

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 в объеме (по сравнению с естественным зубом) :

- а) меньше на толщину металла
- б) больше на толщину металла
- в) равно +
- г) меньше на толщину компенсационного лака
- д) больше на толщину компенсационного лака

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

- а) меньше на толщину металла +
- б) больше на толщину металла
- в) равно
- г) меньше на толщину компенсационного лака
- д) больше 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 вершущек 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

При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество

91. 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 удлинненными 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 рекомендуются 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

После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного

135. 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 базисами 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 выдвигании 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) 90

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) верно 1) и 3)

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

- а) до  $\frac{1}{3}$  длины коронки +
- б) от  $\frac{2}{3}$  длины коронки до шейки зуба
- в) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  длины коронки
- г) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  длины коронки
- д) от  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{2}{3}$  длины коронки

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

- а) до  $\frac{1}{3}$  длины коронки
- б) от  $\frac{2}{3}$  длины коронки до шейки зуба
- в) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  длины коронки +
- г) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  длины коронки
- д) до  $\frac{1}{4}$  длины коронки

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

- а) до  $\frac{1}{3}$  длины коронки
- б) от  $\frac{2}{3}$  длины коронки до шейки зуба +
- в) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  длины коронки
- г) от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{1}{2}$  длины коронки
- д) до  $\frac{1}{4}$  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) верно 1) и 4)

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) верно 2) и 4) +

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) верно 2) и 4) +

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

- а) терапевтический
- б) ортодонтический
- в) хирургический
- г) ортопедический
- д) верно 2) и 4) +

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 2)

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) верно 2) и 4)

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) верно 2) и 4) +

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

- а) вкладок
- б) цельнолитых коронок
- в) штампованных коронок
- г) культевых штифтовых вкладок
- д) верно 2) и 4) +

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) верно 2) и 4) +

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) флюороз
- 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) верно 2) и 4)

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) верно 2) и 3)

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 3)

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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

203. При пародонтите патологическим изменениям подвергаются:

- а) десна
- б) костная ткань альвеолы
- в) сосудистая система пародонта
- г) верно 1) и 3)
- д) верно 1), 2) и 3) +

204. Для пародонтита характерно наличие:

- а) патологической подвижности зубов
- б) резорбции костной ткани альвеолярного отростка
- в) преждевременных окклюзионных контактов зубов
- г) верно 1), 2) и 3)
- д) верно 1) и 2) +

205. Для пародонтита характерно наличие:

- а) зубного камня
- б) деформаций зубных рядов
- в) кровоточивости десен
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

206. По клиническому течению различают пародонтит:

- а) острый
- б) хронический

- в) хронический в стадии обострения
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

207. По клиническому проявлению различают пародонтит:

- а) легкой степени
- б) средней степени
- в) тяжелой степени
- г) верно 1) и 3)
- д) верно 1), 2) и 3) +

208. По распространенности процесса выделяют пародонтит:

- а) локализованный
- б) генерализованный
- в) септический
- г) верно 1), 2) и 3)
- д) верно 1) и 2) +

209. Окклюзиограмма применяется для определения:

- а) окклюзионной высоты
- б) окклюзионных контактов +
- в) выносливости тканей пародонта
- г) степени подвижности зубов
- д) верно 3) и 4)

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) верно 1) и 3)
- д) верно 2) и 3) +

213. К общим этиологическим факторам пародонтита относятся:

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) системная остеопатия
- в) заболевания нервной системы
- г) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 2)

214. Трофика тканей пародонта зависит от:

- а) физиологической подвижности зубов
- б) степени атрофии альвеолярного отростка
- в) направления действия сил жевательного давления
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 2) и 3)

216. При пародонтите смещение зубов возможно в направлении:

- а) вестибуло-оральном
- б) медио-дистальном
- в) вертикальном
- г) вокруг оси
- д) верно 1)-4) +

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) верно 1) и 3)
- д) верно 1), 2) и 3) +

219. Временные шины при лечении болезней пародонта должны:

- а) надежно фиксировать шинируемые зубы
- б) равномерно распределять жевательное давление
- в) не препятствовать лекарственной терапии
- г) верно 1) и 2)

д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 2) и 3) +
- д) верно 1), 2) и 3)

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) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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

- а) множественный кариес
- б) преждевременные контакты зубов
- в) деформации зубных рядов
- г) верно 2) и 3) +
- д) верно 1), 2) и 3)

224. Возможные осложнения при избирательном пришлифовывании зубов:

- а) гиперестезия твердых тканей
- б) снижение окклюзионной высоты
- в) ортодонтический эффект перемещения зуба
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

225. Метод избирательного пришлифовывания зубов при пародонтите предусматривает:

- а) уменьшение величины жевательных бугров
- б) сошлифовывание защитных бугров
- в) сошлифовывание скатов бугров
- г) углубление фиссур
- д) верно 3) и 4) +

226. Наличие преждевременных контактов выявляется использованием:

- а) окклюзиограмм
- б) копировальной бумаги
- в) спрей-диагностики
- г) диагностических моделей
- д) верно 1)-4) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 3)

231. Применение имедиат-протезов позволяет:

- а) сохранить высоту нижнего отдела лица, которая может быть изменена в результате удаления зубов, удерживающих окклюзионную высоту
- б) ускорить репаративные процессы альвеолярного отростка
- в) предупредить перегрузку пародонта оставшихся зубов
- г) восстановить речь, функцию жевания, эстетику
- д) верно 1)-4) +

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) верно 1) и 2) +

240. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:

- а) суставной шум
- б) тугоподвижность нижней челюсти
- в) неудобство при смыкании зубов
- г) верно 1) и 2) +
- д) верно 2) и 3)

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 1), 2) и 3) +

242. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- а) анализ функциональной окклюзии
- б) рентгенологическое исследование
- в) электромиографическое исследование
- г) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 3)

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) верно 3) и 4)

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

- а) снижения окклюзионной высоты
- б) нормализации функциональной окклюзии
- в) достижения плавности движений нижней челюсти
- г) верно 2) и 3) +
- д) верно 1) и 2)

245. Виды окклюзионных кривых:



- а) сагиттальная
- б) трансверзальная
- в) горизонтальная
- г) верно 1) и 2) +
- д) верно 2) и 3)

246. Окклюзионная коррекция проводится методами:

- а) ортопедическими
- б) избирательного сошлифовывания зубов
- в) хирургическими
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 1) и 3)
- д) верно 1), 2) и 3)

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) верно 1) и 3)
- д) верно 1) и 2)

253. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:

- а) артрографию
- б) магниторезонансную томографию
- в) ультразвуковую диагностику
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

254. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:

- а) крепитацию
- б) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
- в) щелкающие звуки
- г) верно 1) и 3) +
- д) верно 1) и 2)

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) артроскопию
- б) ультразвуковую диагностику
- в) МРТ
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

257. Окклюзионная коррекция проводится методами:

- а) избирательного сошлифовывания зубов
- б) ортопедическими
- в) ортодонтическими
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 2)

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 2) и 3)

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) верно 3) и 4)

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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

265. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- а) измерение высоты нижнего отдела лица
- б) рентгенологическое исследование
- в) анализ функциональной окклюзии
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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) верно 1) и 3)
- д) верно 2) и 3) +

267. Зубонадесневые шины:

- а) шина Тигерштедта
- б) шина Вебера
- в) шина Ванкевич
- г) верно 1) и 3)
- д) верно 2) и 3) +

268. Надесневые шины:

- а) шина Тигерштедта
- б) шина Васильева
- в) шина Вебера
- г) шина Порты +
- д) верно 1) и 2)

269. Репонирующие ортопедические аппараты:

- а) шина Порты
- б) шина Курляндского
- в) шина Ванкевич
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 3)

271. При двустороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент смещается:

- а) назад
- б) вперед
- в) вверх
- г) вниз
- д) верно 1) и 4) +

272. При двустороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смещаются:

- а) назад
- б) вперед
- в) вверх
- г) внутрь
- д) верно 3) и 4) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 3)

275. Лечение раненых с переломами челюстей:

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

276. 010. 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. Съёмная 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
- б) заболевания ВНЧС
- в) нарушение окклюзионных взаимоотношений
- г) неврит тройничного нерва
- д) верно 1)-4) +

281. Надесневые шины:

- а) шина Вебера
- б) шина Ванкевич
- в) шина Тигерштедта
- г) шина Порта +
- д) верно 1) и 3)

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

- а) огнестрельная травма
- б) спортивная травма
- в) онкологические заболевания
- г) производственная травма
- д) верно 1)-4) +

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) верно 1), 2) и 3) +
- д) верно 1) и 2)

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) верно 1) и 3) +

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, 2-й группе
- в) II форме, 1-й группе
- г) III форме
- д) верно 2) и 3)

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) верно 1) и 4)

288. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов:

- а) расширена
- б) сужена +
- в) не изменена
- г) деформирована
- д) верно 1) и 4)

289. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) гемангиомы
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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) верно 2) и 3)

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) верно 2) и 4)

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) верно 1) и 4)

296. Метод дезокклюзии предполагает разобщение зубов на:

- а) 5 мм
- б) 2 мм +



- в) 7 мм
- г) 8 мм
- д) верно 3) и 4)

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
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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

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

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

- а) огнестрельная травма
- б) спортивная травма
- в) бытовая травма
- г) производственная травма
- д) верно 1)-4) +

300. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) злокачественные новообразования
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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

- а) остеомиелит
- б) актиномикоз
- в) туберкулез
- г) пародонтит
- д) верно 1), 2) и 3) +

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

- а) фиксирующие
- б) замещающие
- в) формирующие
- г) верно 1) и 2)

д) верно 1), 2) и 3) +

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

- а) огнестрельные травмы
- б) производственные травмы
- в) онкологические заболевания
- г) пародонтит
- д) верно 1), 2) и 3) +

304. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:

- а) заеда
- б) расщелины твердого неба
- в) расщелины верхней губы
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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

- а) остеомиелит
- б) туберкулез
- в) сифилис
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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

- а) спортивные травмы
- б) бытовые травмы
- в) онкологические заболевания
- г) пародонтит
- д) верно 1), 2) и 3) +

307. При микростоме оттиски снимают:

- а) стандартными металлическими оттискными ложками
- б) стандартными пластмассовыми оттискными ложками
- в) частичными оттискными ложками +
- г) восковыми ложками
- д) верно 1) и 4)

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
- б) травматические
- в) приобретенные
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1) и 3) +

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 2)

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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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

- а) несъемные
- б) разобщающие пластинки
- в) obturatory
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

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) верно 3) и 4)

325. Разобщающие 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) верно 2) и 3) +

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

- а) плавающий obturatory Кезе
- б) разобщающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией +
- в) металлокерамический мостовидный протез
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1) и 3)

327. При дефектах мягкого неба применяют:

- а) плавающий obturatory Кезе +
- б) разобщающую съемную пластинку с кламмерной фиксацией
- в) металлический протез
- г) металлокерамический мостовидный протез
- д) верно 2) и 3)

328. Для проверки качества разобщения полости рта от полости носа протезом-obturatory проводят функциональные пробы:

- а) надувание щек

- б) глотание воды
- в) цоканье языком
- г) верно 1) и 3)
- д) верно 1) и 2) +

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

- а) з, с
- б) ж, ш
- в) б, п +
- г) м, н
- д) верно 1) и 2)

330. Разобщающая 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) верно 1) и 2)

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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3)

332. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:

- а) гипс
- б) альгинатные
- в) силиконовые +
- г) цинкоксиэвгеноловые
- д) верно 1) и 2)

333. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота пробы:

- а) 375
- б) 583
- в) 750
- г) 900 +
- д) верно 1) и 3)

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) верно 3) и 4)

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

- а) базисный
- б) липкий
- в) моделировочный +
- г) лавакс
- д) верно 1) и 2)

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

- а) литой
- б) штампованной
- в) фарфоровой
- г) пластмассовой
- д) верно 2) и 4) +

338. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы:

- а) золота 900 пробы
- б) золота 750 пробы
- в) хромо-никелевый
- г) хромо-кобальтовый
- д) верно 1) и 3) +

339. Штампованные коронки изготавливают из сплава:

- а) хромо-никелевого
- б) золота 750 пробы
- в) хромо-кобальтового
- г) серебряно-палладиевого ПД-250
- д) верно 1) и 4) +

340. К жакетым 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) верно 1) и 3) +

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) верно 2), 3) и 4) +

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 3)
- д) верно 1) и 2)

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



- а) альгинатную
- б) силиконовую +
- в) цинкоксиэвгеноловую
- г) термопластическую
- д) верно 3) и 4)

348. Для двойного оттиска используются массы:

- а) твердокристаллические
- б) силиконовые +
- в) альгинатные
- г) термопластические
- д) верно 1) и 4)

349. Литые коронки изготавливают из сплава:

- а) хромо-никелевого
- б) золота 900 пробы
- в) хромо-кобальтового
- г) серебряно-палладиевого ПД-190
- д) верно 3) и 4) +

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

- а) провести пескоструйную обработку
- б) обезжирить каркас
- в) создать окисную пленку
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) верно 1) и 2)

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) верно 1) и 2)

355. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) репин
- б) масляный дентин
- в) поликарбоксилатный цемент +
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3)

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) верно 1) и 4)

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) верно 1) и 2)

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

- а) разогретого воска
- б) альгинатных оттискных масс
- в) корригирующих 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) верно 1) и 2)
- д) верно 1), 2) и 3) +

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) 1,6-2,0мм
- д) 2,0-2,5 мм

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

- а) штампованными
- б) литыми
- в) металлокерамическими
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3) +

367. Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении коронки:

- а) штампованной
- б) пластмассовой
- в) металлокерамической
- г) фарфоровой
- д) верно 3) и 4) +

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) верно 1) и 2)

369. Группы оттисковых материалов:

- а) термопластические
- б) эластические
- в) полимеризующиеся
- г) верно 1) и 2) +
- д) верно 1), 2) и 3)

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
- б) серебряным припоем +
- в) золотым припоем
- г) никелем
- д) верно 1) и 4)

374. Коронки из серебряно-палладиевого сплава спаивают:

- а) серебряным припоем
- б) оловом
- в) золотым припоем +
- г) железом
- д) никелем

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) верно 1) и 2)

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
- б) золота 750 пробы
- в) хромоникелевого
- г) хромокобальтового
- д) верно золота 750 пробы и 4) +

381. Расплавление золотого сплава при литье производится:

- а) газовой горелкой
- б) бензиновой горелкой +
- в) вольтовой дугой
- г) высокочастотным полем электрического тока
- д) верно 3) и 4)

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

- а) вакуумирования
- б) давления
- в) центробежного литья
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 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) верно 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) верно 1) и 2)
- д) верно 2) и 3)

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) верно 3) и 4)

389. Стоматологический фарфор получают из:

- а) полевого шпата
- б) кварца
- в) каолина
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 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) верно 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) верно 1) и 2)

394. Скол керамического покрытия может возникнуть из-за:

- а) загрязнения каркаса
- б) неравномерной толщины керамического покрытия
- в) невыверенных окклюзионных контактов
- г) верно 1) и 2)
- д) верно 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) верно 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) верно окисление припоя и возникновение микротоков +

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

- а) нержавеющая сталь
- б) сплавы золота
- в) сплавы титана
- г) верно сплавы золота и сплавы титана +
- д) верно 1) и 3)



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) верно 3) и 4)

400. Искусственные фарфоровые зубы укрепляются в базисе пластиночного протеза:

- а) химически
- б) механически +
- в) с помощью клея
- г) с помощью специального адгезива
- д) верно 1) и 3)

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

- а) цилиндрических крапмонов
- б) пуговчатых крапмонов +
- в) полостей внутри зубов
- г) клея
- д) верно 3) и 4)

402. Для получения функциональных оттисков используют массы:

- а) термопластические
- б) воск
- в) силиконовые
- г) самоотвердеющие пластические
- д) верно 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) верно быть безвредной и легко вводиться и выводиться из полости рта +

404. Группы оттискных материалов:

- а) термопластические
- б) эластические
- в) кристаллизующиеся
- г) верно 1) и 2)
- д) верно термопластические, эластические и кристаллизующиеся +

405. Фиксация эластических оттисковых 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) верно 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 жакетам 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) верно металлокерамической и фарфоровой +

416. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:

- а) масляный дентин
- б) репин
- в) фосфатный цемент +
- г) верно 1) и 2)

д) верно 2) и 3)

417. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:

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