея
- г) с помощью специального адгезива
- д) с помощью клея или с помощью специального адгезива

401. Укрепление фронтальных фарфоровых зубов в базисе пластиночного протеза достигается с помощью:

- а) цилиндрических крапюнов
- б) пуговчатых крапюнов +
- в) полостей внутри зубов
- г) клея
- д) полостей внутри зубов с применением клея

402. Для получения функциональных оттисков используют массы:

- а) термопластические
- б) воск
- в) силиконовые
- г) самотвердеющие пластические
- д) термопластические и силиконовые +

403. Оттискная масса должна обладать свойствами:

- а) быть безвредной
- б) не давать усадку до отливки модели
- в) давать точный отпечаток протезного ложа
- г) легко вводиться и выводиться из полости рта
- д) быть безвредной и легко вводиться и выводиться из полости рта +

404. Группы оттискных материалов:

- а) термопластические
- б) эластические
- в) кристаллизующиеся
- г) термопластические и кристаллизующиеся
- д) термопластические, эластические и кристаллизующиеся +

405. Фиксация эластических оттискных материалов к ложке осуществляется путем:

- а) использования перфорированных ложек
- б) обклеивания краев ложки лейкопластырем
- в) смазывания ложки мономером
- г) нанесения на ложку адгезива
- д) верно использования перфорированных ложек, обклеивания краев ложки лейкопластырем +
- и нанесения на ложку адгезива

406. Недостатки альгинатных оттисковых материалов:

- а) плохая прилипаемость к оттисковой ложке
- б) эластичность
- в) токсичность
- г) высокая усадка
- д) плохая прилипаемость к оттисковой ложке и высокая усадка +

407. К термопластическим оттисковым массам относится:

- а) гипс
- б) стомальгин
- в) стене +
- г) репин
- д) дентафлекс

408. Базисный воск выпускается производителем в виде:

- а) прямоугольных пластинок +
- б) кубиков
- в) круглых палочек
- г) круглых полосок
- д) пластинок округлой формы

409. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют:

- а) быстротвердеющей пластмассой
- б) гипсовым блоком
- в) металлической проволокой +
- г) увеличением толщины воска
- д) силиконовым блоком

410. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска:

- а) липкого
- б) моделировочного
- в) базисного +
- г) бюгельного
- д) пчелиного

411. Для изготовления литых кламмеров используются сплавы:

- а) хромо-никелевый
- б) хромо-кобальтовый +
- в) золота 900 пробы
- г) золота 750 пробы с платиной
- д) серебряно-палладиевый

412. При изготовлении съемных протезов применяют искусственные зубы:

- а) пластмассовые +
- б) металлопластмассовые

- в) металлические
- г) металлокерамические
- д) композитные

413. Преимущество пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми зубами проявляется в:

- а) большей твердости
- б) хорошем соединении с базисом
- в) возможности поставить зубы на приточке +
- г) возможности поставить зубы при глубоком прикусе
- д) большей цветостойкости

414. К жакетым коронкам относится:

- а) металлокерамическая
- б) фарфоровая +
- в) литая
- г) коронка по Белкину
- д) штампованная

415. Силиконовая масса используется для получения оттисков при изготовлении коронки:

- а) металлокерамической
- б) штампованной
- в) фарфоровой
- г) пластмассовой
- д) металлокерамической и фарфоровой +

416. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) масляный дентин
- б) репин
- в) фосфатный цемент +
- г) ничего из вышеперечисленного
- д) все варианты верны

417. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

- а) силидонт
- б) цинкоксиэвгеноловую пасту +
- в) унифас
- г) акрилоксид
- д) висфат-цемент