**ТЕСТЫ СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

**1. Контрфорс верхней челюсти – это:**

1)строго ориентированное губчатое вещество челюсти, воспринимающее жевательное давление

2) мощное утолщение компактного вещества челюсти, передающее жевательное давление

3)участки компактной кости челюсти, являющиеся местом прикрепления жевательных мышц

4)компактные пластинки челюсти, ограничивающие воздухоносные полости

**2. Выдвижение нижней челюсти вперед осуществляется :**

1)двусторонним сокращением височных и собственно жевательных мышц

2)двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц

3) двусторонним сокращением латеральных и медиальных крыловидных мышц

4)двусторонним сокращением височных мышц

5)двусторонним сокращением височных и крыловидных мышц

**3. Рабочей частью функционального элемента зуба как органа являются:**

1)пульпа зуба

2)эмаль зуба

3)одонтобласты

4)твердые ткани зуба и одонтобласты

5)цементобласты

**4. Для выравнивания гидравлического давления при жевании сосудистая сеть периодонта образует систему:**

1)функциональную

2) физиологическую

3) демпферную

4)замкнутых вен

5)двойной капиллярной сети

**5. Периодонто-мускулярный рефлекс начинается с рецепторов, локализованных в:**

1)слюнных железах

2)околозубных тканях – периодонте

3)пульпе зуба

4)слизистой десны

5)височно-нижнечелюстном суставе

**6. Положение нижней челюсти, а следовательно, и суставной головки зависит от координированной функции**

1)жевательных мышц

2)зубов в центральной окклюзии

3)зубов в передней окклюзии

4)зубов в боковой окклюзии

5)зубов в центральном соотношении

**7. Максимальный плоскостной контакт жевательных поверхностей зубов при равномерном напряжении височных и жевательных мышц:**

1)прикус

2)артикуляция

3)центральная окклюзия

4)центральное соотношение

5)окклюзия

**8. Кривая Уилсона отсутствует …**

1)резцов

2)клыков

3)первых премоляров

4)вторых премоляров

5)первых моляров

6)вторых моляров

**9. Основа работы с артикулятором является определение и установка …**

1)центральной окклюзии и физиологического покоя

2)резцового и суставного компонентов

3)центральной и передней окклюзии

4)боковой окклюзии и угла Беннета

5)групповой и клыковой направляющей функции

**10. Названию окклюзионная плоскость соответствует определение:**

1)плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей

2)плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа

3)искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении

4)плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы

5)искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении.

**11. Названию готический угол соответствует определение:**

1)смещение суставной головки на нерабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти

2)направляющая функция зубов при выдвижении нижней челюсти вперед

3)траектории описываемые зубами при боковых движениях нижней челюсти

4)движение суставной головки на рабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти

5)направляющая функция зубов при боковых движениях нижней челюсти

**12. Названию групповая направляющая функция зубов соответствует определение:**

1)смещение суставной головки на нерабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти

2)направляющая функция зубов при выдвижении нижней челюсти вперед

3)траектории описываемые зубами при боковых движениях нижней челюсти

4)движение суставной головки на рабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти

5)направляющая функция зубов при боковых движениях нижней челюсти

**13.Признаки глубокого прикуса:**

1)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на 1/3 коронки с контактом в области шейки

2)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы не перекрывают нижние с отсутствием контакта

3)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние на 1/3 коронки с режуще-бугорковым контактом

4) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, нижние передние зубы перекрывают верхние

5)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и позади стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние без межзубного контакта

**14. Прогеническому прикусу соответствуют следующие признаки:**

1)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на 1/3 коронки с контактом в области шейки

2)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы не перекрывают нижние с отсутствием контакта

3)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние на 1/3 коронки с режуще-бугорковым контактом

4) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, нижние передние зубы перекрывают верхние

5)нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и позади стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние без межзубного контакта.

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

1) 1 недели

2) 2 недель

3) 3-4 недель

4) 3 месяцев

5) 6 месяцев

**16. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами не­ба:**

1) разобщение полости рта и полости носа

2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания

3) восстановление фонетики

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**17. При движении нижней челюсти из заднего контактного положения в центральную окклюзию возможно возникновение препятствий:**

1)между щечными скатами щечных бугров нижних зубов и небными скатами щечных бугров верхних зубов

2)между мезиальными скатами бугров нижних жевательных зубов и дистальными скатами бугров верхних жевательных зубов

3)между дистальными скатами бугров нижних жевательных зубов и мезиальными скатами бугров верхних жевательных зубов

4)между язычными скатами щечных бугров нижних жевательных зубов и щечными скатами небных бугров верхних жевательных зубов

**18. При движении нижней челюсти из центральной окклюзии в боковую на нерабочей стороне возможно возникновение препятствий:**

1)между щечными скатами щечных бугров нижних зубов и небными скатами щечных бугров верхних зубов

2)между мезиальными скатами бугров нижних жевательных зубов и дистальными скатами бугров верхних жевательных зубов

3)между дистальными скатами бугров нижних жевательных зубов и мезиальными скатами бугров верхних жевательных зубов

4)между язычными скатами щечных бугров нижних жевательных зубов и щечными скатами небных бугров верхних жевательных зубов

**19. Движение суставной головки на рабочей стороне при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1)готический угол

2)движение Беннета

3)угол Беннета

4)угол Беннета

**20. При боковых движениях нижней челюсти между …. могут возникать рабочие препятствия.**

1)щечным скатом щечного бугра верхнего бокового зуба и щечным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба

2)небным скатом щечного бугра верхнего бокового зуба и язычным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба

3)щечным скатом щечного бугра верхнего бокового зуба и язычным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба

4)небным скатом щечного бугра верхнего бокового зуба и щечным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба.

**21. После достижения заднего контактного положения, нижняя челюсть устанавливается в положение центральной окклюзии, при этом дистальные скаты нижних боковых зубов скользят по мезиальным скатам верхних боковых зубов.**

1)отверждение верно.

2) утверждение не верно

**22. Угол сагиттального резцового пути равен**

1) 11о

2) 17о

3) 30-33о

4) 40-50о

5) 100-110о

**23. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется….**

1)сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества

2)через сутки после попадания

3)через 1-2 недели после попадания

4)необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

5)необходимо время для формирования защитной функции

**24. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является**

1)клинический

2)рентгенологический

3)биометрический

4)реографический

5)измерение диагностических моделей

**25. В периодонте зубов, не имеющих антагонистов, разрастается**

1)фиброзная ткань

2)рыхлая среденительная ткань

3)эпителиальная ткань

4)рубцовая ткань

**26. Размер альвеолярной дуги на верхней челюсти**

1)меньше чем альвеолярная дуга на нижней челюсти

2)больше чем альвеолярная дуга на нижней челюсти

3)равен альвеолярной дуге на нижней челюсти

**27. Из всех групп зубов наибольший порог тепловой чувствительности имеют:**

1)клыки

2)резцы

3)моляры

4)премоляры

5)зубы «мудрости»

**28. При тепловом раздражении депульпированный зуб отвечает возникновением чувства:**

1)боли

2)тепла

3)холода

4)осязания

5)не реагирует

**29. Кривая Уилсона это искривление …**

1)плоскости суставного пути

2)плоскости резцового пути

3)плоскости движения рабочей суставной головки

4)плоскости движения нерабочей суставной головки

5)окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

6)окклюзионной плоскости трансверсальном направлении

**30. Периодонт в области нефункционирующих зубов:**

1)не изменяется

2)становится более рыхлым

3)становится менее рыхлым

4)становится более плотным и атрофируется

**31. При рентгенологическом обследовании отмечается: дистрофия костной ткани, характеризующаяся уменьшением числа костных перекладин в еденице объема кости, истончением и полным рассасыванием части этих элементов**

1)остеолиз

2)атрофия костной ткани

3)остеопороз

4)остеонекроз

**32. При рентгенологическом обследовании отмечается: уменьшение массы ткани, характеризующейся исчезновением костных структур**

1)остеолиз

2)атрофия костной ткани

3)остеопороз

4)остеонекроз

**33. Для замедления кристаллизации медицинского гипса при его замешивании добавляется**

1)хлорид калия

2)хлорид натрия

3)тетраборат натрия (бура)

**34. Штифтовая культевая вкладка может быть изготовлена только**

1)на однокорневые зубы верхней и нижней челюсти

2)на резцы, клыки и премоляры верхней челюсти

3)на клыки и премоляры нижней челюсти

4)на однокорневые зубы верхней челюсти

5)на зубы любой группы

**35. Толщина стенки полости под вкладку меньше половины расстояния от центральной фиссуры до боковой поверхности зуба**

1)требуется создать фальц

2)требуется создать дополнительную полость

3)требуется покрыть вкладкой всю окклюзионную поверхность зуба

4)на выбор тактики данный фактор влияния не имеет

**36. При каком индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба рекомендуется применять штифтовые культевые конструкции?**

1)0,2 – 0,3

2)0,3 – 0,6

3)0,6 – 0,8

4)более 0,8

**37. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются:**

1)у режущего края

2)с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки

3)оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки

**38. Классификация какой патологии твердых тканей зубов приведена: штриховая форма; *пятнистая форма; меловидно-крапчатая форма; деструктивная форма***

1)гипоплазия эмали

2)флюороз

3)лучевой некроз

4)неполноценный амелогенез

5)неполнеценный дентиногенез

**39. При подготовке зуба под вкладку делают фальц**

1)на 1/3 толщины эмали

2)на 1/2 толщины эмали

3)на всю толщину эмали

4)в пределах дентина

**40. Назначение корневой защитки штифтового зуба**

1)без корневой защитки невозможно соединение штифта с корневой частью

2)исключить травму десневого края

3)предохраняет корень зуба от разрушения и способствуют фиксации

4)уменьшает функциональную перегрузку, являясь амортизирующим звеном в системе штифт – корень зуба

**41. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к первому классу относится:**

1)на проксимальных поверхностях передних зубов

2)в пришеечной зоне всех зубов

3)в естественных фиссурах жевательных зубов

4)на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

на проксимальных поверхностях

**42. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к четвертому классу относится:**

1)на проксимальных поверхностях передних зубов

2)в пришеечной зоне всех зубов

3)в естественных фиссурах жевательных зубов

4)на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

5) на проксимальных поверхностях

**43. Возможна ли фиксация фарфоровой коронки на временный цемент?**

1) да

2) да, если одиночная коронка

3) да, если нет бруксизма

4) да, если не более чем на 5-7 дней

5) нет

**44. Несъемный мостовидный протез состоит**

1)из опорных элементов

2)из опорных элементов и промежуточной части

3)из опорных элементов, промежуточной части и замковых фиксаторов

4)из опорных элементов, промежуточной части и базисов

5)из опорных элементов, промежуточной части, базисов и замковых фиксаторов

**45. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза**

1)любого

2)паяного

3)цельнолитого

4)маталлоакрилового

5)металлокерамического

**46. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми протезами ….**

1) выше стираемость и цветостойкост**ь**

2) выше стираемость, но ниже цветостойкость

3) ниже стираемость и цветостойкость

4) ниже стираемость, но выше цветостойкость

**47. Предел выносливости пародонта премоляров к давлению, т.е. пороговые нагрузки, увеличение которых приводит к возникновению боли**

1)25-30 кг

2)35-40 кг

3)45-50 кг

4)55-60 кг

5)65-70 кг

6)75-80 кг

**48. При восстановлении жевательных зубов в боковых участках верхней и нижней челюсти, какие компоненты окклюзии должны восстанавливаться в первую очередь?**

1)фиссуробугорковое соотношение антагонистов

2)высота окклюзии

3)окклюзионная плоскость

4)кривая Шпее

5)все компоненты одновременно

**49. Применение алмазных режущих инструментов и высоких скоростей их вращения позволяет снизить**

1)вибрацию зуба

2)нагрев зуба

3)давление на зуб

**50. Метод сошлифовывания применяют при:**

1) I форме феномена Попова-Годона

2) II форме феномена Попова-Годона

3) I и IIформах феномена Попова-Годона

4) повышенной стертости твердых тканей зубов

5) верно 1) и 4)

**51. При лечении металлокерамическими протезами, при невозможности одновременного протезирования переднего и боковых участков зубного ряда**

1)вначале замещают передний участок, затем боковые

2)вначале замещают боковые участки, затем передний

3)не имеет принципиального различия

**52. При изготовлении металлокерамического протеза фронтальные зубы**

1) препарируют с циркулярным уступом

2) препарируют с вестибулярным уступом

3) препарируют с проксимальными уступами

1. без уступа

**53. Очень тонкий слой обмазки при литье каркаса металлокерамического протеза вызывает образование**

1)наплывов

2)трещин

3)недоливов или раковин

4)шероховатости поверхности отливки

**54. При отливке гипсовой модели и заполнении слепка очень жидким супергипсом приводит**

1)к увеличению усадки гипса

2)к уменьшению усадки гипса

3)к образованию пустот и пор в гипсовой модели

4)к увеличению шероховатости поверхности гипсовой модели

**55. В керамическую массу вводят глушители с целью**

1)уравнять коэффициенты термического расширения массы и сплава и повысить прочности сцепления массы с металлом

2)уменьшить температуру обжига массы и повысить прочность сцепления массы с металлом

3)уменьшить просвечивание металлического каркаса и повысить прочность сцепления массы с металлом

4)уменьшить просвечиваемость опакового слоя и повысить прочность сцепления массы с металлом

**56. Чтобы культя зуба создавала надежную фиксацию для фарфоровой или металлокерамической коронки, она должна быть не менее**

1)1/3 высоты запланированной коронки

2) 1/2 высоты запланированной коронки

3) 2/3 высоты запланированной коронки

**57. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится**

1. перед моделированием опорных коронок
2. на этапе припасовки опорных коронок на модели
3. одновременно с моделированием опорных коронок
4. после припасовки опорных коронок в клинике

**58. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит от**

1. анатомической формы зубов
2. степени наклона зубов
3. степени выраженности анатомического экватора зубов

4)степени наклона модели

**59. Стабилизирующее плечо опорно-удерживающего кламмера обеспечивает**

1)удержание кламмера на зубе

2)удержание протеза на челюсти

3)передачу вертикальной нагрузки на зуб

4)устойчивость протеза при действии вертикального компонента нагрузки

**60. Рекомендуется использовать кламмер …… в оприрающихся протезах с наклоном опорного зуба в оральную или вестибулярную сторону**

1. Ней №1
2. Ней №2

3)Ней №3

4)Ней №4

5)Ней №5

**61. При планировании удерживающего плеча кламмера …… является основным критерием**

1. особенности конструкции кламмера
2. особенности материала из которого изготовлен кламмер
3. способ изготовления кламмера (литой, гнутый)

4)величина возможного предельного отгибания конца кламмера при прохождении через экватор зуба

5)эстетические достоинства или недостатки кламмера

**62. Глубина ретенции …… для кламмера Ней №4 является оптимальной**

1. 0,25

2)0,5

3)0,75

**63. При лечении двухсторонних концевых дефектов опирающимися протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня на нижней челюсти имеет скат в дистальную сторону, рекомендуется использовать**

1)опорно удерживающие кламмера

2)многозвеньевые кламмера

3)непрерывные кламмера

4)дробители нагрузки

5)антиопракидыватели

**64. На верхней челюсти при высоком и среднем альвеолярном отростке граница базиса опирающегося протеза проходит с оральной стороны**

1. на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо
2. на уровне середины альвеолярного отростка
3. на уровне ската альвеолярного отростка
4. покрывает часть твердого неба

5)принципиального значения не имеет

**65**

1. касается

2)не касается на 0,5-1 мм

3)не касается на 1-1,5 мм

4)не касается на 1,5-2 мм

**66 Типичное расположение лингвальной дуги опирающегося протеза**

1. выше экватора альвеолярного отростка

2)на уровне экватора альвеолярного отростка

3)ниже экватора альвеолярного отростка

4)на уровне экватора нижних боковых зубов

**67. Расположение каркаса опирающегося протеза на нижней челюсти**

1. на вершине альвеолярного гребня
2. на лингвальном скате альвеолярного отростка
3. на щечном скате альвеолярного отростка
4. перкрывает гребень и скаты альвеолярного отростка

**68. Отношение каркаса опирающегося протеза к слизистой оболочке альвеолярного отростка**

1. касается
2. отстоит на 0,3 мм
3. отстоит на 0,5 мм
4. отстоит на 0,8 мм

5)отстоит на 1,0 мм

**69. Минимальный размер диаметра основного литника**

1. 1 мм
2. 1,5 мм

3)2 мм

4)2,5 мм

5)3 мм

**70. Литники должны отходить от основного питателя под углом**

1. 5-10о

2) 10-20о

3) 20-30о

4) 30-40о

5) 40-50о

**71. При I-II классе дефектов зубного ряда по Кеннеди** т**ипичное расположение небной пластинки бюгельного протеза:**

1. переднее
2. среднее
3. заднее

**72. При литье цельнолитого каркаса бюгельного протеза в результате плохой смачиваемости восковой модели обмазкой, тонкой обмазки, повышенной влажности литейной формы возникает дефект литья:**

1. газовые раковины
2. усадочные раковины
3. наплывы и шарики

4)недоливы и швы

5)горячие трещины

**73. При литье цельнолитого каркаса бюгельного протеза в результате резкого перехода в отливке от малых сечений к большим, наличии острых гранейвозникает дефект литья:**

1. газовые раковины
2. усадочные раковины
3. наплывы и шарики
4. недоливы и швы
5. горячие трещины

**74. Внутриротовая граница базиса нижнего пластиночного протеза проходит**

1. на уровне тканей дна полости рта

2)между внутренней косой линией и дном полости рта

3)на уровне внутренней косой линии

4)не перекрывая внутреннюю косую линию

**75. Отношение границы базиса частичного пластиночного протеза к фронтальным зубам**

1. на верхней и нижней челюсти граница проходит по шейкам зубов
2. на верхней и нижней челюсти граница проходит перекрывая бугорки резцов

3)на верхней челюсти граница проходит по шейкам зубов, а на нижней – перекрывает бугорки резцов

4)на верхней челюсти граница проходит перекрывая бугорки резцов, а на нижней – по шейкам зубов

**76. Назовите главный недостаток гнутого кламмера**

1. высокая прочность
2. высокая жесткость
3. высокая упругость
4. высокая пластичность
5. простота изготовления
6. сложность изготовления

**77. Назовите главный критерий выбора опорного зуба под кламмер**

1. устойчивость зуба
2. выраженность анатомического экватора
3. высота клинической коронки
4. поражение твердых тканей зуба

**78. Какое направление кламмерной линии предпочтительно на нижней челюсти?**

1. трансверсальное
2. сагиттальное
3. диагональное

**79. Кламмер пластиночного протеза при концевых дефектах под воздействием вертикальной нагрузки на базис смещает опорный зуб**

1. вертикально, погружая зуб в лунку
2. медиально, с погружением зуба в лунку

3)отодвигает и опрокидывает зуб кзади

4)горизонтально, опоркидывая зуб в дистальную сторону

5)горизонтально, опрокидывая зуб в оральную сторону

**80. Отношение штанги и контрштанги в балочной системе в спокойном положении протеза на челюсти**

1. плотное прилегание штанги и контрштанги
2. зазор между штангой и контрштангой 0,1-0,2 мм

3)зазор между штангой и контрштангой 0,2-0,3 мм

4)зазор между штангой и контрштангой 0,3-0,4 мм

5)зазор между штангой и контрштангой 0,4-0,5 мм

**81. При проверке конструкции частичного протеза боковые зубы смыкаются, а между передними имеется щель как при открытом прикусе, причиной явилось:**

1. повышена межальвеолярная высота
2. зафиксирована передняя окклюзия
3. недостаточное продавливание воска прикусного валика
4. отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки в момент смыкания челюстей

**82. По классификации Кеннеди, односторонним дистально не ограниченным дефектам зубного ряда соответствует класс:**

1. первый
2. второй
3. третий
4. четвертый

**83. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза**

1. трещин
2. газовой пористости
3. гранулярной пористости
4. изменению цвета базиса

**84. Этап получения слепка при починке съемного пластиночного протеза отсутствует**

1. при переломе или трещине базиса
2. при отломе плеча кламмера
3. при приварке зуба
4. при переносе плеча кламмера на другой зуб

**85. Для полного съемного протезирования наиболее благоприятна**

1)плотная слизистая оболочка

1. тонкая слизистая оболочка
2. рыхлая, податливая слизистая оболочка
3. подвижная слизистая оболочка

**86. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является**

1. выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка

2)незначительная равномерная атрофия альвеолярного отростка

3)выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при сохранности в переднем отделе

4)выраженная атрофия в переднем отделе при сохранности в боковых отделах

5)неравномерная выраженная атрофия

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

1. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм
2. проходить строго по границе твердого и мягкого неба
3. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм

**88. Базис съемного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной линии**

1. не перекрывает ее

2)заканчивается на ее уровне

3)перекрывает ее

**89. При проведении разговорной пробы контроля высоты центрального соотношения челюстей фонемой «О» расстояние между прикусными валиками должно быть**

1. 1-2 мм
2. 3-4 мм

3)5-6 мм

4)7-8 мм

**90. Искусственные фронтальные зубы должны располагаться на …… кпереди от резцового сосочка**

1. 5+-2 мм

2) 6+-2 мм

+ 3) 7+-2 мм

4) 8+-2 мм

5) 9+-2 мм

6) 10+-2 мм

**91. Если после произношения фонемы «С», пациент закрывает рот и нижняя челюсть смещается на 2-3 мм кзади, то это говорит о том, что**

1)у пациента был ортогнатический прикус

2) у пациента был прогнатический прикус

3) у пациента был прогенический прикус

4) у пациента был прямой прикус

**92. Плохая фиксация и стабилизация пластиночного протеза может привести**

1. к травме слизистой оболочки по центру альвеолярного отростка

2)травме слизистой оболочки по краю протеза

3)к пролежням в области костных выступов

4)к гипертрофическому разрастанию слизистой оболочки

**93. При проверке конструкции полного съемного пластиночного протеза наблюдается отсутствие плотного фиссеро-бугоркового контакта при движениях нижней челюсти, причиной является:**

1. завышение высоты нижнего отдела лица
2. фиксация передней окклюзии
3. фиксация боковой окклюзии
4. раздавливание прикусного валика
5. смещение прикусного валика

**94. При искусственном восстановлении окклюзии у пациентов с полным отсутствием при выдвижении нижней челюсти в переднюю окклюзию на боковых зубах отмечается:**

1)фиссуро-бугорковый контакт

2)одноименный бугорковый контакт

3)разноименный бугорковый контакт

4)дисокклюзия

**95. Смена последовательности проведения клинического этапа «определения центрального соотношения челюстей» при полном съемном протезировании**

1. определение высоты нижней трети лица
2. коррекция вестибулярной поверхности верхнего прикусного валика
3. коррекция окклюзионной поверхности верхнего прикусного валика
4. фиксация центрального соотношения челюстей
5. коррекция нижнего прикусного валика

6)2,3,1,5,4

7)2,5,3,5,1

**96. Укажите важнейший дефференциальный признак пародонтоза от пародонтита**

1. отсутствие зубных отложений
2. отсутствие воспалительных явлений в десне
3. отсутствие кровоточивости десен

4)отсутствие периодонтальных карманов

5)отсутствие патологической подвижности зубов

6)отсутствие смещения зубов и образование преждевременных окклюзионных кантактов

**97. Укажите ведущий клинический симптом пародонтита и пародонтоза**

1. кровоточивость десен
2. образование патологических десневых карманов

3)травматическая окклюзия

4)гноетечение из десневых карманов

5)зубные отложения

**98. Какие бугровые пряпятствия устраняют при движении нижней челюсти из дистальной в центральную окклюзию?**

1. мезиальные скаты нижних боковых зубов и дистальные скаты верхних боковых
2. дистальные скаты нижних боковых зубов и дистальные скаты верхних боковых

3)дистальные скаты нижних боковых зубов и мезиальные скаты верхних боковых

4)мезиальные скаты нижних боковых зубов и мезиальные скаты верхних боковых

**99. Какая из перечисленных шин является шиной Мамлока?**

1. кольцевая шина
2. колпачковая шина
3. шина на полукоронках

4)шина на корневых штифтах

5)шина на панцирных накладках

**100. Какая из перечисленных шин является шиной Эльбрехта?**

1. съемная шина на весь зубной ряд в виде непрерывного орального и вестибулярного кламмеров
2. съемная шина на весь зубной ряд с модифицированным непрерывным кламмером
3. съемная шина на весь зубной ряд с каппой
4. несъемная шина на парапульпарных накладках

**101.К осложнениям, возникающим в процессе протезирования на имплантах, относится:**

1)Прободение дна верхнечелюстной пазухи и полости носа;

2)Смещение оттискного трансфера;

3)Проявление периимплантита;

4)Прикусывание щеки;

5)Нарушение дикции.

**102. При генерализованном пародонтите шина должна обеспечить стабилизацию**

1. фронтальную
2. сагиттальную

3)по дуге

4)парасагиттальную

**103. Под непосредственным пластиночным протезом процессы регенерации лунки зуба**

1. замедляются

2)ускоряются

3)не изменяются

**104. Показания к изготовлению иммидиат-протеза**

1. множественный кариес

2)удаление зубов в связи с пародонтитом

3)деформация зубных рядов

4)частичное отсутствие зубов с протяженными дефектами

**105. Шинированию 18, 17, 16, 15, 14 зубов соответствует стабилизация:**

1. парасагиттальная
2. сагиттальная
3. фронтальная
4. по дуге
5. фронто-сагиттальная

.

**106. Какой нормативный показатель микротоков между металлическими мостовидными протезами у здоровых людей?**

1. 1-3 мкА
2. 4-6 мкА
3. 7-9 мкА
4. 10-12 мкА

**107. Действие металлов, поступающих в слюну в результате электрохимических процессов между металлическими протезами вызывает…**

1. гальваноз

2)токсический стоматит

3)аллергический стоматит

**108. Следующая клиническая картина: Постоянное жжение языка, усиливающееся при приеме кислой или растительной пищи; гиперсаливация, стоматиты, гингивиты, наличие разнородных металлов в полости рта, изменение цвета зубных протезов, характерна для:**

1. гальваноз

2)токсический стоматит

3) аллергический стоматит

**109. При гальванозе клиническая картина проявляется через:**

1. 1-7 дней

2)1-2 месяца

3)5-10 лет

**110. Формула расчета количества имплантов при полной адентии, где X --- оптимальное количество имплантатов, N --- количество отсутствующих корней зубов:**

1)X=N+2;

2)X=N+1;

3)X=N;

4)X=N-1;

5)X=N-2

**111. Приблизительное соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярных отростков составляет:**

1)1:2 для нижней и 1:1 для верхней челюсти;

2)1:3 для нижней и 1:1 для верхней челюсти;

3)1:1 для нижней и 1:3 для верхней челюсти;

4)1:2 для нижней и 1:3 для верхней челюсти;

5)1:1 для нижней и 1:2 для верхней челюсти

**112. При планировании имплантации применяют:**

1)Обзорную рентгенографию;

2)Ортопантомографию;

3)Компьютерную томографию;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**113. Во время жевательной нагрузки при сдавлении сосудов периодонта наличие анастомозов с сосудами альвеол и с десневыми сосудами способствует:**

1)входу крови в сосуды пульпы зуба

2)быстрому перераспределению крови

3)перераспределению жевательного давления

4)выходу крови из сосудов пульпы зуба

5)усиленному кровоснабжению пародонта

**114. Введение импланта через корневой канал зуба называется:**

1)Инсерт-имплантация;

2)Эндооссально-субпериостальная имплантация;

3)Эндодонтоэндооссальная имплантация;

4)Трансоссальная имплантация;

5)Эндооссальная имплантация

**115. При внешнем осмотре наиболее важно определить:**

1)Степень открывания рта, соотношение челюстей и «эстетическую» зону улыбки;

2)Соотношение верхней, средней и нижней третей лица, прикус;

3)Характер слизистой оболочки, размеры и плотность кости;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**116. . При изготовления съемного протеза на балке на имплантах наибольшая точность соединения достигается с помощью:**

1)Индивидуального литья;

2)Лазерной сварки;

3)Искро-эрозионной обработки;

4) Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**117. Высоту центральной окклюзии удерживают:**

1)щечные бугры верхних и язычные нижних жевательных зубов

2)небные бугры верхних и щечные нижних жевательных зубов

3)небные бугры верхних и язычные нижних жевательных зубов

4)щечные бугры верхних и щечные нижних жевательных зубов.

**118. Признаки смыкания зубов при ортогнатическом прикусе** …

1. каждый зуб смыкается с двумя антагонистами за исключением зуба мудрости нижней челюсти и первого нижнего резца
2. каждый зуб смыкается с двумя антагонистами за исключением зуба мудрости нижней челюсти и первого верхнего резца
3. каждый зуб смыкается с двумя антагонистами за исключением зуба мудрости верхней челюсти и первого верхнего резца
4. каждый зуб смыкается с двумя антагонистами за исключением зуба мудрости верхней челюсти и первого нижнего резца

**119. При положении челюстей в центральном соотношении, суставные головки находятся …**

1. в верхнем, ненапряженном положении в соответствующих ямках
2. в нижнем ненапряженном положении в соответствующих ямках
3. в переднем ненапряженном положении в соответствующих ямках
4. в заднем ненапряженном положении в соответствующих ямках
5. в среднем ненапряженном положении в соответствующих ямках

**120. Названию Франкфуртская горизонталь соответствует определение:**

1. плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей
2. плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа
3. искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении
4. плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы
5. искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

**121. Названию Камперовская горизонталь соответствует определение:**

1. плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей
2. плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа
3. искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении
4. плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы
5. искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

**122.. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется:**

1)Методика «закрытой ложки»;

2)Методика «открытой ложки»;

3)Методика двуслойного тоттиска;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**123. Для цементной фиксации мостовидного протеза на имплантах применяются цементы:**

1)Силикатные;

2)Силико-фосфатные;

3)Двойного отверждения;

4)С серебром;

5)Водный дентин

**124. . Выключение зубов из окклюзионных контактов при пародонтите**

1. допустимо

2)недопустимо

3)только в молодом возрасте

4)у людей старше 40 лет

**125. Глубокому прикусу соответствуют следующие признаки:**

1. нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на 1/3 коронки с контактом в области шейки
2. нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы не перекрывают нижние с отсутствием контакта
3. нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние на 1/3 коронки с режуще-бугорковым контактом
4. нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, нижние передние зубы перекрывают верхние
5. нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и позади стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние без межзубного контакта.

**126. Абсолютным противопоказанием к имплантации не является**:

1)Активная стадия рака;

2)Выраженная сердечная недостаточность;

3)Беременность;

4)Нарушение свертывания крови;

5)СПИД

.

**127. Выключение зубов из окклюзионных контактов при пародонтите**

1. допустимо

2)недопустимо

3)только в молодом возрасте

4)у людей старше 40 лет

**128. При движении нижней челюсти из центральной окклюзии в переднюю возможно возникновение препятствий:**

1)между щечными скатами щечных бугров нижних зубов и небными скатами щечных бугров верхних зубов

2)между мезиальными скатами бугров нижних жевательных зубов и дистальными скатами бугров верхних жевательных зубов

3)между дистальными скатами бугров нижних жевательных зубов и мезиальными скатами бугров верхних жевательных зубов

4)между язычными скатами щечных бугров нижних жевательных зубов и щечными скатами небных бугров верхних жевательных зубов

**129. Смещение суставной головки на нерабочей стороне при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1. готический угол
2. суставной путь
3. движение Беннета

4)угол Беннета

5)терминальная ось вращения

**130. Суставные головки находится … при положении нижней челюсти в центральном соотношении.**

1. в самом верхнем среднесагиттальном ненапряженном положении в соответствующих ямках
2. в самом нижнем среднесагиттальном ненапряженном положении в соответствующих ямках
3. в среднем среднесагиттальном ненапряженном положении в соответствующих ямках

4)на скате суставного бугорка

5)в крайнем дистальном положении

**131. При боковых движениях нижней челюсти между … могут возникать нерабочие препятствия.**

1. щечным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба и щечным скатом небного бугра верхнего бокового зуба

2)язычным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба и щечным скатом небного бугра верхнего бокового зуба

3)язычным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба и небным скатом небного бугра верхнего бокового зуба

4)щечным скатом щечного бугра нижнего бокового зуба и небным скатом небного бугра верхнего бокового зуба

**132. Угол бокового суставного пути (угол Беннетта) равен**

1) 11о

2) 17о

3) 30-33о

4) 40-50о

5) 100-110о

**133. Иммунитет – это**

1. способность иммунокомпетентных клеток распознавать чужеродные белки
2. механизм защиты организма от живых тел и веществ, несущих в себе признаки генетической чужеродной информации

3)способность некоторых клеток уничтожить бактериальные клетки, попадающие из внешней среды

4)фагоцитарная функция клеток организма

**134. Зубное протезирование больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно…**

1. сразу же после окончания курса лучевой терапии
2. спустя год после проведения курса лучевой терапии

3)при нормальной картине крови (клинический анализ)

4)через два месяца после окончания лучевой терапии

5)через 6 месяцев после окончания лучевой терапии

**135. Наибольшую информацию о состоянии периапикальных тканей зубов дает метод рентгенологического обследования.**

1)дентальная рентгенография

2)панорамная рентгенография

3)ортопантомография

4)телерентгенография

5)рентгенокинематография

**136. Метод дезокклюзии применяется при:**

1) Iформе зубоальвеолярного удлинения

2) II форме зубоальвеолярного удлинения

3) I и IIформах зубоальвеолярного удлинения

4) при заболеваниях пародонта

5) верно 2) и 4)

**137. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения**

1. сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

2)гемодинамики

3)движения головок нижней челюсти

4)размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

**138. Наименьшей болевой чувствительностью обладают:**

1)оральная поверхность десен

2)вестибулярная поверхность десен

3)мягкое небо

4)корень языка

5)дно полости рта

**139. Из всех групп зубов наименьший порог тепловой чувствительности имеют:**

1. клыки
2. премоляры
3. моляры

4)резцы

5)зубы «мудрости»

**140. Холодовая чувствительность в направлении от передних к задним отделам полости рта:**

1. не меняется
2. увеличивается

3)уменьшается

4)сначала увеличивается, затем уменьшается

5)волнообразно изменяется

**141. Порог электровозбуждения здоровых зубов составляет**

1. до 2 мкА

2)2-6 мкА

3)6-10 мкА

4)10-15 мкА

**142. При рентгенологическом обследовании отмечается: рассасывание органического участка кости без последующего замещения другой тканью**

1)остеолиз

2)атрофия костной ткани

3)остеопороз

4)остеонекроз

**143. При исследовании электровозбудимости интактных зубов наиболее чувчтвительные точки отмечаются**

1)у фронтальных зубов – на середине режущего края, у премоляров - на верхушке щечного бугра, у моляров – на верхушке переднего щечного бугра

2)у фронтальных зубов – на оральной вогнутости коронки между бугром и режущим краем, у премоляров – на верхушке орального бугра, у моляров – на верхушке переднего орального бугра

3)у фронтальных и боковых зубов в области шейки зуба

**144. При прямом методе восковая модель будущей вкладки изготавливается**

1)непосредственно в полости рта

на модели из медицинского гипса

2)на модели из супергипса

3)на модели из легкоплавкого металла

4)на модели из серебряной амальгамы

**145. Боковая граница вкладки не должна проходить по границе перехода …**

1. мезиальной поверхности в окклюзионную на верхних и нижних зубах
2. дистальной поверхности в окклюзионную на верхних и нижних зубах

3)небной поверхности на верхних зубах и щечной поверхности на нижних зубах в окклюзионную

4)щечной поверхности на верхних зубвх и язычной поверхности на нижних зубах в окклюзионную

**146. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у клыка является:**

1. у режущего края
2. на уровне экватора с вестибулярной, оральной и контактных поверхностей

3)оральная вогнутость коронки и медиальная контактная поверхность на уровне шейки

4)на уровне шейки с вестибулярной и оральной поверхностей

**147. Какая форма патологии твердых тканей зубов приводит к изменению формы коронковой части, что в свою очередь способствует изменению направления действия функциональной нагрузки на зуб и пародонт?**

1. гипоплазия эмали
2. флюороз

3)патологическая стираемость

4)клиновидные дефекты

5)лучевой некроз

**148. При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью**

1. предупреждения смещения вкладки
2. исключения давления на боковую стенку полости

3)лучшей фиксации и прилегания

4)исключения сколов

5)исключения расцементировки

**149. Нужно ли при изготовлении пластмассовой коронки формировать уступа в пришеечной зоне?**

1)да, циркулярный на всех поверхностях зуба

2)да, но только на вестибулярной поверхности

3)да, но только на апроксимальных поверхностях

4)нет, если зуб депульпирован

5)нет, если у пациента глубокий прикус

6)нет во всех случаях

**150. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку ко второму классу относится:**

1)на проксимальных поверхностях передних зубов

2)в пришеечной зоне всех зубов

3)в естественных фиссурах жевательных зубов

4)на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

на проксимальных поверхностях

**151. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к пятому классу относится:**

1. на проксимальных поверхностях передних зубов

2)в пришеечной зоне всех зубов

3)в естественных фиссурах жевательных зубов

4)на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

на проксимальных поверхностях

**152. При изготовлении фарфоровой коронки в качестве матрицы применяется платиновая фольга …**

1) так как это благородный металл

2) так как имеет минимально возможную толщину

3) так как достаточно жесткая и не образует окислов

4) так как по химическим свойствам совместима с фарфором

5) так как имеет высокую температуру плавления

**153. При изготовлении консольного мостовидного протеза отрицательным является**

1. необходимость депульпации опорных зубов
2. препарирование большого количества опорных зубов
3. неудовлетворительное эстетическое качество

4)наличие опорокидывающего момента на опорных зубах

5)сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

**154.. Наименьшей болевой чувствительностью обладают:**

1)оральная поверхность десен

2)вестибулярная поверхность десен

3)мягкое небо

4)корень языка

5)дно полости рта

**155. Укажите абсолютное противопоказание к применению мостовидного протеза с двусторонней опорой в боковом отделе зубного ряда**

1. подвижность перднего опорного зуба

2)подвижность заднего опорного зуба

3)зубо альвеолярное выдвижение зубов в дефект

4)наклон опорных зубов в дефект

5)поворот опорных зубов вокруг продольной оси

**156. Предел выносливости пародонта моляров к давлению, т.е. пороговые нагрузки, увеличение которых приводит к возникновению боли**

1. 40-60 кг

2)60-80 кг

3)80-100 кг

4)100-120 кг

**157. После препарирования зубов под искусственные коронки, порог температурной чувствительности восстанавливается**

1. на 3-4 день

2)на 5-6 день

3)на 7-8 день

4)на 9-10 день

**158. При препарировании зуба с увеличением давления инструмента на зуб ….. вибрация зуба**

1)усиливается

2)уменьшается

3)не изменяется

**159. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя**

1)различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров

2)различные конструкции замковых соединений (аттачменов)

3)различные конструкции телескопической фиксации

4)эластические подкладки под базисом протеза

5)различные конструкции антиопрокидывателей

**160. При чрезмерном укорочении препарируемого зуба могут наблюдаться**

1. снижение эстетической нормы протеза
2. снижение функциональной ценности протеза

3)снижение фиксации и частые расцементировки протеза

4)снижение дикции

5)все выше перечисленное

**161. При изготовлении цельнолитых коронок минимальная толщина восковой модели коронки должна быть**

1. 0,1-0,2 мм
2. 0,2-0,3 мм

3)0,3-0,4 мм

4)0,4-0,5 мм

**162. Недостаточно прогретый или успевший остыть муфель при литье каркаса металлокерамического протеза вызывает образование**

1. наплывов
2. пустот или недоливов

3)трещин

4)панцирности поверхности

**163. Диаметр частиц абразивного песка в пескоструйном аппарате должен быть не менее**

1. 100 мкм
2. 150 мкм
3. 200 мкм

4)250 мкм

5)300 мкм

**164. Температура размягчения сплава для литья каркаса металлокерамического протеза должна быть**

1. равна температуре обжига керамической массы

2)выше температуре обжига керамической массы

3)ниже температуре обжига керамической массы

4)не имеет принципиального значения

**165. К сколам или трещинам керамического покрытия в пришеечной области опорной коронки приводят**

1. неправильная моделировка каркаса промежуточной части протеза
2. ажурная промежуточная часть протеза
3. невыверенные окклюзионные контакты в готовом протезе

4)перегрев металла при палировке готового протеза

5)слишком гладкая поверхность каркаса протеза

**166. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя**

1)различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров

2)различные конструкции замковых соединений (аттачменов)

3)различные конструкции телескопической фиксации

4)эластические подкладки под базисом протеза

5)различные конструкции антиопрокидывателей

**167. Глубина ретенционно зоны зуба при проведении параллелометрии зависит от**

1. анатомической формы зуба
2. выраженности выпуклости экватора зуба
3. степени наклона зуба

4)степени наклона модели

**168. Рекомендуется использовать кламмер …… в оприрающихся протезах с концевыми седлами**

1. Ней №1
2. Ней №2
3. Ней №3

4)Ней №4

5)Ней №5

**169. Рекомендуется использовать кламмер …… в оприрающихся протезах с медиальным наклоном опорного зуба**

1) Ней №1

2) Ней №2

3)Ней №3

4)Ней №4

5)Ней №5

**170. Глубина ретенции …… для кламмера Ней №1 является оптимальной**

1)0,25

2)0,5

3)0,75

**171. Глубина ретенции …… для кламмера Ней №5 является оптимальной**

1. 0,25
2. 0,5

3)0,75

**172. На нижней челюсти при высоком и среднем альвеолярном отростке дистальная граница базиса опирающегося протеза при концевых седлах проходит**

1. впереди альвеолярного слизистого бугорка
2. по альвеолярному слизистому бугорку

3)позади альвеолярного слизистого бугорка

4)принципиального значения не имеет

**173. Верхний край лингвальной дуги относительно десневого края располагается**

1. на уровне десневого края
2. ниже неменее 1мм

3)ниже неменее 3мм

4)ниже неменее 5мм

5)ниже неменее 8мм

**174. При незначительном пространстве между дном полости рта и десневым краем применяют**

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу
3. лингвальную пластинку

4)модифицированный непрерывный кламмер

5)пластмассовый базис

**175. В опирающихся протезах с концевыми седлами искусственные зубы устанавливают**

1. на всю длину базиса
2. на 1/3 длины базиса
3. на 1/2 длины базиса

4)на 2/3 длины базиса

5)на 3/4 длины базиса

**176. Длина основного литника должна быть**

1. 5- 10 мм

2)10-15 мм

3)15-20 мм

4)20-25 мм

**177. Оптимальная длина штифта культевой вкладки составляет**

1. 1/3 длины корня

2)2/3 длины корня

3)1/2 длины корня

4)1/4 длины корня

5)равна длине культи

**178. Опоку перед литьем нагревают до температуры**

1) 150-300о

2) 350-500о

3) 550-700о

4) 750-900о

**179. При III классе дефектов зубного ряда по Кеннеди** т**ипичное расположение небной пластинки бюгельного протеза:**

1. переднее

2)среднее

3)заднее

**180. При литье цельнолитого каркаса бюгельного протеза в результате неполного удаления воска и недостаточном обжиге литейной формы возникает дефект литья:**

1)газовые раковины

2)усадочные раковины

3)наплывы и шарики

4)недоливы и швы

5)горячие трещины

**181. При литье цельнолитого каркаса бюгельного протеза в результате недостаточной температуры литейной формы или металла, недостатке металла, недостаточного центробежного уплотнения, встрече двух потоков металлавозникает дефект литья:**

1)газовые раковины

2)усадочные раковины

3)наплывы и шарики

4)недоливы и швы

5)горячие трещины

**182. При уменьшении площади базиса протеза степень возрастания давления на протезное ложе больше при**

1)податливой слизистой

2)малоподатливой слизистой

3)неподатливой слизистой

4)от типа слизистой не зависит

**183. Назовите главное достоинство гнутого кламмера**

1. высокая прочность
2. высокая жесткость

3)высокая упругость

4)высокая пластичность

5)простота изготовления

6)сложность изготовления

**184. Назовите главный недостаток литого кламмера**

1. высокая прочность

2)высокая жесткость

3)высокая упругость

4)высокая пластичность

5)простота изготовления

6)сложность изготовления

**185. Какое направление кламмерной линии наименее выгодное?**

1. трансверсальное

2)сагиттальное

3)диагональное

**186. Где на зубе располагается плечо гнутого одноплечего кламмера?**

1. в окклюзионной зоне, в 1 и 2 квадратах
2. в ретенционной зоне, в 3 и 4 квадратах
3. по диоганали, в 1 и 4 квадратах

4)по всей боковой поверхности коронки, в 1, 3, 4, 2 квадратах

**187. Постановка искусственных зубов в пластиночном протезе с отклонением от центра альвеолярного отростка**

1. недопустима
2. допустима в пределах 1-2 мм
3. допустима в пределах 3-4 мм

4)допустима в пределах 5-6 мм

**188. При проверке конструкции частичного протеза отсутствует контакт между искусственными зубами и их антагонистами при наличии правильного смыкания естественных зубов, причиной явилось:**

1. повышена межальвеолярная высота
2. зафиксирована передняя окклюзия

3)недостаточное продавливание воска прикусного валика

4)отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки в момент смыкания челюстей

**189. По классификации Кеннеди, дефекту зубного ряда в области фронтальных зубов соответствует класс:**

1. первый
2. второй
3. третий
4. четвертый

**190. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза**

1. трещин
2. газовой пористости

3)гранулярной пористости

4)изменению цвета базиса

**191. При починке съемного протеза на нижнюю челюсть в связи с потерей естественного зуба необходимо снять слепок**

1. с нижней челюсти без протеза
2. с нижней челюсти с протезом
3. с двух челюстей без протеза
4. с нижней челюсти с протезом и слепок с верхней челюсти

**192. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования на верхней челюсти?**

1. отлогая

2)отвесная

3)с навесами

4)с выраженными буграми

5)с неравномерной атрофией

**193. Клапанная зона - понятие**

1. анатомическое
2. физиологическое
3. анатомо-физиологическое

4)функциональное

**194. Граница индивидуальной ложки на нижней челюсти проходит**

1)на 1-2 мм выше переходной складки, обходя щечные и губные слизистые тяжи

2)на 2-3 мм выше переходной складки, перекрывая щечные и губные слизистые тяжи

3)по самому глубокому месту переходная складки, погружаясь в мягкие ткани, обходя щечные и губные слизистые тяжи

**195. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется**

1. при истечении срока годности мономера
2. при истечении срока годности полимера
3. при нарушении температурного режима полимеризации

4)при несоблюдении технологии замешивания пластмассы

**196. При проведении разговорной пробы контроля высоты центрального соотношения челюстей фонемой «С» расстояние между прикусными валиками должно быть**

1)1-2 мм

2)3-4 мм

3)5-6 мм

4)7-8 мм

**197. Небная часть базиса верхнего пластиночного протеза должна быть ……**

1)не толще 1мм

2)не толще 2 мм

3)не толще 3 мм

4)не толще 4 мм

5)не толще 5 мм

**198. При каком соотношении беззубых челюстей проводят следующую постановку искусственных зубов: *нижние передние зубы ставят с наклоном кпереди, вместо двух премоляров на нижней челюсти ставят лишь по одному на каждой стороне***

1. ортогнатический
2. прогнатический
3. прогенический

4)ложная прогнатия

5)ложная прогения

**199 Неправильно выверенные межокклюзионные контакты пластиночного протеза могут привести**

1)к травме слизистой оболочки по центру альвеолярного отростка

2)травме слизистой оболочки по краю протеза

3)к пролежням в области костных выступов

4)к гипертрофическому разрастанию слизистой оболочки

**200. При искусственном восстановлении окклюзии у пациентов с полным отсутствием при смещении нижней челюсти в боковую окклюзию на рабочей стороне отмечается:**

1. фиссуро-бугорковый контакт

2)одноименный бугорковый контакт

3)разноименный бугорковый контакт

4)дисокклюзия

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

1) атрофии костной ткани и подвижности зуба

2) подвижности зуба и его местоположения

3) местоположения зуба и его строения

4) строения зуба и его антагонистов

5) строения зубов-антагонистов и атрофии костной ткани

**202. Жевательная проба С. Е. Гельмана показывает:**

1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений

2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений

3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек

4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глота­тельного рефлекса

5) время разжевывания пищи

**203. Центральная окклюзия определяется признаками:**

1) лицевым, глотательным, зубным

2) зубным, суставным, мышечным

3) язычным, мышечным, зубным

4) зубным, глотательным, лицевым

5) лицевым, язычным, суставным

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

1) центральной

2) боковой левой

3) передней

4) дистальной

5) боковой правой

**205. Окклюзия** - **это:**

1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей

2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относитель­ного физиологического покоя

3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней

4) соотношение беззубых челюстей

5) вид прикуса

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

1) сагиттальных

2) центральной и сагиттальных

3) сагиттальных и боковых

4) боковых, сагиттальных и центральной

5) центральной

**207. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:**

1) установленные в окклюдатор

2) установленные в артикулятор

3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками

4) с восковыми базисами и искусственными зубами

5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

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

1) 100

2) 195

3) 300

4) 390

5) 780

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

1) подвижность зуба

2) изменение цвета зуба

3) состояние коронки зуба

4) атрофию костной ткани челюсти

5) местоположение зуба в зубном ряду

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

1) гнатодинамометрии

2) анатомических особенностей строения зубов

3) подвижности зубов

4) жевательных проб

5) абсолютной силы жевательных мышц

**211. При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:**

1) челюсти, на которой будет припасована коронка

2) препарированного зуба и с противоположной челюсти

3) фрагмента челюсти с препарированным зубом

4) препарированного зуба

5) обеих челюстей

212.**. Специфической (рабочей) частью функционального элемента зубочелюстной системы – зубного органа, является:**

1. периодонт
2. зуб
3. пульпа
4. пародонт
5. десна

**213. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:**

1) супрагингивально

2) на уровне края десны

3) субгингивально на вестибулярной поверхности

4) субгингивально по всему периметру шейки зуба

5) не формируется

**214. При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:**

1) точности литья коронки

2) удобства моделировки и припасовки коронки

3) предотвращения усадки металла

4) дублирования модели из огнеупорного материала

5) литья коронки на гипсовом штампе

**215. Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обусловливает:**

1) травму пародонта

2) ослабление фиксации протеза

3) затрудненное наложение протеза

4) эстетический дефект в области шейки зуба

5) снижение жевательной эффективности

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

1) 0,1-0,2

2) 0,3-0,4

3) 0,5-0,6

4) 0,7-0,8

5) 0,9-1,0

**217. Штифтовой зуб с вкладкой (по автору):**

1) Логана

2) Ричмонда

3) Ахметова

4) Дэвиса

5) Ильиной-Маркосян

**218. . Основа работы с артикулятором является определение и установка … .**

1)центральной окклюзии и физиологического покоя

2)резцового и суставного компонентов

3)центральной и передней окклюзии

4)боковой окклюзии и угла Беннета

5)групповой и клыковой направляющей функции

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

1) улучшения фиксации коронки

2) создания плотного контакта коронки с тканями культи зуба

3) уменьшения травмы десны и эстетического эффекта

4) достижения плотного контакта с зубами - антагонистами

5) создания контактного пункта с соседними зубами

**220. При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:**

1) циркулярный уступ под углом 135°

2) циркулярный уступ под углом 90°

3) уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны

4) уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны

5) символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

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

1)первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

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

1) седловидную

2) промывную

3) касательную

4) ступенчатую

5) диаторическую

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

1) гипсовой модели

2) металлических штампах

3) гипсовых штампах

4) восковом базисе

5) разборной гипсовой модели

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

1) гипсовой модели

2) металлических штампах

3) гипсовых штампах

4) восковом базисе

5) разборной гипсовой модели

**225. Показания к изготовлению составного мостовидного протеза:**

1)подвижность опорных зубов

2) концевой дефект зубного ряда

3) большая конвергенция зубов, ограничивающих дефект

4) большая протяженность дефекта зубного ряда

5) низкие клинические коронки опорных зубов

**226. Фактор неспецифической защиты – это**

1)выработка антител к определенному антигену

2)физиологическое воздействие на бактериальную клетку

3)химическое воздействие на микроорганизм

4)физическое и химическое воздействие на микроорганизм

5)фагоцитарная функция специфических клеток

5) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

**227. Действие неспецифических механизмов защиты в полости рта появляется….**

1)сразу же в момент попадания белковой субстанции или иного вещества

через сутки после попадания

2)через 1-2 недели после попадания

3)необходимо время для синтеза иммуноглобулинов

4)необходимо время для формирования защитной функции

**228. Штифтовой зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая де­фект:**

1) вестибулярной стенки зуба

2) зубного ряда включенный во фронтальном отделе

3) зубного ряда включенный в боковом отделе

4) зубного ряда концевой

5) коронковой части зуба

**229. По функции различают искусственные коронки:**

1) восстановительные, комбинированные

2) временные, с облицовкой

3) восстановительные, фиксирующие

4) опорные (фиксирующие), пластмассовые

5) шинирующие, штампованные

**230. Показанием к изготовлению штифтового зуба является:**

1) отлом угла режущего края зуба

2) разрушение корня зуба на 1/2

3) кариозная полость I класса по Блэку

4) разрушение коронки зуба на уровне десны

5) подвижность зуба второй степени

**231. Величина жевательного коэффициента по Н.И. Агапову зависит от:**

1) подвижности зуба

2) наличия пломб на окклюзионной поверхности

3) степени атрофии

4) наличия патологических изменений в периапикальных тканях

5) величины коронковой части зуба

**232. Зубное протезирование больного, который закончил курс лучевой терапии, целесообразно…**

1. сразу же после окончания курса лучевой терапии
2. спустя год после проведения курса лучевой терапии
3. при нормальной картине крови (клинический анализ)
4. через два месяца после окончания лучевой терапии
5. через 6 месяцев после окончания лучевой терапии

**233. Вкладки используются для:**

1) восстановления полностью разрушенной коронки зуба и опоры мостовидных протезов

2) шинирования зубов

3) восполнения дефекта зубного ряда

4) предупреждения функциональной перегрузки зубов

**234. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, являет­ся показанием к изготовлению:**

1) вкладки

2) полукоронки

3) штифтового зуба

4) экваторной коронки

5) телескопической коронки

**235. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, явля­ется показанием к изготовлению:**

1)вкладки

2) полукоронки

3) штифтового зуба

4) экваторной коронки

5) телескопической коронки

**236. Этап получения слепка при починке съемного пластиночного протеза от­сутствует в случае:**

1) переноса кламмера

2) отлома плеча кламмера

3) трещины базиса

4) отлома искусственного зуба

5) необходимости установки дополнительного зуба

**237.Для проведения починки пластиночного протеза необходимо снимать вспомогательный слепок в случае:**

1) перелома базиса

2) трещины в базисе

3) отлома плеча кламмера

4) переноса кламмера

5) отлома искусственного зуба

**238. Бюгельный протез состоит из:**

1) дуги

2) искусственных зубов и дуги

3) дуги, кламмеров и каркаса

4) дуги, кламмеров и седловидных частей с искусственными зубами

5) кламмеров и седловидных частей

**239.Дуга бюгельного протеза располагается относительно слизистой оболоч­ки:**

1) никогда не касаясь

2) всегда слегка касаясь

3) всегда плотно прилегая

4) слегка касаясь при жевании

5) плотно прилегая при жевании

**240. Отросток удерживающего кламмера должен располагаться:**

1) между экватором и десной

2) между экватором и окклюзионной поверхностью

3) на вестибулярной поверхности зуба

4) в области ската альвеолярного гребня с оральной стороны

5) по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами

**241.Припасовка литого каркаса бюгельного протеза производится:**

1)только зубным техником на модели

2) врачом только на модели

3) только врачом в полости рта

4) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

5) врачом сначала на модели и затем в полости рта

**242. Относительным противопоказанием для изготовления съемного пласти­ночного протеза является:**

1) гипертоническая болезнь

2) гастрит

3) эпилепсия

4) инфаркт миокарда

5) гепатит

**243. Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является**

1. клинический
2. рентгенологический
3. биометрический
4. реографический
5. измерение диагностических моделей

**244. Фаза раздражения по В.Ю. Курляндскому при адаптации к съемному пла­стиночному протезу длится в среднем (в часах):**

1) 12

2) 24

3) 48

4) 72

5) 96

**245. При наличии сильных болей во время использования съёмного протеза, больному рекомендуется пласти­ночный протез:**

1) не снимать до посещения врача

2) снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача

3) снять и сразу придти к врачу

4) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

5) снять и после исчезновения воспалительных явлений придти к врачу

**246. Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает большую часть жевательного давления на:**

1) естественные зубы

2) жевательные мышцы

3) слизистую оболочку полости рта

4) слизистую оболочку и естественные зубы

5) слизистую оболочку, естественные зубы и мышцы

**247. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опушенная от крыла носа, соответствует:**

1) медиальной поверхности клыка

2) дистальной поверхности клыка

3) середине клыка

4) середине первого премоляра

5) постановке центральных и боковых резцов

**248. Наименьшей болевой чувствительностью обладают:**

1. оральная поверхность десен
2. вестибулярная поверхность десен
3. мягкое небо
4. корень языка
5. дно полости рта

**249. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа опреде­ляется:**

1) гнатодинамометром

2) эстезиометром

3) электронно-вакуумным аппаратом

4) реографом

5) функциографом

**250. . Слизистая оболочка полости рта лишена болевой чувствительности в области:**

1)мягкого неба

2)внутренней поверхности щек

3)оральной поверхности десен

4)вестибулярной поверхности десен

5)корня языка

**251. . При рентгенологическом обследовании отмечается: рассасывание органического участка кости без последующего замещения другой тканью**

1)остеолиз

2)атрофия костной ткани

3)остеопороз

4)остеонекроз

1. **Боковая граница вкладки не должна проходить по границе перехода …**

1 ) мезиальной поверхности в окклюзионную на верхних и нижних зубах

2) дистальной поверхности в окклюзионную на верхних и нижних зубах

3)небной поверхности на верхних зубах и щечной поверхности на нижних зубах в окклюзионную

4)щечной поверхности на верхних зубвх и язычной поверхности на нижних зубах в окклюзионную

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

1) один раз в месяц

2) один раз в полгода

3) один раз в год

4) только при возникновении жалоб

5) по желанию пациента

**254. . При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются:**

1)у режущего края

2)с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки

3)оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки

**255. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у клыка является:**

1)у режущего края

2)на уровне экватора с вестибулярной, оральной и контактных поверхностей

3)оральная вогнутость коронки и медиальная контактная поверхность на уровне шейки

4)на уровне шейки с вестибулярной и оральной поверхностей

**256. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:**

1) медиальной поверхности клыка

2) дистальной поверхности клыка

3) постановке центральных резцов

4) середине вестибулярной поверхности клыка

5) постановке центральных и боковых резцов

**257. . При подготовке полости под вкладку формируют фальц с целью**

1) предупреждения смещения вкладки

2)исключения давления на боковую стенку полости

3)лучшей фиксации и прилегания

4)исключения сколов

5)исключения расцементировки

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

1) самотвердеющей пластмассой

2) гипсовым блоком

3) металлической проволокой

4) увеличением толщины воска

5) металлической сеткой

**259. Нужно ли при изготовлении пластмассовой коронки формировать уступа в пришеечной зоне?**

1)да, циркулярный на всех поверхностях зуба

2)да, но только на вестибулярной поверхности

3)да, но только на апроксимальных поверхностях

4)нет, если зуб депульпирован

5)нет, если у пациента глубокий прикус

6)нет во всех случаях

**260 Дно вкладки должно быть**

1) параллельно крыше пульповой камеры

2) повторять рельеф крыши пульповой камеры

3) под углом 5 ок рогам пульпы

4) под углом 10 ок рогам пульпы

5) под углом 15 ок рогам пульпы

6) под углом 20 ок рогам пульпы

**261. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:**

1) кариес и его осложнения

2) сердечно-сосудистые заболевания

3) онкологические заболевания

4) травмы

5) некариозные поражения твердых тканей зубов

**262. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:**

1) травмы

2) сердечно-сосудистые заболевания

3) онкологические заболевания

4) заболевания пародонта

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

**263 Несъемный мостовидный протез по типу передачи жевательного давления относится**

1)к физиологическим

2)к полуфизиологическим

3)к нефизиологическим

4)к анатомическим

5)к анатомофизиологическим

**264. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:**

1) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

2) изменение характера движений нижней челюсти

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) разволокнение внутрисуставного диска

4) истончение внутрисуставного диска

5) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска

5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры,

глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

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

1) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

2) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

4) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

5) полная атрофия альвеолярной части

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

1) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

2) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

4) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

5) полная атрофия альвеолярной части

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

1)два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

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

1) два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

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

1) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и не­значительная атрофия в боковых отделах

2) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе

3) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков

4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков -

5) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

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

1) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незна­чительная атрофия в боковых отделах

2) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незна­чительная атрофия в переднем отделе

3) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части

5) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

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

1) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в переднем отделе и не­значительная атрофия в боковых отделах

2) резко выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе

3) резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков

4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков

5) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков

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

1) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незна­чительная атрофия в боковых отделах

2) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незна­чительная атрофия в переднем отделе

3) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части

5) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

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

1) два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

**280. 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:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

**281. 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:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

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

1) подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень

2) гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая

3) нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета

4) атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета

5) подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка

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

1) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало­податливая

3) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости

4) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

5) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

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

1) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало­податливая

3) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости

4) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

5) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

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

1) стандартная из металла, гладкая

2) стандартная из пластмассы, перфорированная

3) индивидуальная из эластичной пластмассы

4)индивидуальная из жесткой пластмассы

5) стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском

**286. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов зависит от:**

1) формы зубных рядов

2) вида прикуса

3) размера зубов

4) размера челюстей

5) верно 1) и 3)

6)нет правильных ответов

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

1) до 1/3 длины коронки

2) от 2/3 длины коронки до шейки зуба

3) от 1/3 до 2/3 длины коронки

4) от 1/3 до 1/2 длины коронки

5) от 1/2 до 2/3 длины коронки

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

1) до 1/3 длины коронки

2) от 2/3 длины коронки до шейки зуба

3) от 1/3 до 2/3 длины коронки

4) от 1/3 до 1/2 длины коронки

5) до 1/4 длины коронки

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

1) до 1/3 длины коронки

2) от 2/3 длины коронки до шейки зуба

3) от 1/3 до 2/3 длины коронки

4) от 1/3 до 1/2 длины коронки

5) до 1/4 длины коронки

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

1) смешанная

2) вертикальная

3) компенсированная

4) декомпенсированная

5) горизонтальная

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

1) смешанная

2) вертикальная

3) компенсированная

4) декомпенсированная

5) горизонтальная

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

1) смещением нижней челюсти

2) ростом альвеолярных отростков челюстей

3) изменением взаимоотношений элементов ВНЧС

4) выдвижением зубов

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

**293. Автором классификации повышенной стертости по распространенности патологического процесса является:**

1) Грозовский

2) Курляндский

3) Бушан

4) Дойников

5) Копейкин

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

1) клинический анализ крови

2) томографию ВНЧС, рентгенологическое исследование зубов и челюстей

3) биохимический анализ крови

**295. При II и III степенях повышенной стертости противопоказано применение:**

1) цельнолитых коронок

2) штампованных коронок, штампованно-паяных мостовидных протезов

3) цельнолитых мостовидных протезов

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

1) терапевтический

2) ортодонтический

3) хирургический

4) ортопедический

5) верно 2) и 4)

**297. При декомпенсированной форме генерализованной (II или III степени) по­вышенной стертости показан метод ортопедического лечения:**

1)последовательная дезокклюзия

2) перестройка миотатического рефлекса

3) постепенная дезокклюзия

4) коррекция формы зубных рядов

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

**298. При изготовлении консольного мостовидного протеза отрицательным является**

1) необходимость депульпации опорных зубов

2) препарирование большого количества опорных зубов

3)неудовлетворительное эстетическое качество

4)наличие опорокидывающего момента на опорных зубах

5)сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов

**299. При компенсированной форме локализованной повышенной стертости твердых тканей зубов показан метод ортопедического лечения:**

1)постепенная дезокклюзия

2) коррекция формы зубных рядов

3) последовательная дезокклюзия

4) перестройка миотатического рефлекса

5) верно 2) и 4)

6)нет правильных ответов

**300. При I степени повышенной стертости зубов показано применение:**

1) пластиночных протезов

2) вкладок, искусственных коронок

3) штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой

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

1) вкладок

2) цельнолитых коронок

3) штампованных коронок

4) культевых штифтовых вкладок

5) верно 2) и 4)

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

1) штампованных коронок

2) цельнолитых коронок

3) штампованно-паяных мостовидных протезов

4) цельнолитых мостовидных протезов

5) верно 2) и 4)

6)нет правильных ответов

**303. Для ортопедического этапа лечения больных с повышенной стертостью зубов применяется:**

1) пластинка с вестибулярной дугой

2) пластинка с наклонной плоскостью

3) пластмассовая каппа

4) шина Порта

5) пластинка с ортодонтическим винтом

**304.В мостовидных протезах из золота по сравнению с протезами из неблагородных сплавов …..**

1) выше гальванизм и твердость

2) выше гальванизм, но ниже твердость

3) ниже гальванизм, но выше твердость

4) ниже гальванизм и твердость

**305. Осложнением повышенной стертости зубов является:**

1) кариес

2) окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром

3) флюороз

4) гингивостоматит Венсана

5) клиновидный дефект

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

1) углубление носогубных складок, старческое выражение лица

2) асимметрия лица

3) «птичье» лицо

4) гиперемия кожных покровов

5) верно 2) и 4)

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

1) измерить разницу между высотой нижнего отдела лица при физиологиче­ском покое и в центральной окклюзии

2) провести рентгенологическое исследование зубов

3) провести ЭОД

4) изготовить диагностические модели

5) верно 2) и 3)

6)нет правильных ответов

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

1) клинообразная

2) кратерообразная

3) ступенчатая

4) овальная

5) округлая

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

1)алиментарная недостаточность

2) бруксизм

3) воздействие средств гигиены

4) химические воздействия

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

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

1)патология прикуса

2) химическое воздействие кислот и щелочей

3) частичная адентия

4) бруксизм

5) верно 1) и 3)

**311.Требования к корням зубов, используемых для штифтовых конструкций:**

1) канал запломбирован до верхушки и плотные ткани корня

2)канал запломбирован до верхушки и плотность тканей не имеет значения

3) расширение периодонтальной щели

**312.Штифтовый зуб с вкладкой:**

1) по Логану

2) по Ричмонду

3) по Ахметову

4) по Ильиной-Маркосян

5) верно 1) и 3)

**313. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлокерамиче-ской коронки является:**

1) извлечение платинового колпачка из коронки

2) глазурование

3) припасовка на модели

4) заключительный обжиг

5) окончательная коррекция формы

**314. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми протезами ….**

1) выше стираемость и цветостойкост**ь**

2) выше стираемость, но ниже цветостойкость

3) ниже стираемость и цветостойкость

4) ниже стираемость, но выше цветостойкость

**315. Клиническое проявление травматической окклюзии при частичном отсутствии зубов зависит от:**

1)общего количества утраченных зубов

2)количества потерянных антагонирующих групп зубов

3)протяженности дефектов зубного ряда

4)топографии дефектов зубного ряда

**316 Укажите абсолютное противопоказание к применению мостовидного протеза с двусторонней опорой в боковом отделе зубного ряда**

1)подвижность перднего опорного зуба

2)подвижность заднего опорного зуба

3)зубо альвеолярное выдвижение зубов в дефект

4)наклон опорных зубов в дефект

5)поворот опорных зубов вокруг продольной оси

**317. Абсолютным противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является:**

1) подвижность зуба третьей степени

2) разрушение коронки зуба

3) пульпит

4) необходимость шинирования зубов

5) верно 1) и 3)

**318. Воспаление десны после фиксации коронки может быть вызвано:**

1) широким ее краем

2) длинным ее краем

3) отсутствием контакта с соседними зубами

4) верно 1) и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**319. К «жакетным» относится коронка:**

1) металлокерамическая

2) пластмассовая с круговым уступом

3) фарфоровая

4) верно 2) и 3)

5) верно 1) и 2)

**320. При изготовлении искусственных коронок гипсовые модели фиксируют в:**

1) окклюдатор

2) артикулятор

3) эстезиометр

4) гнатодинамометр

5) верно 1) и 2)

**321. Телескопическая коронка используется для фиксации протеза:**

1) консольного

2) несъемного мостовидного

3) пластиночного

4) съемного мостовидного

5) верно 3) и 4)

6)нет правильных ответов

**322. При изготовлении металлокерамических коронок рабочие оттиски снима­ют массами:**

1) альгинатными

2) силиконовыми

3) термопластическими

4) твердокристаллическими

5) цинкоксиэвгеноловыми

**323. При изготовлении литой коронки разборную модель используют для:**

1) обеспечения точности литья коронки

2) удобства моделировки и припасовки коронки

3) предотвращения усадки

**324. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:**

1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба

2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба

3) остановить кровотечение

4) устранить воспалительные изменения в десне

**325. При изготовлении цельнолитой коронки стенки зуба препарируют под уг­лом к его длинной оси:**

1) 1-2°

2) 5-6°

3) 10-15°

4) 15-20°

**326. Причиной появления пор в отображении препарированного зуба при сня­тии двухслойного оттиска может быть:**

1) недостаточное высушивание протезного ложа

2) плохое проведение ретракции десны

3) снятие оттиска с компрессией

4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое

5) верно 1) и 4)

**327. Эффект «широкой» литой коронки возникает при:**

1) нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки

2) усадке оттискного материала

3) моделировании колпачка только с помощью адапты, без уточнения прише-ечной области воском

4) верно 1)и 3)

5) верно 1) и 2)

**328.Эффект «узкой» литой коронки возможен при:**

1) использовании очень тонкого слоя компенсационного лака или моделиров­ке без средств, компенсирующих объемную усадку сплава металла

2) усадке оттискного материала

3) гравировке пришеечной части гипсового штампа

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**329. При препарировании зубов под фарфоровую коронку аппроксимальные стенки должны:**

1) быть строго параллельны

2) слегка дивергировать

3) конвергировать под углом 6-8°

4) конвергировать под углом 15-20°

5) конвергировать под углом 9°

**330.Уступ формируется при изготовлении коронки:**

1) штампованной

2) фарфоровой

3) металлокерамической

4) верно 2) и 3)

5) верно 1) и 3)

**331. При пародонтите патологическим изменениям подвергаются:**

1) круговая связка зуба

2) костная ткань альвеолы

3) пульпа зуба

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**332. При пародонтите патологическим изменениям подвергаются:**

1) десна

2) костная ткань альвеолы

3) сосудистая система пародонта

4) верно 1)и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**333. Для пародонтита характерно наличие:**

1) патологической подвижности зубов

2) резорбции костной ткани альвеолярного отростка

3) преждевременных окклюзионных контактов зубов

4) верно 1), 2)иЗ)

5) верно 1)и 2)

**334. Для пародонтита характерно наличие:**

1) зубного камня

2) деформаций зубных рядов

3) кровоточивости десен

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**335. По клиническому течению различают пародонтит:**

1)острый

2) хронический

3) хронический в стадии обострения

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**336. По клиническому проявлению различают пародонтит:**

1) легкой степени

2) средней степени

3) тяжелой степени

4) верно 1) и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**337. По распространенности процесса выделяют пародонтит:**

1) локализованный

2) генерализованный

3) септический

4) верно 1), 2) и 3)

5) верно 1) и 2)

**338.Окклюзиограмма применяется для определения:**

1) окклюзионной высоты

2) окклюзионных контактов

3) выносливости тканей пародонта

4) степени подвижности зубов

5) верно 3) и 4)

6)нет правильных ответов

**339. При концевом дефекте зубного ряда протезирование несъемным консольным протезом является**

1)противопоказано

2)противопоказаний нет

3)возможно с учетом состояния пародонта опорных зубов

4)возможно с увеличением количества опорных зубов

5)возможно с учетом состояния пародонта и увеличением количества опорных зубов

**340. Наличие пародонтального кармана характерно для:**

1) пародонтоза

2) пародонтита

3) гингивита

4) стоматита

5) пульпита

**341. К местным этиологическим факторам пародонтита относятся:**

1) системная остеопатия

2) микробная бляшка

3) травма десневого края

4) верно 1) и 3)

5) верно 2) и 3

**342. . Предел выносливости пародонта премоляров к давлению, т.е. пороговые нагрузки, увеличение которых приводит к возникновению боли**

1)25-30 кг

* + 1. г
    2. г
    3. г
    4. г

6)75-80 кг

**343. Трофика тканей пародонта зависит от:**

1) физиологической подвижности зубов

2) степени атрофии альвеолярного отростка

3) направления действия сил жевательного давления

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**344.Травма десневого края как причина очагового пародонтита возможна вследствие:**

1) неправильно созданных контактных пунктов, на пломбах, вкладках

2) отсутствия экватора у коронки

3) применения широких и длинных коронок

4) верно 1), 2) и 3)

5) верно 2) и 3)

**345. При пародонтите смещение зубов возможно в направлении:**

1) вестибуло-оральном

2) медио-дистальном

3) вертикальном

4) вокруг оси

5) верно 1)-4)

**346. При генерализованном пародонтите пародонтальные карманы выявля­ются у:**

1) одного зуба

2) нескольких зубов

3) зубов верхней челюсти

4) зубов нижней челюсти

5) всех зубов

**347. При хроническом пародонтите степень воспаления усугубляется:**

1) отсутствием межзубных контактов

2) аномальными положениями и формой зубов

3) некачественно изготовленными протезами

4) верно 1) и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**348. Временные шины при лечении болезней пародонта должны:**

1) надежно фиксировать шинируемые зубы

2) равномерно распределять жевательное давление

3) не препятствовать лекарственной терапии

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**349. Временная пластмассовая шина должна:**

1) заходить под десну на 1 мм

2) легко накладываться и сниматься с зубного ряда

3) отличаться простотой изготовления

4) верно 2)и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**350. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию:**

1) фронтальную

2) сагиттальную

3) по дуге

4) парасагиттальную

5) фронтосагиттальную

**351. Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ор­топедическими конструкциями:**

1) намины

2) несоответствие протеза протезному ложу

3) изменение рН слюны

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**352. Нормальные показатели микротоков полости рта:**

1) 1-3 мкА

2) 2-6 мкА

3) 3-7 мкА

4) 5-8 мкА

5) 7-10мкА

**353. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами относят:**

1) нарушение теплообмена (повышение температуры под протезом)

2) механическую травму

3) несоответствие протеза протезному ложу

4) верно 1) и 2)

5) верно 1),2) и 3)

**354.К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергеческой реакции при пользовании металлическими протезами, относят:**

1) коррозионные процессы

2) изменение рН слюны в кислую сторону

3) процессы истирания

4) тепловой эффект

5) верно 1), 2) и 3)

**355. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены:**

1) аппликационная проба по Сорокину

2) провокационная проба

3) жевательная проба

4) верно 1) и 2)

5) верно 1) и 3)

**356. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, возникшем в связи с пользованием протезами из акриловых пластмасс:**

1) жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выражен­ные под протезом

2) сухость во рту

3) невозможность пользования протезом

4) верно 1)и 2)

5) верно 1),2) и 3)

**357. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металли­ческими протезами:**

1) затруднение глотания, дыхания

2) язык не умещается во рту

3) сухость во рту, жажда

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**358.Характерные жалобы при токсическом стоматите, вызванном металличе­скими протезами:**

1) жжение языка до каузалгии

2) гиперсаливация

3) нарушение нервного статуса

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**359. Для выявления аллергии на акриловые пластмассы применяют:**

1) экспозиционно-провокационную пробу

2) тест химического серебрения

3) лейкопеническую пробу

4) верно 1)и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**360. Аллергический стоматит, вызванный металлическим протезом, следует дифференцировать с:**

1) глоссалгией

2) кандидозом

3) эндокринными заболеваниями

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**361. При обследовании больных с аллергией на акриловые пластмассы Can­dida выявляется у:**

1) 2%

2) 5%

3) 10%

4) 20%

5) 30%

**362. После препарирования зубов под искусственные коронки, порог температурной чувствительности восстанавливается**

1) на 3-4 день

2)на 5-6 день

3)на 7-8 день

4)на 9-10 день

**363.У больных с непереносимостью акриловых пластмасс съемный протез можно изготовить:**

1) с металлическим базисом

2) гуттаперчевым

3) с силиконовой мягкой подкладкой

4) верно 1),2) и 3)

5) верно 1)и 3)

**364. Аллергический стоматит при пользовании металлическими протезами развивается через:**

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 1 год

4) 2 года

5) 5-15 лет

**365. Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ортопедичесими конструкциями:**

1) парниковый эффект

2) дисбактериоз

3) несоответствие протеза протезному ложу

4) верно 1), 2) и 3)

5)нет правильных ответов

**366. С увеличением диаметра режущего инструмента (при прочих равных условиях препарирования) время нагрева твердых тканей зуба**

1)увеличивается

2)уменьшается

3)не изменяется

**367. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металли­ческим протезом:**

1) прикусывание щек, языка

2) сухость во рту, жажда

3) жжение языка, усиливающееся при приеме растительной и кислой пищи, а также к ночи

4) верно 1),2) и 3)

6)нет правильных ответов

**368. Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ор­топедическими конструкциями:**

1) наличие разнородных металлов, амальгамовых пломб

2) процессы изнашивания, старения зубопротезных материалов

3) дисбактериоз

4) слюнотечение

5) верно 1), 2) и 3)

6)нет правильных ответов

**369.К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами относят:**

1)изменение рН слюны

2) процессы истирания

3) нарушение теплообмена (повышение температуры под протезом)

4) верно 1), 2) и 3)

**370**. **Характерные жалобы при аллергическом стоматите,** возникшем **в** связи **с** пользованием **протезами из акриловых пластмасс:**

1) жжение языка, щек, губ

2) затрудненные дыхание, глотание

3) жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выражен­ные под протезом

4) верно 1), 2) и 3)

**371. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:**

1) суставной шум

2) тугоподвижность нижней челюсти

3) неудобство при смыкании зубов

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

**372. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:**

1) врожденное укорочение ветви нижней челюсти

2) недоразвитие суставной головки с одной стороны

3) нарушение функциональной окклюзии

4) макротравма челюстно-лицевой области

5) верно 1),2) и 3)

6)нет правильных ответов

**373. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:**

1) анализ функциональной окклюзии

2) рентгенологическое исследование

3) электромиографическое исследование

4) верно 1), 2) и 3)

5) верно 1) и 3)

**374.Реография области ВНЧС используется для определения:**

1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

2) гемодинамики

3) движения головок нижней челюсти

4) размеров элементов ВНЧС

5) верно 3) и 4)

6)нет правильных ответов

**375. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводит­ся с целью:**

1) снижения окклюзионной высоты

2) нормализации функциональной окклюзии

3) достижения плавности движений нижней челюсти

4) верно 2) и 3)

5) верно 1) и 2)

**376. Виды окклюзионных кривых:**

1) сагиттальная

2) трансверзальная

3) горизонтальная

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

**377.Окклюзионная коррекция проводится методами:**

1) ортопедическими

2) избирательного сошлифовывания зубов

3) хирургическими

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**378.Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:**

1) сужение суставной щели

2) отсутствие суставной щели

3) расширение суставной щели

4) уплотнение кортикального слоя суставной головки

5) изменение формы костных элементов сустава

**379.Жевательная нагрузка концентрируется в области:**

1) моляров

2) резцов и клыков

3) премоляров

4) моляров и премоляров

5) клыков и премоляров

**380. Характерные признаки боли в суставе при остром артрите:**

1) постоянная в покое

2)усиливающаяся при движениях нижней челюсти

3) приступообразная

4) верно 1) и 3)

5)верно 1), 2) и 3)

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

1) влево

2) вправо

3) вперед и влево

4) вперед и вправо

5) вперед

**382. Сроки пользования ортопедическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:**

1) одна неделя

2) две недели

3) три недели

4) один месяц

5) 3-6 месяцев

**383. При лечении металлокерамическими протезами, при невозможности одновременного протезирования переднего и боковых участков зубного ряда**

1)вначале замещают передний участок, затем боковые

2)вначале замещают боковые участки, затем передний

3)не имеет принципиального различия

**384. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:**

1) артрографию

2) магниторезонансную томографию

3) ультразвуковую диагностику

4) верно 1)и 2)

5) верно 2) и 3)

**385. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:**

1) крепитацию

2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей

3) щелкающие звуки

4) верно 1) и 3)

5) верно 1)и 2)

**386. В боковых окклюзиях на рабочей стороне могут быть контакты:**

1)групповые щечных бугров жевательных зубов

2) клыков и боковых резцов

3) резцов и щечных бугров премоляров

4) резцов

5) щечных бугров жевательных зубов или клыков

**387. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:**

1) артроскопию

2) ультразвуковую диагностику

3) МРТ

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

**388.Окклюзионная коррекция проводится методами:**

1) избирательного сошлифовывания зубов

2) ортопедическими

3) ортодонтическими

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**389.Для выявления суперконтактов в заднем контактном положении ниж­нюю челюсть смещают:**

1) дистально

2) в правую боковую окклюзию

3) в левую боковую окклюзию

4) в переднюю окклюзию

5) открыванием рта в пределах до 1-2 см

**390. Факторы нарушения окклюзии:**

1) местные факторы полости рта

2) поражения ВНЧС

3) дисфункции жевательных мышц при общих заболеваниях

4) верно 1), 2) и 3)

5)нет правильных ответов

**391. . При чрезмерном укорочении препарируемого зуба могут наблюдаться**

1)снижение эстетической нормы протеза

2)снижение функциональной ценности протеза

3)снижение фиксации и частые расцементировки протеза

4)снижение дикции

5)все выше перечисленное

**392 При изготовлении металлокерамического протеза фронтальные зубы**

1) препарируют с циркулярным уступом

2) препарируют с вестибулярным уступом

3) препарируют с проксимальными уступами

4)без уступа

**393. Очень тонкий слой обмазки при литье каркаса металлокерамического протеза вызывает образование**

1)наплывов

2)трещин

3)недоливов или раковин

4)шероховатости поверхности отливки

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

1) переломы тела челюсти в пределах зубного ряда

2) переломы тела челюсти при наличии беззубых отломков

3) переломы за зубным рядом

4) верно 1), 2)иЗ)

5) верно 1)и 3)

**395. При двустороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент сме­щается:**

1)назад

2) вперед

3) вверх

4) вниз

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

**396. При двустороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смеща­ются:**

1) назад

2) вперед

3)вверх

4) внутрь

5) верно 3) и 4)

6)нет правильных ответов

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

1) открытый

2) перекрестный

3) медиальный

4) дистальный

5) глубокий

**398. План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит:**

1) от локализации перелома

2) от характера перелома

3) от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей

4)верно 1),2) и 3)

5)нет правильных ответов

**399. Лечение раненых с переломами челюстей:**

1) хирургическое

2) ортопедическое

3) терапевтическое

4) комплексное

5) физиотерапевтическое

**400. Для оказания первой доврачебной помощи при переломах челюстей ис­пользуют:**

1) аппарат Илизарова

2) стандартную транспортную шину

3) кровавую репозицию отломков

4) проволочную шину ТИгерштедта

5) шину Васильева

**401. Съемная шина Ванкевич фиксируется на:**

1) зубах верхней челюсти

2) зубах нижней челюсти

3)зубах и десне верхней челюсти

4) зубах и десне нижней челюсти

5) деснах обеих челюстей

**402 При отливке гипсовой модели и заполнении слепка очень жидким супергипсом приводит**

1)к увеличению усадки гипса

2)к уменьшению усадки гипса

3)к образованию пустот и пор в гипсовой модели

4)к увеличению шероховатости поверхности гипсовой модели

**403.Репонирующий аппарат Катца является:**

1) внутриротовым

2) внеротовым

3) внутри-внеротовым

4) зубонадесневым

5) надесневым

**404. Возможные осложнения при неправильно сросшихся переломах:**

1) заболевания пародонта

2) заболевания ВНЧС

3) нарушение окклюзионных взаимоотношений

4) неврит тройничного нерва

5) верно 1)-4)

6)нет правильных ответов

**405. Надесневые шины:**

1) шина Вебера

2) шина Ванкевич

3) шина Тигерштедта

4) шина Порта

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

1)огнестрельная травма

2) спортивная травма

3) онкологические заболевания

4) производственная травма

5) верно 1)-4)

6)нет правильных ответов

**407 Культя зуба препарированного под фарфоровую или металлокерамическую коронку должна иметь форму**

1)цилиндра

2)конуса с наклоном стенок 5о

3)конуса с наклоном стенок 10о

4)конуса с наклоном стенок 15о

5)конуса с наклоном стенок 20о

**408. Чтобы культя зуба создавала надежную фиксацию для фарфоровой или металлокерамической коронки, она должна быть не менее**

1. 1/3 высоты запланированной коронки

2) 1/2 высоты запланированной коронки

3) 2/3 высоты запланированной коронки

**409. К деформациям зубных рядов может привести:**

1) повышенная стертость твердых тканей зубов

2) эрозия эмали

3) пародонтит

4) флюороз

5) верно 1)и 3)

6)нет правильных ответов

**410. К сколам или трещинам керамического покрытия в пришеечной области опорной коронки приводят**

1)неправильная моделировка каркаса промежуточной части протеза

2)ажурная промежуточная часть протеза

3)невыверенные окклюзионные контакты в готовом протезе

4)перегрев металла при палировке готового протеза

5)слишком гладкая поверхность каркаса протеза

**411 Равномерное распределение напряжений в десне под базисом протеза можно достичь используя**

1. различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров
2. различные конструкции замковых соединений (аттачменов)
3. различные конструкции телескопической фиксации

4)эластические подкладки под базисом протеза

5)различные конструкции антиопрокидывателей

**412.Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов:**

1) расширена

2) сужена

3) не изменена

4) деформирована

**413. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:**

1)гемангиомы

2) расщелины твердого неба

3) расщелины верхней губы

4) верно 1) и 2)

5) верно 2) и 3)

**414. При потере основного антагониста зуб перемещается в направлении:**

1) вертикальном

2) вертикальном и медиальном

3) медиальном

4) вертикальном и дистальном

5) дистальном

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

1) хронический пародонтит

2) интактные зубы и здоровый пародонт

3) частичное отсутствие зубов на обеих челюстях

4) кариес зубов

5) верно 2)и 3)

**416.Зубоальвеолярное удлинение более характерно для:**

1) жевательных зубов верхней челюсти

2) фронтальных зубов верхней челюсти

3) фронтальных зубов нижней челюсти

4) жевательных зубов нижней челюсти

5) одинаково для обеих челюстей (независимо от групповой принадлежности зубов)

**417. Метод дезокклюзии применяется при:**

1)Iформе зубоальвеолярного удлинения

2) II форме зубоальвеолярного удлинения

3) I и IIформах зубоальвеолярного удлинения

4) при заболеваниях пародонта

**418.Метод дезокклюзии показан для лиц не старше:**

1) 18 лет

2) 25 лет

3) 40 лет

4) 50 лет

5) 60 лет

**419.Метод сошлифовывания применяют при:**

1) I форме феномена Попова-Годона

2) II форме феномена Попова-Годона

3) I и IIформах феномена Попова-Годона

4) повышенной стертости твердых тканей зубов

**420. Метод дезокклюзии предполагает разобщение зубов на:**

1) 5 мм

2)2 мм

3) 7 мм

4) 8 мм

5) верно 3)и 4)

**421. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами не­ба:**

1) разобщение полости рта и полости носа

2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания

3) восстановление фонетики

4) верно 1), 2) и 3)

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

1) 1 недели

2) 2 недель

3) 3-4 недель

4) 3 месяцев

5) 6 месяцев

**423. Наиболее эффективно использовать в качестве антиапрокидывателя**

1. отростки базиса протеза
2. пальцевые отростки
3. многозвеньевые кламмеры

4)непрерывные кламмеры

5)передние небные дуги

**424. Врожденными дефектами челюстно-лицевой области являются:**

1) злокачественные новообразования

2) расщелины твердого неба

3) расщелины верхней губы

4) верно 2) и 3)

**425. Заболевания, приводящие к дефектам челюстно-лицевой области:**

1)остеомиелит

2) актиномикоз

3) туберкулез

4) пародонтит

5) верно 1), 2) и 3)

**426. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:**

1) гипс

2) альгинатные

3) силиконовые

4) цинкоксиэвгеноловые

5) верно 1) и 2)

**427. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота пробы:**

1) 375

2) 583

3) 750

4) 900

5) верно 1) и 3)

**428. Минимальные размеры небной дуги должны составлять**

1)толщина 1 мм, ширина 4 мм

2) толщина 1 мм, ширина 5 мм

1. толщина 1,5 мм, ширина 4 мм

4) толщина 1,5 мм, ширина 5 мм

5) толщина 2 мм, ширина 4 мм

1. толщина 2 мм, ширина 5 мм

**429. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплава:**

1) хромо-кобальтового

2)хромо-никелевого

3) золотого 900 пробы

4) серебряно-палладиевого

**430 При значительном наклоне фронтального участка альвеолярного отростка нижней челюсти кпереди применяют**

1. лингвальную дугу
2. вестибулярную дугу

3)лингвальную пластинке

1. модифицированный непрерывный кламмер
2. пластмассовый базис

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

1) литой

2) штампованной

3) фарфоровой

4) пластмассовой

5) верно 2) и 4)

**432. Назовите главный критерий выбора опорного зуба под кламмер**

1)устойчивость зуба

2)выраженность анатомического экватора

3)высота клинической коронки

1. поражение твердых тканей зуба

**433. Какое направление кламмерной линии предпочтительно на верхней челюсти?**

1. трансверсальное
2. сагиттальное

3)диагональное

**434.К жакетым коронкам относятся:**

1) металлокерамическая

2)пластмассовая с круговым уступом

3) литая

4) коронка по Белкину

5) штампованная

**435. Силиконовая масса используется для получения оттисков при изготовле­нии коронки:**

1) литой

2) штампованной

3) фарфоровой

4) пластмассовой

5) верно 1) и 3)

**436. При снятии оттиска эластической массой необходимо использовать:**

1) гладкую оттискную ложку

2) перфорированную оттискную ложку

3) гладкую ложку, обклеенную лейкопластырем

4) нанесение на ложку адгезива

5) верно 2), 3) и 4)

6)нет правильных ответов

**437. Какая конусность боковых стенок колпачка допустима в телескопической системе?**

1) 5о

2) 10о

3) 15о

4) 20о

**438. При проверке конструкции частичного протеза боковые зубы смыкаются, а между передними имеется щель как при открытом прикусе, причиной явилось:**

1. повышена межальвеолярная высота

2)зафиксирована передняя окклюзия

3)недостаточное продавливание воска прикусного валика

4)отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки в момент смыкания челюстей

**439. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:**

1) альгинатной массой

2) силиконовой массой

3) любым оттискным материалом **с** проведением ретракции десны

4) гипсом

5) термопластической массой

**440. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:**

1) 583

2) 750

3) 900

**441. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска использу­ют массу:**

1) альгинатную

2) силиконовую

3) цинкоксиэвгеноловую

4) термопластическую

5) верно 3)и 4)

**442. Для двойного оттиска используются массы:**

1) твердокристаллические

2) силиконовые

3) альгинатные

4) термопластические

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

**443 При проведении разговорной пробы контроля высоты центрального соотношения челюстей фонемой «С» расстояние между прикусными валиками должно быть**

1)1-2 мм

1. 3-4 мм
2. 5-6 мм
3. 7-8 мм

**444. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью кар­каса необходимо:**

1) провести пескоструйную обработку

2) обезжирить каркас

3) создать окисную пленку

4) верно 1), 2) и 3)

5) нет правильных ответов

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

1) несколько меньшем

2) полном

3) несколько большем

4) в 2 раза меньшем

5) в 3 раза большем

**446. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:**

1) гипс

2) воск

3) оттискные массы

4) пластмассы

**447. Если после произношения фонемы «С», пациент закрывает рот и нижняя челюсть смещается на 2-3 мм кзади, то это говорит о том, что**

1)у пациента был ортогнатический прикус

2) у пациента был прогнатический прикус

3) у пациента был прогенический прикус

4) у пациента был прямой прикус

**448 Неправильно выверенные межокклюзионные контакты пластиночного протеза могут привести**

1. к травме слизистой оболочки по центру альвеолярного отростка
2. травме слизистой оболочки по краю протеза
3. к пролежням в области костных выступов
4. к гипертрофическому разрастанию слизистой оболочки

**449. При проверке конструкции полного съемного пластиночного протеза наблюдается отсутствие плотного фиссеро-бугоркового контакта при движениях нижней челюсти, причиной является:**

1. завышение высоты нижнего отдела лица
2. фиксация передней окклюзии
3. фиксация боковой окклюзии
4. раздавливание прикусного валика

5)смещение прикусного валика

**450. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят:**

1) на штампованный колпачок

2) на литой колпачок

3) на платиновый колпачок

4) на штампик из огнеупорного материала

5) на штампик из легкоплавкого металла

**451. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:**

1) кариес и его осложнения

2) сердечно-сосудистые заболевания

3) онкологические заболевания

4) травмы

5) некариозные поражения твердых тканей зубов

**452. Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:**

1) травмы

2) сердечно-сосудистые заболевания

3) онкологические заболевания

4) заболевания пародонта

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

**453. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:**

1)увеличение амплитуды движений нижней челюсти

2) изменение характера движений нижней челюсти

3) атрофия альвеолярных гребней

4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

**454. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:**

1) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

2) изменение характера движений нижней челюсти

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) разволокнение внутрисуставного диска

4) истончение внутрисуставного диска

5) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска

5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

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

1) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

2) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

4) резкая равномерная атрофия альвеолярной части

5) полная атрофия альвеолярной части

1. **Укажите ведущий клинический симптом пародонтита и пародонтоза**

1)кровоточивость десен

2)образование патологических десневых карманов

3)травматическая окклюзия

4)гноетечение из десневых карманов

5)зубные отложения

**461. согласно статистике, при полной потере зубов не пользуются съемными протезами:**

1) 5 % больных

2) 15 %

3) 25%

4) 40%

5) 60%

**462. при протезировании больных с полной потерей зубов решаются задачи:**

1) фиксации и стабилизации протезов

2) восстановления внешнего вида больных

3) восстановления функции жевания

1. стабилизация апикальных базисов челюстей

5)верно 1) 2) 3)

6)Нет верных ответов

**463. угол нижней челюсти при полной потере зубов:**

1) уменьшается

2) не изменяется

3) увеличивается

4) деформируется

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

**465. носогубные складки у больных с полной потерей зубов:**

1) резко выражены

2) сглажены

3) не изменены

4) асимметричны

**466.при полной потере зубов на нижней челюсти атрофия костной ткани в переднем отделе в большей степени выраженас:**

1) на вестибулярной поверхности

2) на гребне альвеолярной части

3) язычной поверхности альвеолярного отростка

4) небной поверхности альвеолярной части

1. **Выключение зубов из окклюзионных контактов при пародонтите**

1)допустимо

2)недопустимо

1. только в молодом возрасте
2. у людей старше 40 лет
3. **После избирательной пришлифовке зубов полировка**

1)обязательна

2)не обязательна

3)только на верхней челюсти

4)только передних зубов на верхней и нижней челюсти

**469. При генерализованном пародонтите шина должна обеспечить стабилизацию**

1)фронтальную

2)сагиттальную

3)по дуге

4)парасагиттальную

**470. при полной потере зубов жевательные мышцы:**

1) увеличиваются в объеме

2) становятся дряблыми, частично атрофируются

3) гипертрофируются

**471 К временным шинам для лечения пародонтита относится**

1. шина Мамлока

2)капповая шина из пластмассы

3)шина Эльбрехта

4)шина Порта

**472. Для изготовления временной шины препарирование опорных зубов**

1)возможно

2)желательно

3)обязательно

4)не требуется

**473. Болтающийся гребень как тип слизистой оболочки протезного ложа по Суппли относится к классу:**

1) 2

2) 1

3) 3

4) 5

5) 4

**474. Соотношение челюстей при отсутствии зубов меняется на:**

1) ортогнатическое;

2) прогнатическое;

3) прогеническое;

4) глубокое;

5) изменений нет.

1. **Под непосредственным пластиночным протезом процессы регенерации лунки зуба**

1)замедляются

2)ускоряются

3)не изменяются

**476. различают следующие формы альвеолярного ската:** 1) отвесную

2) пологую

3) с навесами

4)почкообразную

5)верно 1),2),3)

**477. Суппли предложил классификацию:**

1) оттискных материалов

2) методов получения оттисков

3) форм скатов альвеолярных частей

4) типов слизистой оболочки рта

**478.зоны слизистой оболочки твердого неба с обширными сосудистыми полями по Е. И. Гаврилову называются:**

1) буферными

2) сосудистыми

3) подслизистыми

4) амортизационными

**479. способность слизистой оболочки изменять уровень рельефа при вертикальном давлении называется:**

1) сдавленностью

2) податливостью

3) подвижностью

4) упругостью

**480. с полной потерей зубов морфологические признаки верхнечелюстной прогнатии:**

1) могут сглаживаться

2) сохраняются полностью

**481. количество типов слизистой оболочки рта, в классификации Суппли:**

1) 3

2) 4

3) 5

4) 6

**482. наибольшей податливостью обладает слизистая оболочка в области:**

1) сагиттального шва твердого неба

2) поперечных складок твердого неба

3) вершины альвеолярного отростка

4) задней трети твердого неба

**483. слизистая оболочка, покрывающая мышцы и смещающаяся при их сокращении называется:**

1) активно-подвижной

2) пассивно-подвижной

3) нейтральной

4) клапанной

**483. тонкая слизистая оболочка, с атрофированным подслизистым слоем и малой податливостью, встречающаяся чаще у людей астенической конституции, отнесена Суппли к типу:**

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

**484. I тип атрофии альвеолярного отростка беззубых челюстей по Оксману:**

1) неравномерная, умеренная

2) равномерная, незначительная

3) равномерная, средне-выраженная

4) равномерная, сильно выраженная

5) неравномерная, средне-выраженная

**485. рыхлую, податливую слизистую оболочку Суппле отнес к типу:**

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

**486. при обследовании больных с полной потерей зубов целесообразно использовать методы:**

1) клинические

2) рентгенологические

3) биометрические

1. периотестометрические

5)верно1),2),3)

**487. при сборе анамнеза у больного с полной потерей зубов следует выяснить:**

1) жалобы

2) данные об его общесоматическом состоянии

3) условия жизни и профессия

1. субъективную оценку родственниками и окружающими лицами результатов предыдущего протезирования

5)верно 1),2),3)

**488 Иммидиат-протезы могут быть**

1. только съемные
2. только несъемные

3)съемные и несъемные

**489. с помощью речевых проб и двигательных функций можно определить:**

1) соотношение челюстей до потери зубов

2) глубину резцового перекрытия и оптимальную высоту нижней трети лица

3) величину межоклюзионного расстояния покоя

**490. Для полного съемного протезирования наиболее благоприятна:**

1)плотная слизистая оболочка

2) тонкая слизистая оболочка

1. рыхлая, податливая слизистая оболочка
2. подвижная слизистая оболочка

**491. Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:**

1) физиологическим

2) полуфизиологическим

3) нефизиологическим

4) комбинированным

5) опирающимся

**492. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффек­тивность до (в %):**

1) 20

2) 50

3) 70

4) 90

5) 100

**493. Шинированию 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11зубов соответствует стабилизация:**

1. парасагиттальная
2. сагиттальная
3. фронтальная
4. по дуге

5)фронто-сагиттальная

494**. если причиной полной потери зубов был пародонтит, то атрофические процессы в челюстных костях протекают:**

1) быстрее

2) медленнее

**495.различают следующие формы альвеолярного ската**:

1) отвесную

2) пологую

3) с навесами

4)почкообразную

5) верно 1),2),3)

**496. в основе биофизического метода фиксации полных съемных протезов лежит:**

1) адгезия

2) явление капиллярности

3) явление смачиваемости

4)податливости слизистой оболочки протезного ложа

5) верно 1),2),3)

**497. Какой нормативный «вольтаж» микротоков между металлическими мостовидными протезами у здоровых людей?**

1. до 10 мВ
2. до 20 мВ
3. до 30 мВ
4. до 40 мВ
5. до 50 мВ

**498.зоны слизистой оболочки твердого неба с обширными сосудистыми полями по Е.И. Гаврилову называются:**

1) буферными

2) сосудистыми

3) подслизистыми

4) амортизационными

**499. Какие вещества, входящие в состав акриловой пластмассы могут вызывать аллергическую реакцию?**

1. «остаточный мономер»
2. гидрохинон (стабилизатор)
3. пероксид бензола
4. дибутилфталат (пластификатор)
5. красители

**500.наиболее благоприятная форма ската альвеолярного отростка для сохранения замыкающего клапана по краю полного съемного протеза во время жевания:**

1) пологая

2) отвесная

3) конусообразная

4) с навесами

**501. пользование некачественными полными протезами может:**

1) нарушить фонетику

2) вызвать краевой пародонтит

3) вызвать дисфункцию ВНЧС

4) вызвать протезный стоматит

5)верно 1),3),4)

**502.При токсическом стоматите клиническая картина проявляется через:**

1)1-7 дней

* + 1. месяца

3)5-10 лет

**503. при принятии решения об удалении последнего одиночно стоящего зуба необходимо учитывать:**

1) возможность ухудшения фиксации полного съемного протеза

2) неуверенность больного в хорошей фиксации полного протеза

3) потерю фиксированной высоты нижнего отдела лица на последней паре зубов-антагонистов

4) перестройку нервно-рефлекторной регуляции функций зубочелюстной системы

5)верно 1),2)

**504. при принятии решения об удалении одиночно стоящего зуба необходимо учитывать:**

1) потерю фиксированной высоты нижнего отдела лица на последней паре зубов-антагонистов

2) перестройку нервно-рефлекторной регуляции функций зубочелюстной системы

3) характер соотношения челюстей

4)состояние рвотного рефлекса

5)верно 1),3)

**505. положительным моментом при сохранении одиночного корня зуба в качестве опоры полного съемного протеза является:**

1) улучшение его фиксации

2) улучшение передачи жевательного давления по естественному пути ( через корень и периодонт)

3) увеличение жевательной эффективности протеза

4) замедление атрофии альвеолярной части челюсти

5)верно1)4)

**506.хирургическая подготовка протезного ложа к протезированию полными съемными протезами включает:**

1) обязательное удаление небного торуса

2) углубление преддверия и дна полости рта

3) устранение тяжей и рубцов, перемещение уздечек

4) устранение экзостозов

5)верно 2)3),4)

**507. основными задачами при подготовке больного с полной потерей зубов к повторному протезированию являются:**

1) улучшение функции речи

2) профилактика артропатий

3) повышение эффективности жевания

4) удовлетворение эстетических требований

5)верно 1)3),4)

**508. Причиной вывихов нижней челюсти является:**

1) артрит ВНЧС

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) глубокое резцовое перекрытие

5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

**509 Причиной вывихов нижней челюсти является:**

1) артрит ВНЧС

2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса

4) глубокое резцовое перекрытие

5) снижение высоты суставного бугорка

**510. . Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:**

1) острым отитом

2) острым верхнечелюстным синуситом

3) околоушным гипергидрозом

4) переломом верхней челюсти

5) флегмоной поднижнечелюстной области

**511. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:**

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом

5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

**512. при отвесном скате альвеолярного отростка вестибулярный край полного съемного протеза должен заканчиваться:**

1) на пассивно-подвижной слизистой оболочке (нейтральная зона)

2) активно-подвижной слизистой оболочке

3) неподвижной слизистой оболочке

4) не имеет значения

**513. при пологом скате альвеолярного отростка вестибулярный край полного съемного протеза должен заканчиваться:**

1) на пассивно-подвижной слизистой оболочке (нейтральная зона)

2) активно-подвижной слизистой оболочке

3) неподвижной слизистой оболочке

4) не имеет значения

**514. при одностороннем незначительно нависающем скате альвеолярного отростка вестибулярный край полного съемного протеза должен заканчиваться:**

1) на пассивно-подвижной слизистой оболочке (нейтральная зона)

2) активно-подвижной слизистой оболочке

3) неподвижной слизистой оболочке

4) не имеет значения

**515. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:**

1) шум в ушах

2) нарушение глотания

3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом

5) гипотрофия тканей на больной стороне

**516. По Боянову можно выделить методы фиксации:**

1) механические;

2) биомеханические;

3) физические;

4) биофизические;

5) все перечисленное верно

**517. Впервые механические методы фиксации были предложены в начале прошлого столетия:**

1) Фошаром;

2) Боянов;

3) Кемени;

4) Аболмасов;

5) Шредер

**518. Для образования кругового клапана протез должен перекрывать клапанную зону на:**

1) 2-6 мм;

2) 1-2 мм;

3) 3-4 мм;

4) 0,5-1 мм;

5) до 7 мм

**519. Удержание протеза на беззубой челюсти это:**

1) стабилизация,

2) фиксация,

3) адгезия,

4) клапанная зона,

5) функциональная присасываемость.

**520. Метод, при котором врач изготавливает ложку без участия зубного техника, непосредственно во рту у пациента из пластинки базисного воска называется:**

1) Прямой

2) Непрямой

**521. качественная характеристика протезного ложа обусловлена:**

1) Степенью атрофии альвеолярной части кости челюсти

2) особенностями соотношения челюстей

3) величиной площади протезного ложа

4) наличием костных образований

5) верно1) 3) 4)

**522. для протезирования полными съемными протезами наиболее благоприятна слизистая оболочка протезного ложа:**

1) плотная и упругая

2) тонкая и атрофичная

3) рыхлая и податливая

4) «болтающийся» гребень

**523. при формировании дистального края полного съемного протеза следует учитывать:**

1) контуры дистального края твердого неба

2) топографию крылочелюстных складок

3) характер вибрирующей зоны «А»

4) расположение слепых ямок

5)форму ската мягкого неба

6)верно 1) 3) 4)

**524. наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для протезирования является:**

1) незначительная равномерная убыль альвеолярной части

2) выраженная равномерная убыль альвеолярной части

3) выраженная убыль в переднем отделе

4) неравномерная выраженная убыль

**525. хирургическое формирование границ протезного ложа на нижней челюсти необходимо при:**

1) наличии узкого, острого альвеолярного гребня

2) выраженной убыли костной ткани в переднем отделе

3) близком расположении подбородочных отверстий к гребню альвеолярной части

4) наличии подвижной слизистой оболочки в боковых участках челюсти

5)верно 1)2),3)

6)нет правильных ответов

**526. на устойчивость полного съемного протеза оказывают влияние жевательные мышцы:**

1)круговая

2) подбородочная

3) наружная крыловидная

4) переднее брюшко двубрюшной мышцы

5)верно 3,4

**527. при формировании границ нижнего полного протеза следует уделять особое внимание:**

1) области преддверия полости рта

2) позадимолярной области

3) подъязычной области

4) ретромолярной области

5)верно 1,3,4

6)нет правильных ответов

**528. разгружающий оттиск с беззубых челюстей целесообразно применять:**

1) при истонченной слизистой оболочке

2) при снижении высоты нижнего отдела лица

3) при резкой атрофии альвеолярных частей

4) повышенной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

**529. способом разгрузки протезного ложа под базисом протеза является:**

1) получение разгружающего оттиска

2) сужение окклюзионной поверхности искусственных зубных рядов

3) постановка зубов с низкими жевательными буграми

4)формирование оптимальной толщины и формы базиса протеза с учетом требований фонетики

5) верно1,3

530. **Один из факторов, обусловливающих болевые ощущения при пользова­нии съемным пластиночным протезом:**

1) толщина базиса протеза

2) укорочение границ базиса

3) степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов

4) не выверенные окклюзионные контакты

5) снижение высоты нижнего отдела лица

**531. Односторонний дистально не ограниченный (концевой) дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

**532. Относительным противопоказанием для изготовления съемного пласти­ночного протеза является:**

1) гипертоническая болезнь

2) гастрит

3) эпилепсия

4) инфаркт миокарда

5) гепатит

**533.Фаза раздражения по В.Ю. Курляндскому при адаптации к съемному пла­стиночному протезу длится в среднем (в часах):**

1) 12

2) 24

3) 48

4) 72

5) 96

**534. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов**:

1) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

2) изменение характера движений нижней челюсти

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

5) появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска

5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры,

глубокое небо

1. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

**537. качественная характеристика протезного ложа обусловлена**:

1) степенью атрофии альвеолярной части кости челюсти

2) наличием мышечно-суставной дисфункции

3) величиной площади протезного ложа

4) состоянием подслизистого слоя

5)верно 1) 3) 4)

538**. для протезирования полными съемными протезами наиболее благоприятна слизистая оболочка протезного ложа:**

1) плотная и упругая

2) тонкая и атрофичная

3) рыхлая и податливая

4) «болтающийся» гребень

**539. на устойчивость полного съемного протеза оказывают влияние жевательные мышцы:**

1) круговая

2) подбородочная

3) наружная крыловидная

4) переднее брюшко двубрюшной

5) верно 3),4)

**540. клиническая картина беззубого рта характеризуется:**

1) атрофией альвеолярных частей челюстей

2)топографией и размером дефектов зубных рядов

3) потерей фиксированной высоты нижнего отдела лица

4)состоянием слизистой оболочки ,покрывающей протезное ложе

5)верно 1),3)

**541. вертикальная податливость слизистой оболочки, покрывающей костную основу протезного ложа, обусловлена наличием в подслизистом слое:**

1) сосудистой сети

2) жировой клетчатки

3) слизистых желез

4) мышечных волокон

**542. количество функциональных проб по Гербсту при припасовке индивидуальной ложки на нижней челюсти:**

1) 6

2) 5

3) 4

4) 3

**543. слизистая оболочка протезного ложа менее чувствительна к давлению:**

1) на верхней челюсти

2) на нижней челюсти

**544. на верхней челюсти щечно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки обычно расположены на уровне зубов:**

1) 12 и 22

2) 14 и 24 или 15 и 25

3) 13 и 23

4) 16 и 26

**545. количество функциональных проб по Гербсту при припасовке индивидуальной ложки на верхней челюсти:**

1) 6

2) 5

3) 4

4) 3

**546. форма альвеолярного отростка, наиболее благоприятна для обеспечения устойчивости протеза и адекватного восприятия жевательного давления**

1) широкая умеренной высоты

2) узкая и высокая

**547. при резкой атрофии альвеолярных частей челюстей функциональные оттиски предпочтительнее получать, применяя пробы:**

1) Гербста

2) Шиллера-Писарева

3) Манту

4) по методике объемного моделирования

**548.при полной потере зубов головки нижней челюсти смещаются:**

1) вперед

2) кзади

3) вниз

4) кзади и вверх

**549. Индивидуальные ложки изготовляют из:**

1) металла;

2) пластмассы;

3) воска;

4) гипса;

5) композита

**550.Припасовка индивидуальной ложки в полости рта осуществляется с учетом функциональных проб:**

1) Шредера;

2) Боянова;

3) Аболмасова;

4) Гербста;

5) Кемени

**551.Количество проб Гербста на нижней челюсти:**

1) 3;

2) 5;

3) 2;

4) 6;

5) 4

**552.Количество проб Гербста на верхней челюсти**:

1) 3;

2) 5;

3) 2;

4) 6;

5) 4

**553.I проба Гербста на нижней челюсти**:

1) Дотрагивание кончиком языка до щеки при полузакрытом рте;

2) Проведение кончиком языка по красной кайме губ;

3) Глотание и широкое открывание рта;

4) Вытягивание языка по направлению к кончику носа;

5) Вытягивание губ вперед

554. **пассивное оформление краев функционального оттиска осуществляется за счет действий:**

1) самого пациента

2) медицинской сестры

3) врача-стоматолога-ортопеда

4) помощника врача-стоматолога

555. **пробы Гербста при коррекции индивидуальных ложек беззубых челюстей со значительно выраженной атрофией альвеолярных отростков необходимо проводить:**

1) при широко открытом рте и активном выполнении проб,с большой амплитудой движений органов зубочелюстной системы

2) полузакрытом рте ,с уменьшенной амплитудой движений органов зубочелюстной системы

**556. пробы Гербста оптимальны для получения функциональных оттисков с беззубых челюстей альвеолярные отростки которых:**

1) сохранены

2) резко атрофированы

**557. для предупреждения нарушения клапанной зоны на рабочей модели беззубой челюсти необходимо**:

1) обрезать гипс основания модели строго по краям оттиска

2) окантовать края оттиска полоской воска и обрезать основание модели строго по окантовке

**558.активное оформление краев функционального оттиска осуществляется за счет действий**:

1) врача-стоматолога-ортопеда

2) самого пациента

3) помощника-стоматолога

4) медицинской сестры

559. **положение функционального покоя нижней челюсти определяет:**

1) миотатический рефлекс

2) тонус жевательных мышц

3) эластичность слизистой оболочки

4) проприоцептивная информация о положении нижней челюсти

**560. методика припасовки индивидуальной ложки на верхней беззубой челюсти по Гербсту включает следующие функциональные пробы:**

1) проглатывание

2) широкое открывание рта

3) глотание и широкое открывание рта

4) проведение кончиком языка по красной кайме губ

**561. методика припасовки индивидуальной ложки на верхней челюсти по Гербсту включает следующие функциональные пробы:**

1) дотрагивание кончиком языка поочередно до правой и левой щек при полузакрытом рте

2)попытка ддостать языком кончик носа

3) всасывание щек

4) вытягивание губ вперед

**562. индивидуальные оттискные ложки бывают:**

1) полные

2) частичные

3) жесткие (пластмассовые)

**563. I тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется:**

1) средней степенью атрофии альвеолярного отростка с сохранением бугров верхней челюсти, выраженным небным сводом, переходная складка расположена ближе к вершине альвеолярного отростка

2) альвеолярный отросток и бугры верхней челюсти хорошо выражены, имеется высокое небо, переходная складка расположена у основания альвеолярного отростка.

3) резкой атрофией альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, плоским небом, переходная складка расположена в одной плоскости с твердым небом

**564. зона коррекции индивидуальной ложки нижней челюсти по методике Гербста при смещении ложки впереди во время широкого открывания рта:**

1) вестибулярная поверхность от клыка до клыка

2) от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии

3) от нижнечелюстного бугорка до второго моляра с вестибулярной поверхности и до челюстно-подъязычной линии с язычной стороны

4) область клыков, от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии с язычного края и до второго моляра с вестибулярной стороны

**565. зона коррекции индивидуальной ложки нижней челюсти по методике Гербста при смещении ложки впереди во время глотания:**

1) вестибулярная поверхность от клыка до клыка

2) укоротить край позади от нижнечелюстного бугорка с внутренней стороны до челюстно-подъязычной линии

3) от нижнечелюстного бугорка до второго моляра с вестибулярной поверхности и до челюстно-подъязычной линии с язычной стороны

4) область клыков, от нижнечелюстного бугорка до челюстно-подъязычной линии с язычного края и до второго моляра с вестибулярной стороны

**566. место коррекции индивидуальной ложки нижней челюсти по методике Гербста при движении языком по красной кайме губы:**

1) по средней линии с язычной стороны

2) область клыков по вестибулярному краю

3) подъязычный край ложки в зоне 1 см от средней линии

4) вдоль зоны челюстно-подъязычной линии (внутренней косой линии)

**567. место коррекции индивидуальной ложки нижней челюсти по методике Гербста при движении языка в сторону щеки при полузакрытом рте:**

1) область нижнечелюстных бугорков

2) зона челюстно-подъязычной линии

3) с внутренней стороны в области премоляров

4) вестибулярная поверхность от клыка до клыка

**568. у больного с полной потерей зубов определяется IVтип верхней и нижней челюстей по Оксману. При проверке восковых моделей отмечается контакт передних зубов и просвет между боковыми зубами. Какова вероятная причина нарушения смыкания зубов?**

1) значительная компрессия и смещение подвижной слизистой оболочки при снятии функционального оттиска

2) компрессия слизистой оболочки восковым базисом при определении центрального соотношения челюстей

3) смещение верхнего воскового базиса вперед

4) отсутствие плотного контакта окклюзионных валиков в боковых отделах при определении центрального соотношения челюстей

**569. Для двойного оттиска используются массы:**

1) твердокристаллические

2) силиконовые

3) альгинатные

4) термопластические

5) верно 1) и 4)

**570.Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:**

1) моделировочным

2) базисным

3) профильным (восколит)

4) бюгельным

5) липким

**571. железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду:**

1) область сагиттального шва – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) область альвеолярного отростка - имеет незначительный подслизистый слой, малоподатлива

3) дистальная треть твердого неба – имеется подслизистый слой, богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

4) область поперечных складок – имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

**572. степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах (мм):**

1)0,01 -0,1

2) 0.1 -4

3) 5-10

**573. после полной утраты зубов различают следующие виды соотношения беззубых челюстей:**

1) физиологическая прогнатия

2) прямое

3) прогеническое

4) физиологическая прогения

5) прогнатическое

**574. для получения функционального оттиска при полной утрате зубов применяется:**

1) стандартная ложка

2) индивидуальная ложка

**575.требования, предъявляемые к припасованной индивидуальной оттискной ложке на верхнюю челюсть:**

1) плотно прилегать к тканям протезного ложа

2) удерживаться на челюсти при проведении функциональных проб

3) строго соответствовать линии «А»

**576.при одномоментной методике изготовления индивидуальной ложки используется:**

1) гипс

2) пластмасса

3) воск

4) термопластическая масса

5) легкоплавкий сплав

**577. требования, предъявляемые к индивидуальной оттискной ложке на нижнюю челюсть:**

1) не доходить до переходной складки на 2 мм

2) перекрывать щечные тяжи и уздечку языка

3) плотно прилегать к тканям протезного ложа, не балансировать

4) обходить щечные тяжи и уздечку языка

5) перекрывать позадимолярный бугорок

**578. граница индивидуальной ложки на нижней челюсти проходит:**

1) на 1-2 мм выше переходной складки, обходя щечные и губные слизистые тяжи

2) на 2-3 мм выше переходной складки, перекрывая щечные и губные слизистые тяжи

3) по самому глубокому месту переходной складки, погружаясь в мягкие ткани, обходя щечные и губные слизистые тяжи

**579. при проведении функциональных проб амплитуда движений зависит от:**

1) типа соотношения челюстей

2) степени атрофии челюстей

3) типа слизистой оболочки (по Суппли)

**580. для функциональных оттисков применяют массы:**

1) термопластические

2) твердокристаллические

3) эластические

4)верно 1,2

**581. Какие свойства материалов относятся к физическим?**

1) плотность;

2) температура плавления и кипения;

3) полимеризация;

4) коэффициенты линейного и объемного расширения;

5) твердение;

6) цвет.

7)верно 3),4)

**582. Какие свойства материалов относятся к химическим?**

1) пайка;

2) полимеризация;

3) штамповка;

4) окисление металлов при нагревании;

5) твердение;

6) прокатка;

7) адгезия.

8)верно 1),4)

**583. Определите виды механических нарушений и деформаций:**

1) растяжение, сжатие;

2) литье;

3) сдвиг;

4) полимеризация;

5) кручение;

6) окисление.

**584.В каких условиях пломбы и протезы из восстановленных материалов будут выглядеть как естественные?**

1) при ночном естественном свете;

2) при дневном естественном свете;

3) при свете нормальной электрической лампы;

4) при свете дневных ламп.

**585.Как флуоресцируют естественные зубы под воздействием ультрафиолетового облучения?**

1) в диапазоне розового цвета;

2) в диапазоне белого цвета;

3) в диапазоне голубого цвета;

4) в диапазоне зеленоватого цвета.

**586.От чего зависит полупрозрачность материала, предмета?**

1) от количества света, которое может пропускать предмет;

2) от степени рассеянного света;

3) от фона (подложки);

4) от гладкости материала;

5) от шероховатости материала.

**587. Как отражает и поглощает белая цветовая поверхность спектра освещающего света?**

1) поверхность белого цвета отражает все длины волн спектра

падающего на нее света и не поглощает ничего;

2) поверхность белого цвета поглощает все длины волн падающего света

и не отражает ничего;

3) поверхность белого цвета поглощает длины волны черного цвета и

отражает все остальные.

**588. Каковы основные достоинства полиэфирных оттискных материалов?**

1)точная воспроизводимость микрорельефа;

2)низкая усадка;

3)дешевизна;

4)стабильность оттиска продолжительное время;

5)высокая эластичность после отверждения.

**589**.**Оттиск, отображающий состояние тканей протезного ложа во время функции называется:**

1) Анатомический слепок,

2) Функциональный слепок,

3) Компрессионный слепок

590.**слепочные материалы по физико-химическими свойствам разделяют на:**

1) термопластические,

2) эласти­ческие,

3) кристаллизующиеся,

4) полимеризующиеся,

5) все перечисленное верно

591.**К эластическим массам относятся:**

1)альгеласт,

2) стомальгин,

3) гипс,

4) репин,

5) верно А и Б

**592. .Основным симптомом перелома верхней челюсти является:**

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

**593. Оттискный материал должен обладать следующими качествами:**

1)иметь высокую пластичность;

2) легко вводиться и выводиться из полости рта

3)иметь неизменный объем при получении оттисков и отливке моде­-  
лей и сравнительно быстро затвердевать или структурироваться при тем­пературе полости рта;

4) точно отображать макро- и микрорельеф оттискных поверхностей;

594. **Оттискная масса должна обладать свойствами**

1) быть безвредной

2) не давать усадку до отливки модели

3) давать точный отпечаток протезного ложа

4) легко вводится и выводится из полости рта пациента

5) верно,3,4

595**. . Обязательным симптомом перелома основания черепа является:**

1) ликворея

2) кровотечение из носа

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) кровотечение из наружного слухового прохода

**596. разгружающий функциональный оттиск получают с предварительным изготовлением на индивидуальной ложке:**

1) окклюзионных валиков

2) множественных отверстий по всей поверхности

3) отверстий в области альвеолярных бугров верхней челюсти или ретромолярных бугорков нижней челюсти

**597.при наличии «болтающегося гребня» (по Суппли) снимают оттиск:**

1) компрессионный

2) разгружающий

**598. при наличии атрофичной, сухой слизистой оболочки снимают оттиск**

1) компрессионный

2) разгружающий

**599. при наличии атрофичной, сухой слизистой оболочки снимают оттиск:**

1) компрессионный

2) разгружающий

**600. при получении функционального оттиска его края оформляют при помощи:**

1) пассивных движений

2) функциональных проб

3) фонетических проб

4)верно 1,2

**601. фиксация эластических оттискных материалов к ложке осуществляется путем:**

1) использование перфорированных ложек

2) обклеивание краев ложки лейкопластырем

3) смазывания ложки мономером

4) нанесения на ложку адгезива

5) верно 3,4

**602. недостатки альгинатных оттискных материалов:**

1) плохая прилипаемость к оттискной ложке

2) эластичность

3) токсичность

4) высокая усадка

5)верно 1,4

6) все перечисленное

**603. к термопластическим оттискным массам относится:**

1) гипс

2) стомальгин

3) стене

4) репин

5) дентафлекс

**604. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:**

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

**605. разгружающий оттиск с беззубых челюстей целесообразно применять:**

1) при истонченной слизистой оболочке

2) при снижении высоты нижнего отдела лица

3) при резкой атрофии альвеолярных частей

4) при повышенной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

**606. метод функционального оформления краев оттиска используется:**

1) для создания замыкающего клапана

2) лучшей адгезии

3) формирования вестибулярного края протеза с учетом функции мимических мышц

4) получения оптимальной толщины и формы базиса протеза с учетом требований эстетики

**607. оттиск, обеспечивающий избирательную нагрузку на отдельные участки протезного ложа, называется:**

1) разгружающим

2) функциональным

3) дифференцированным функциональным

4) компрессионным функциональным

**608. . Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:**

1) височная

2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

**609. методы определения высоты нижнего отдела лица:**

1) анатомический

2) анатомо-физиологический

3) антропометрический

**610.разница величин высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и в центральной окклюзии (центральном соотношении челюстей) составляет в среднем (мм):**

1) 0.5 -1

2) 2-4

3) 5-8

4) 8-10

**611.высота окклюзионного валика на верхней челюсти ( при формиро-вании протетической плоскости) по отношению к краю верхней губы в среднем на:**

1) 1-2 мм выше

2) 1-2 мм ниже

3) 3-4 мм ниже

4) высота валика не имеет значения

**612. на этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют на:**

1) нижнем окклюзионном валике

2) верхнем окклюзионном валике

3) нижнем и верхнем окклюзионных валиках

**613. высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой при относительном физиологическом покое:**

1) равна

2) больше

3) меньше

**614. протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии:**

1) камперовской

2) франкфуртской

3) зрачковой

**615. ориентиром для постановки центральных резцов служит расположение:**

1) крыльев носа

2) уздечки верхней губы

3) линии эстетического центра лица

4) фильтрума верхней губы

**616.Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отрост­ка нижней челюсти:**

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

**617.для проведения этапа « определения центрального соотношения челюстей» в клинику поступают:**

1) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками

2) восковые базисы с окклюзионными валиками

3) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированными в окклюдатор

4) модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированными в артикулятор

**618. перед фиксацией центрального соотношения челюстей создают ретенционные пункты на оккюзионных валиках:**

1) нижнем

2) верхнем

3) нижнем и верхнем

4) расположение насечек не имеет значения

**619. для фиксации центрального соотношения челюстей разогретый воск размещают на окклюзионных валиках:**

1) верхнем

2) нижнем

3) верхнем и нижнем

4) любом

**620. определение центрального соотношения челюстей начинают с:**

1) оформления вестибулярного овала на верхнем окклюзионном валике

2) припасовки нижнего воскового базиса с окклюзионными валиками в соответствии с высотой нижнего отдела лица

3) нанесения клинических ориентиров для постановки зубов

4) фиксации центрального соотношения челюстей

5) формирования протетической плоскости на верхнем окклюзионном валике

**621. Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области явля­ется:**

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

**622 Препарирование зубов под литые коронки производят:**

1)металлическими фрезами

2) алмазными головками

3) карборундовыми фрезами

4) карборундовыми дисками

5) вулканитовыми дисками

**623. .Бюгельный протез передает жевательное давление на:**

1)естественные зубы

2) жевательные мышцы

3) слизистую оболочку полости рта и естественные зубы

4) височно-нижнечелюстной сустав

5) слизистую оболочку полости рта, мышцы, естественные зубы

**624. движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:**

1) латеральных крыловидных

2) медиальных крыловидных

3) передним отделом двубрюшной мышцы

**625. боковые движения нижней челюсти возникают в результате одностороннего сокращения:**

1) медиальной крыловидной мышцы

2) латеральной крыловидной мышцы

3) обеих мышц

**626. при ортогнатическом прикусе, во время смещения нижней челюсти в сторону, одноименный бугорковый контакт наблюдается на стороне:**

1) рабочей

2) балансирующей

3) рабочей и балансирующей

**627. при ортогнатическом прикусе, во время смещения нижней челюсти в сторону, разноименный бугорковый контакт наблюдается на стороне:**

1) рабочей

2) балансирующей

3) рабочей и балансирующей

**628. цикл жевательных движений нижней челюсти (по Гизи) заканчивается:**

1) смещением в сторону

2) опусканием и выдвижением вперед из положения центральной окклюзии

3) смыканием зубов на рабочей стороне одноименными буграми, на балансирующей разноименными

4) возвращением в положение центральной окклюзии

**629. высота нижнего отдела лица соответствует эстетическому оптимуму при положении нижней челюсти:**

1) в боковой окклюзии

2) передней окклюзии

3) центральной окклюзии

4) состоянии функционального покоя

**630. признаки уменьшения высоты нижнего отдела лица при полной потере зубов:**

1) дисфункция ВНЧС

2) появление заед в углах рта

3) при произношении звуков «с» и «з» расстояние между передними зубами 5-6 мм

4) снижение тонуса жевательных мышц

**631. признаки увеличения высоты нижнего отдела лица после протезирования при полной потере зубов:**

1) увеличение тонуса жевательных мышц

2) увеличение сократительной способности жевательных мышц

3) больной ощущает стук искусственных зубов при разговоре и еде

4) больной испытывает повышение давления на костную основу протезного ложа

5)верно1),3),4)

**632. клиническая картина беззубого рта характерна:**

1) видом прикуса

2) старческой прогенией

3) нарушением жевания и речи

4) артикуляцией нижней челюсти

**633.клиническая картина беззубого рта характеризуется:**

1) атрофией альвеолярных частей челюстей и потерей фиксированной высоты нижнего отдела лица

2) топографией и размером дефектов зубных рядов

3) состоянием слизистой оболочки, покрывающей протезное ложе

**634. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:**

1) суставной шум

2) тугоподвижность нижней челюсти

3) неудобство при смыкании зубов

4) верно 1) и 2)

**635. жесткие базисы на этапе определения центрального соотношения челюстей показаны:**

1) при выраженной атрофии альвеолярных частей

2) аномалии соотношения челюстей

3) атрофичной, сухой слизистой оболочке, покрывающей протезное ложе

4) внутриротовой пришлифовки прикусных валиков по методу Катца-Гельфанда

**636. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:**

1) анализ функциональной окклюзии

2) рентгенологическое исследование

3) электромиографическое исследование

4) верно 1), 2) и 3)

**637.наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости:**

1) по Гизи

2) по Паунду

3) с помощью аппарата Ларина

4) по зрачковой и камперовской горизонталям

5) с помощью внутриротовой пришлифовке прикусных валиков по методу Катца-Гельфанда

**638.увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) укорочение верхней губы

2) углубление носогубных складок

3) постукиванием зубов во время еды и речи, и быстрая утомляемость жевательных мышц

**639. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) опущение углов рта

2) больной прикусывает щеки и губы

3) носогубные и подбородочная складки сглажены

4) при разговорной пробе расстояние между передними зубами около 8 мм

**640. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) быстрая утомляемость жевательных мышц

2) больной прикусывает щеки и губы

3) при разговорной пробе расстояние между передними зубами менее 5 мм

4) при положении нижней челюсти в функциональном покое между зубными рядами отсутствует просвет в 2-4 мм

**641. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) постукивание зубов во время еды и речи

2) быстрая утомляемость жевательных мышц

3) углубление носогубных складок

4) при положении нижней челюсти в функциональном покое между зубными рядами отсутствует просвет в 2-4 мм

**642.уменьшение межальвеолярного расстояние при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается:**

1) укорочением верхней губы

2) постукиванием зубов во время еды и речи

3) мацерация кожи в углах рта

4) утомляемость жевательных мышц

**643. край верхнего окклюзионного валика при формировании протетической плоскости должен:**

1)при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 1-2 мм

2) при полуоткрытом рте выступать из-под верхней губы на 5-6 мм

3) находиться на уровне линии смыкания губ

4) при полуоткрытом рте не виден

**644. Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводит­ся с целью:**

1) снижения окклюзионной высоты

2) нормализации функциональной окклюзии

3) достижения плавности движений нижней челюсти

4) верно 2) и 3)

5) верно 1) и 2)

**645. К антропометрическим методам можно отнести:**

1) метод Кантроповича,

2) метод Гербста,

3) метод Водсворта-Уайта,

4) метод Юпитца

5) верно 1,3,4

**646. Высота физиологического покоя равна:**

1) 5-6 мм,

2) 2-3 мм,

3) 1-2 мм,

4) более 6 мм

5) 0,5 мм.

**647. .Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:**

1) сужение суставной щели

2) отсутствие суставной щели

3) расширение суставной щели

4) уплотнение кортикального слоя суставной головки

5) морфологические изменение формы костных элементов сустава

**648. .Жевательная нагрузка концентрируется в области:**

1) моляров

2) резцов и клыков

3) премоляров

4) моляров и премоляров

5) клыков и премоляров

**649. Характерные признаки боли в суставе при остром артрите:**

1) постоянная в покое

2)усиливающаяся при движениях нижней челюсти

3) приступообразная

**650. . Лечение раненых с переломами челюстей:**

1) хирургическое

2) ортопедическое

3) терапевтическое

4) комплексное

5) физиотерапевтическое

**651. Для оказания первой доврачебной помощи при переломах челюстей ис­пользуют:**

1) аппарат Илизарова

2) стандартную транспортную шину

3) кровавую репозицию отломков

4) проволочную шину ТИгерштедта

5) шину Васильева

**652. движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:**

1) латеральных крыловидных

2) медиальных крыловидных

3) передним отделом двубрюшной мышцы

**653. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:**

1) 583

2) 750

3) 900

4) верно 1) и 3)

5) верно 1) и 2)

**654. при ортогнатическом прикусе, во время смещения нижней челюсти в сторону, одноименный бугорковый контакт наблюдается на стороне:**

1) рабочей

2) балансирующей

3) рабочей и балансирующей

**655. при ортогнатическом прикусе, во время смещения нижней челюсти в сторону, разноименный бугорковый контакт наблюдается на стороне:**

1) рабочей

2) балансирующей

3) рабочей и балансирующей

**656. при максимальном открывании рта головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка:**

1) у основания

2) на середине

+3) у вершины

**657. угол сагиттального суставного пути (по Гизи) в среднем равен (в градусах):**

1) 33

2) 37

3) 40

**658. угол сагиттального резцового пути (по Гизи) в среднем равен**

**(в градусах):**

1) 20-30

2) 40-50

3) 55-60

**659. при выдвижении нижней челюсти вперед ее головка двигается в направлении:**

1) вперед

2) вперед и в сторону

3) вниз и вперед

**660. при боковом движении головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движение:**

1) вниз и вперед

2) вперед

3) вокруг собственной оси

**661. при боковом движении головка нижней челюсти на стороне противоположной направлению смещения совершает движение:**

1) вперед, вниз и внутрь

2) вперед

3) вокруг собственной оси

**662. угол трансверзального суставного пути (угол Бенннета) в среднем равен (градусы):**

1) 17

2) 26

3) 33

**663.угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен (градусы):**

1) 40-60

2) 80-90

3) 100-120

**664. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:**

1) альгинатной массой

2) силиконовой массой

3) любым оттискным материалом **с** проведением ретракции десны

4) гипсом

5) термопластической массой

**665.** К факторам, учитывающимся при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

1).межзубное расстояние

2).объем альвеолярного отростка

3.) толщина слизистой оболочки

4).ширина зоны фиксированной десны

**666.** . Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется

1).расположением опор

2).жесткостью материала имплантата

3).устойчивостью зубов

**667** В клинике может быть использована система интеграции имплантатов

1) костная интеграция

2) фиброзная интеграция

3) костная и фиброзная интеграции

4) нет указаний

5) обе системы неприемлемы

**668.аппарат для определения центрального соотношения челюстей:**

1) АОЦО

2) артикулятор

3) ЭОД

4) периотест

**669. Какие мыщцы участвуют в вертикальных движениях нижней челюсти:**

1) m. mylohyoideus

2) m. geniohyoideus

3) m. masseter

4) m. Temporalis

670.**УголБеннетаравен:**

1) 27˚

2) 17˚

3) 37˚

4) 23˚

671. **Готический угол равен:**

1) 90˚

2) 45˚

3) 100-120˚

4) 130-140˚

**672.Приспособление типа лицевой дуги, которое позволяет получить графическое изображение пути предельных движений нижней челюсти**:

1) артикулятор

2) окклюдатор

3) аппарат Френкеля

4) пантограф

**673.** . К факторам, учитывающийся при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

1) межзубное расстояние

2) объем альвеолярного отростка

3) толщина слизистой оболочки

4) ширина зоны фиксированной десны

**674** Субструктура субпериостального имплантата - это

1) фиксирующее приспособление имплантата

2) внутрикостная часть имплантата

3) каркас субпериостального имплантата под слизисто-надкостничным лоскутом

4) все, что находится под тканями организма

5) опорная балка субпериостального имплантата

**675**. Средний период приживления внутрикостных имплантатов на нижней

челюсти составляет

1) 1-2 месяца

2) 2-3 месяца

3) 3-6 месяца

4) 6-12 месяцев

5) 1 год и более

**676. артикуляторы различают по возможностям их программирования:**

1) среднеанатомические

2) полурегулируемые

3) полностью регулируемые

4) фотооптические

5) когерентные

6)верно 2)3)

**677. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:**

1) анализ функциональной окклюзии

2) рентгенологическое исследование

3) электромиографическое исследование

4) верно 1), 2) и 3)

**678. Виды окклюзионных кривых:**

1) сагиттальная

2) трансверзальная

3) горизонтальная

**679. Окклюзионная коррекция проводится методами:**

1) ортопедическими

2) избирательного сошлифовывания зубов

3) хирургическими

4) верно 1), 2) и 3)

**680. Жевательная нагрузка концентрируется в области:**

1) моляров

2) резцов и клыков

3) премоляров

4) моляров и премоляров

5) клыков и премоляров

**681. Положение линии обзора при проведении параллелометрии зависит:**  
  
1) от анатомической формы зубов  
  
2) от степени наклона зубов   
  
 3) от степени зубочелюстной деформации  
  
4) от степени наклона модели  
  
5) от методики параллелометрии

**682.Графический метод регистрации жевательных движений нижней челю­сти:**

1)миотонометрия

2)мастикациография

3)одонтопародонтограмма

4)реопародонтография

5)электромиография

**683.При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:**

1)боковые левые, боковые правые

2)боковые правые и левые, передние

3)передние, центральная

4)центральная

5)центральная, передние, боковые

**684. В передней окклюзии размыкание боковых зубов обеспечивает**:

1)кривая Шпее

2)резцовый путь

3)суставной путь

4)движение Беннета

5)угол Беннета

**685. Основа работы с артикулятором является определение и установка:**

1. центральной окклюзии и физиологического покоя
2. резцового и суставного компонентов
3. центральной и передней окклюзии
4. боковой окклюзии и угла Беннета

5)групповой и клыковой направляющей функции

**686. Смещение суставной головки на нерабочей стороне при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1. готический угол
2. суставной путь
3. движение Беннета

4)угол Беннета

5) терминальная ось вращения

**687. Кривые, описываемые зубами при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1)готический угол

2)резцовый путь

3)движение Беннета

4)угол Беннета

**688. Движение суставной головки на рабочей стороне при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1. готический угол

2)движение Беннета

3)угол Беннета

4)суставной путь

**689**. К методам диагностики перед имплантацией относятся

1) телерентгенография

2)компьютерная томография

3) функциональные пробы Гербста

4) жевательные коэффициенты

**690. при проведении функциональных проб амплитуда движений зависит от :**

1) типа соотношения челюстей

2) степени атрофии челюстей

3) типа слизистой оболочки по Суппли

**691. высота окклюзионного валика на верхней челюсти (при формировании протетической плоскости) по отношению к краю верхней губы в среднем на :**

1) 1-2 мм выше

2) 1-2 мм ниже

3) 3-4 мм ниже

4) высота валика не имеет значения

**692. протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии:**

1) камперовской

2) франкфуртской

3) зрачковой

**693. ориентиром для постановки центральных резцов служит расположение:**

1) крыльев носа

2) уздечки верхней губы

3) линии эстетического центра лица

4) фильтрума верхней губы

**694.после проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:**

+1) используют для постановки искусственных зубов

2) сохраняют до этапа проверки конструкции протеза

3) сохраняют до полного изготовления протеза и их наложения

4) переплавляют для повторного использования воска

**695.** Допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта

1) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама

2) категорически не допустимо

3) допустимо в исключительных случаях

4) допустимо на верхней челюсти

5) допустимо при обильном охлаждении

6) с применением кофердама только на нижней челюсти

**696. при полном отсутствии зубов конструирование зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено:**

1) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности

2) просьбой больного

3) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)

4) видом соотношения челюстей больного

5) степенью атрофии челюстей

**697**. Конструкцию субпериостального имплантата определяет

1) врач

2) зубной техник

3) пациент

4) врач и пациент

**698.** Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит

1) для распределения нагрузки

2) для лучшей ретенции

3) для стимуляции костеобразования

4) для упрочнения конструкции

**699**. Правильное положение шейки внутрикостного имплантата

1) находится под слизистой оболочкой

2) находится в пределах слизистой оболочки

3) частично находится в слизистой, частично над слизистой оболочкой

4) полностью находится в костной ткани

5) частично находится в слизистой оболочке, частично в кости

**700.** . При проведении внутрикостной имплантации на верхней челюсти следует учитывать анатомические структуры

1).мыщелковые отростки

2) придаточные пазухи

3).венечные отростки

4) внутреннюю косую линию

5) наружную косую линию

**701.** Наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является

1) остеомиелит челюсти

2)отлом имплантатной головки

3)воспалительные осложнения

**702. При полной адентии два импланта с шаровидными абатменами, установленные в области 33,43 обеспечат:**

1)Фиксацию и стабилизацию протеза;

2)Удобство при пользовании протезом;

3)Сохранность объема и высоты костной ткани;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)нет правильных ответов.

**703.** . **При изготовления съемного протеза на балке на имплантах наибольшая точность соединения достигается с помощью:**

1)Индивидуального литья;

2)Лазерной сварки;

3)Искро-эрозионной обработки;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**704.** . **При изготовлении съемного протеза с фиксацией на сферических абатменах полимеризацию пластмассы целесообразно проводить:**

1)Методом компрессионного прессования;

2)Методом литьевого прессования;

3)Методом горячего прессования;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**705.переходной складкой называют:**

1) границу между податливой и активно податливой слизистой

2) границу между податливой и пассивно0подвижной слизистой

3) границу между подвижной и неподвижной слизистой

**706.** . **Введение имплантата через корневой канал зуба называется:**

1)Инсерт-имплантация;

2)Эндооссально-субпериостальная имплантация;

3)Эндодонтоэндооссальная имплантация;

4)Трансоссальная имплантация;

5)Эндооссальная имплантация

**707. Кривая Шпее это искривление**:

1)плоскости суставного пути

1. плоскости резцового пути
2. плоскости движения рабочей суставной головки
3. плоскости движения нерабочей суставной головки

4)окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

5)окклюзионной плоскости трансверсальном направлении

1. **Кривая Уилсона это искривление**:
2. плоскости суставного пути
3. плоскости резцового пути
4. плоскости движения рабочей суставной головки
5. плоскости движения нерабочей суставной головки
6. окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

6)окклюзионной плоскости трансверсальном направлении

**709. Устойчивость протеза при жевательных движениях:**

1) ретенция

2) стабилизация

3) адаптация

4)полимеризация

710**. Костную ткань для аутотрансплантации можно взять:**

1)На подбородке;

2)На ребре;

3)На гребне подвздошной кости;

4)Все вышеперечисленное верно;

5)Все вышеперечисленное не верно

**711**. При непосредственном протезировании на имплант фиксируется:

1)Иммедиат-протез;

2)Временный протез;

3)Постоянный протез;

4)Все вышеперечисленное не верно;

5)Все вышеперечисленное верно

712. **Основные условия стабилизации:**

1) постановка зубов по альвеолярному гребню, множественный контакт зубов.

2) центральная окклюзия, контакт зубов в боковых отделах.

3) постановка зубов по альвеолярному гребню, центральная окклюзия, множественный контакт зубов.

**713. Ориентиром для постановки центральных резцов на верхней челюсти служит расположение:**

1)крыльев носа

2)уздечки верхней губы

3)линии эстетического центра

4)носогубных складок.

**714. Высоту центральной окклюзии удерживают:**

1)щечные бугры верхних и язычные нижних жевательных зубов

2)небные бугры верхних и щечные нижних жевательных зубов

3)небные бугры верхних и язычные нижних жевательных зубов

4)щечные бугры верхних и щечные нижних жевательных зубов

**715. Кривая Шпее начинается от**:

1)резцов

2)клыков

3)первых премоляров

4)вторых премоляров

5)первых моляров

6)вторых моляров

**716. Окклюзия это:**

1. всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней

2)любые возможные состояния смыкания

3)постоянное и неменяющееся смыкание зубных рядов

4)максимальный фиссуро-бугорковый контакт зубов

**717. Одним из преимуществ пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми проявляется в:**

1) большей твердости

2) механическом соединении с базисом

3) возможности поставить зубы на приточке

4) возможности поставить зубы при прогеническом прикусе

5) большей цветостойкости

**718**. **Приблизительное соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярных отростков составляет:**

1)1:2 для нижней и 1:1 для верхней челюсти;

2)1:3 для нижней и 1:1 для верхней челюсти;

3)1:1 для нижней и 1:3 для верхней челюсти;

4)1:2 для нижней и 1:3 для верхней челюсти;

5)1:1 для нижней и 1:2 для верхней челюсти.

**719.режущий край передних верхних зубов в полных съемных протезах располагается кпереди от середины резцового сосочка:**

1) на 6.0 ±2.0мм

2) на 8.0 ±2.0мм

3) на 10.0 ±2.0мм

**720. треугольник Паунда служит ориентиром для постановки искусственных жевательных зубов в полном съемном протезе для челюсти:**

1) верхней

2) нижней

**721. при подборе искусственных зубов врач-стоматолог –ортопед должен учитывать:**

1) цвет кожи

2) форму лица

3) пол пациента

4) возраст пациента

5) тип нервной системы

6) форму альвеолярной дуги

**722. при конструировании фонетически эффективного протеза следует учитывать:**

1) профессию больного

2) характер постановки зубов

3) высоту нижнего отдела лица

4) форму вестибулярной и оральной поверхностей базиса протеза

**723. при постановке передних зубов в верхнем полном протезе ориентируются:**

1) на линию улыбки

2) линию клыков

3) небные складки

4) радиус кривых Шпее и Вильсона

**724. при постановке передних зубов в верхнем полном протезе ориентируются:**

1) на резцовый сосочек

2) треугольник Паунда

3) челюстно-подъязычные линии

4) величину угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью

**725. при постановке зубов в полном съемном протезе на нижнюю челюсть ориентируются:**

1) на середину гребня альвеолярной части

2) треугольник Паунда

3) челюстно-подъязычные линии

4) величину угла пересечения межальвеолярной высоты с окклюзионной плоскостью

**726.наиболее выраженными буферными свойствами на верхней челюсти обладают участки слизистой оболочки, расположенные:**

1) по гребню альвеолярного отростка

2) между основанием альвеолярного отростка и срединной зоной твердого неба

3) в срединной зоне твердого неба

4) задней трети твердого неба

**727. в основе биофизического метода фиксации полных съемных протезов лежит:**

1) адгезия

2) явление капиллярности

3) явление смачиваемости

4) функциональная присасываемость

**728. к механическим методам фиксации полных съемных протезов относятся:**

1) утяжеление протеза

2) применение присасывающих камер

3) применение пружин

4) применение внутрислизистых и внутрикостных имплантов

**729. срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду:**

1)область сагиттального шва – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливый

2) область альвеолярного отростка – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

3) дистальная треть твердого неба – имеется подслизистый слой, богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

4) область поперечных складок – имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

**730. железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду:**

1) область сагиттального шва – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливый

2) область альвеолярного отростка – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

3) дистальная треть твердого неба – имеется подслизистый слой, богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

4) область поперечных складок – имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

**731**. Классификация по Lekholm и Zarb (1985) отражает основные фенотипы архитектоники тела и альвеолярных отростков челюстей и включает в себя:

1) класс качества кости

2) класса качества кости

3) класса качества кости

4) класса качества кости

5)классов качества кости

**732.наиболее благоприятная форма альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при ортопедическом лечении после полной утраты зубов является:**

1) отлогая

2) отвесная

3) с навесами

**733. при одномоментной методике изготовления индивидуальной ложки используется:**

1) гипс

2) пластмасса

3) воск

4) термопластическая масса

5) легкоплавкий сплав

**734.клапанная зона – это понятие:**

1) анатомическое

2) физиологическое

3) функциональное

**735.дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:**

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

2) проходить строго по границе твердого и мягкого неба

3) перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм

**736. при проведении функциональных проб амплитуда движений зависит от:**

1) типа соотношения челюстей

2) степени атрофии челюстей

3) типа слизистой оболочки (по Суппли)

**737. мышцы, обуславливающие смещение индивидуальной ложки при проведении функциональной пробы – попеременный упор кончиком языка в правую или левую щеки:**

1) челюстно-подъязычные, двубрюшные, подбородочно-подъязычные

2) подбородочные и круговая мышца рта

3) челюстно-подъязычные

**738. методы определения высоты нижнего отдела лица:**

1) анатомический

2) анатомо-физиологический

3) антропометрический

4) верно1,2,3

**739. разница величин высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и в центральном соотношении челюстей составляет в среднем (мм):**

1) 0.5 - 1

2) 2-4

3) 5-8

4) 8-10

**740. высота окклюзионного валика на верхней челюсти (при формировании протетической плоскости) по отношению к краю верхней губы в среднем на:**

1) 1-2 мм выше

2) 1-2 мм ниже

3) 3-4 мм ниже

4) высота валика не имеет значение

**741. на этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют на:**

1) нижнем окклюзионном валике

2) верхнем окклюзионном валике

3) нижнем и верхнем окклюзионных валиках

**742. протетическая плоскость в боковых отделах параллельна линии:**

1) камперовской

2) франкфуртской

3) зрачковой

**743. после проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:**

1) используют для постановки искусственных зубов

2) сохраняют до этапа проверки конструкции протеза

3) сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения

4) переплавляют для повторного использования воска

**744. Периодонто-мускулярный рефлекс начинается с рецепторов, локализованных в:**

1)слюнных железах

2)околозубных тканях – периодонте

3)пульпе зуба

1. слизистой десны
2. височно-нижнечелюстном суставе

**745 . Относительным противопоказанием для изготовления съемного пласти­ночного протеза является:**

1) гипертоническая болезнь

2) гастрит

3) эпилепсия

4) инфаркт миокарда

5) гепатит

746. **При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пласти­ночный протез:**

1) не снимать до посещения врача

2) снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача

3) снять и сразу явиться к врачу

4) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

5) снять и после исчезновения воспалительных явлений показаться врачу

**747. При изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть необходимо:**

1)изготовить новый протез

2) укоротить границы протеза

3) пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти

4) провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов

5) создать разобщение между фронтальными зубами

**748.** . **При сверлении кости предпочтителен бор:**

1)бор больших размеров;  
2) бор средних размеров;

3)бор маленьких размеров;

4) начало сверление маленьким бором и завершение — большим;

5) размер не имеет значения.

**749. перед фиксацией центрального соотношения челюстей создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:**

1) нижнем

2) верхнем

3) нижнем и верхнем

4) расположение насечек не имеет значения

**750При превышении температуры критических величин с костной тканью происходит:**

1)гиперемия;  
2) отек;

3)инфильтрация;  
4) некроз;

5) пролиферация.

**751. при полном отсутствии зубов прогенический тип постановки искусственных зубов характеризуется:**

1) видом гипсовки воскового базиса в кювету

2) перекрестной постановкой боковых зубов

3) видом используемого аппарата для фиксации моделей

4) уменьшением количества искусственных зубов в протезе верхней челюсти до12

5)верно 2,4

**752. прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает:**

1) 12 зубов на верхней челюсти,14 зубов на нижней

2) по 14 зубов на верхней и нижней челюстях

3) 12 зубов на нижней,14 зубов на верхней челюсти

**753.** . **Место имплантации в арсенале известных методов стоматологического лечения:**

1)единственный метод, позволяющий получить положительный результат;

2) имплантация является методом выбора;

3)имплантация применяется только в исключительных случаях;  
4) имплантация применяется по желанию больного;

5) имплантация применяется с большой осторожностью, т.к. еще не доказана состоятельность данного вида лечения;

**754**. Цель плазменной обработки поверхности внутрикостных имплантатов:

1)стерилизация имплантата;  
2) упрочнение поверхности;

3)уменьшение окисной пленки;

4) изменение кристаллической структуры;

5) увеличение площади поверхности.

**755**. **Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится:**

1)в целях достижения оссеоинтеграции;

2) для снижения послеоперационной травмы;

3)для предупреждения фиброзной интеграции;

4) при плохих способностях к регенерации костной ткани;

5) в целях улучшения функционального эффекта.

**756**.**Плотность компактной костной ткани:**

1)1.9 г/смЗ;  
2) 2.6 г/смЗ;

3)0.5 г/смЗ;  
4) 0.9 г/смЗ;  
5) 4J г/смЗ.

**757Плотность спонгиозной кости:**

1)4.8;  
2) 9.6;

3)3.5;  
4) 1.2;  
5) 2.2.

**758.снижение высоты нижнего отдела лица на этапе проверки конструкции съемных протезов при полном отсутствии зубов исправляется путем:**

1) определения центрального соотношения челюстей с помощью гипсовых блоков

2) наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти и повторного определения центрального соотношения челюстей

**759.причиной утолщения базиса съемного протеза является:**

1) неточность снятия слепка

2) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы

3) деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации

**760. Этап проверки конструкции протеза начинают с:**

1) определение высоты нижнего отдела лица

2) введение готового протеза в полость рта

3) припасовка и наложение протеза

4) введение в полость рта восковых базисов

5) оценка качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

**761. Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется:**

1) снимать протез несколько раз в течении дня

2) первые 3 дня надевать протез только ночью

3) пользоваться протезом только во время еды

4) пользоваться протезом днем и снимать на ночь первую неделю

5) пользоваться протезом днем и не снимать на ночь первую неделю.

**762. Причиной завышения нижнего отдела вследствие утолщения базиса съемного протеза является:**

1) неточность снятия слепка

2) нарушение режима полимеризации пластмассы

+3) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы

4) деформация протеза во время извлечения его из кюветы после полимеризации

5) отсутствие изоляции поверхности гипсовой модели от пластмассы.

**763. сроки пользования съемными пластиночными протезами, после которого его следует заменить новым (в годах):**

1) 0,5-1

2) 2-4

3) 5-7

4) 8-10

5) не ограничен

764. **На этапе проверки конструкции съемного протеза наличие бугоркового контакта боковых зубов и разобщение зубов во фронтальном участке связано с:**

1) неправильным подбором искусственных зубов

2) смещением нижней челюсти вперед при определении центральной окклюзии

3) фиксацией боковой окклюзии на предыдущем клиническом этапе

4) неправильной постановкой зубов относительно альвеолярного гребня

5) дистальным смещением нижней челюсти при определении центральной окклюзии.

**765. при постановке зубов в полном съемном протезе на нижнюю челюсть ориентируются:**

1) на середину гребня альвеолярной части

2) треугольник Паунда

3) челюстно-подъязычные линии

4) величину угла пересечения межальвеолярной высоты с окклюзионной плоскостью

**766. режущий край передних верхних зубов в полных съемных протезах располагается кпереди от середины резцового сосочка:**

1) на 6.0 ±2.0мм

2) на 8.0 ±2.0мм

3) на 10.0 ±2.0мм

**767Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке:**

1)плечи расположены на уровне кортикальной пластинки;  
2) выше кортикальной пластинки;

3)ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм;  
4) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм;  
5) в зависимости от состояния кости.

**768. Одним из преимуществ пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми проявляется в:**

1) большей твердости

2) механическом соединении с базисом

3) возможности поставить зубы на приточке

4) возможности поставить зубы при прогеническом прикусе

5) большей цветостойкости

**769. Съемный пластиночный протез, изготавливаемый при дефекте зубного ряда, нуждается в припасовке в полости рта вследствие:**

1) нарушений пропорций при подготовке пластмассы

2) наличия поднутрений в области естественных зубов

3) возможных ошибок при постановке искусственных зубов

4) нарушений режима полимеризации пластмассы

5) индивидуальных особенностей пациента

**770. При изготовлении съемного пластиночного протеза плотность фиссуро-бугоркового контакта между искусственными зубами и зубами-антагони­стами проверяется на этапе:**

1) припасовки индивидуальной ложки

2) определения центрального соотношения челюстей

3) определения центральной окклюзии

4) проверки конструкции съемного протеза

5) шлифовки и полировки съемного протеза

**771. Комбинированный метод гипсовки применяют в случае, если:**

1) передние зубы поставлены на приточке, а боковые - на искусственной десне

2) зубы поставлены на искусственной десне, а кламмеры располагаются в пе­редней части протеза

3) изготавливают полный съемный протез

4) фиксирующими элементами являются опорно-удерживающие кламмеры

5) боковые зубы поставлены на приточке, а передние - на искусственной десне

**772. Окончательная припасовка съемного пластиночного протеза производится:**

1) зубным техником на модели

2) врачом в полости рта

3) врачом на модели

4) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

5) врачом сначала на модели и затем в полости рта

**773. Свободное наложение пластиночного протеза (при дефекте зубного ряда) на этапе его припасовки может быть затруднено вследствие:**

1) завышения высоты нижнего отдела лица

2) дефектов базиса при недопаковке пластмассы

3) прилегания базисной пластмассы к шейкам зубов

4) занижения высоты нижнего отдела лица

5) ошибки при постановке искусственных зубов

**774. Один из факторов, обусловливающих болевые ощущения при пользова­нии съемным пластиночным протезом:**

1) толщина базиса протеза

2) укорочение границ базиса

3) степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов

4) не выверенные окклюзионные контакты

5) снижение высоты нижнего отдела лица

**775. Одним из преимуществ пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе перед фарфоровыми проявляется в:**

1) большей твердости

2) механическом соединении с базисом

3) возможности поставить зубы на приточке

4) возможности поставить зубы при прогеническом прикусе

5) большей цветостойкости

776. **Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с:**

1) определения высоты нижнего отдела лица

2) введения протеза в полость рта

3) введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами

4) оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

5) медикаментозной обработки конструкции

**777 Головку титанового имплантата можно изгибать:**

1)на 30 градусов;  
2) до 10 градусов;

3)не более 45 градусов;  
4) до 15 градусов;

5) и сгибать нельзя.

778. **При протезировании с опорой на имплантаты завышение высоты нижнего отдела лица:**

1)допустимо во всех случаях;  
2)недопустимо во всех случаях;

3)недопустимо только при полном отсутствии зубов;

4) допустимо при опоре на имплантаты и естественные зубы;

5) допустимо при использовании имплантата в качестве проме­жуточной опоры.

779.**Фаза раздражения по В.Ю. Курляндскому при адаптации к съемному пла­стиночному протезу длится в среднем (в часах):**

1) 12

2) 24

3) 48

4) 72

5) 96

780. **При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пласти­ночный протез:**

1) не снимать до посещения врача

2) снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача

3) снять и сразу явиться к врачу

4) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

5) снять и после исчезновения воспалительных явлений показаться врачу

**781. Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится:**

1) в день наложения протеза

2) на следующий день после наложения протеза

3) через неделю после наложения протеза

4) через месяц

5) только при появлении болей

**782. Съемный пластиночный протез с жестким базисом ночью необходимо хранить в:**

1) холодной кипяченой воде

2) спиртовом растворе

3) сухом виде

4) растворе марганцовки

5) растворе перекиси водорода

**783. Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:**

1) физиологическим

2) полуфизиологическим

3) нефизиологическим

4) комбинированным

5) опирающимся

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

1) два

2) три

3) четыре

4) пять

5) шесть

785. **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:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

786. **«Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется**

1. при истечении срока годности мономера
2. при истечении срока годности полимера
3. при нарушении температурного режима полимеризации

4)при несоблюдении технологии замешивания пластмассы

**787. Показания к проведению имплантации:**

1)полное отсутствие зубов концевые дефекты зубных рядов, потеря одного зуба;

2)аллергическая реакция на КХС

3)аллергическая реакция на базисную пластмассу;

4)неудовлетворительная качество съемного протеза;

5)неудовлетворительное качество несъёмного протеза.

**788.. Применение пластмассовых коронок при пародонтите возможно:**

1)нет;

2) нет, т.к. усугубится течение;

3)да;

4) да, если процесс находится в стадии ремиссии;

5) да, если край коронки не подводить под десну.

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

1) Модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками

2) Восковые базисы с окклюзионными валиками

3) Модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор

4) Модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор

5) Модели с восковыми базисамим и искусственными зубами

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

1) Нижнем на окклюзионной поверхности

2) Верхнем на окклюзионной поверхности

3) Нижнем и верхнем окклюзионных поверхностях

4) Расположение насечек не имеет значения

5) Нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях

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

1) Верхнем

2) Нижнем

3) Верхнем и нижнем

4) Верхнем только в области жевательных зубов

5) Нижнем только в области жевательных зубов

**792.Изготовление цельнолитого штифтового зуба возможно:**

1)нет:  
2) да;

3)да, если снимается двухслойный оттиск;  
4) да, если модель отливается супергипсом;  
5) да, если дублируемая модель огнеупорная.

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

1) С помощью восковых базисов с окклюзионными валиками

2) Сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска

3) Сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска

4) Приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса

5) Приклеив пластинку воска на боковые зубы верхнего воскового базиса

**794.** . При подготовке полости зуба под вкладку фальц формиру­ют под углом:

1)25°;  
2) 30°;

3)45°;  
4) 50°;  
5) 18°.

**795. на величину высоты нижнего отдела лица влияют:**

1) положение головы

2) наличие экзостозов

3) выраженность торуса

4) тонус слизистой оболочки рта

5) общее мышечное напряжение

6)парафункции мышц челюстно-лицевой области

**796. при подборе искусственных зубов врач-стоматолог –ортопед должен учитывать:**

1) цвет кожи

2) форму лица

3) пол пациента

4) возраст пациента

5) тип нервной системы

6) форму альвеолярной дуги

**797. при конструировании фонетически эффективного протеза следует учитывать:**

1) профессию больного

2) характер постановки зубов

3) высоту нижнего отдела лица

4) форму вестибулярной и оральной поверхностей базиса протеза

**798. При подготовке полости зуба под вкладку делают фальц**:

1)на 1/3 толщины эмали;  
2) на 1/2 толщины эмали;

3)на всю толщину эмали;  
4) в пределах эмали;

5) в пределах дентина.

**799. При повышении межальвеолярной высоты на протезах важно учитывать:**

1)величину свободного межокклюзионного пространства;

2)предотвращение явлений бруксизма;

3)равномерная окклюзионная нагрузка на зубы;

4)предотвращение дисфункции ВНЧ сустава;

5)внешний вид больного

6)все ответы правильны

7)нет правильных ответов.

**800. внутреннее остаточное напряжение возникает при нахождении протеза в кипящей воде более:**

1) 30 минут

2) 1 часа

3) 2 часов

4) 15 мин

**801. мелкая множественная пористость на поверхности протеза появляется в результате:**

1) недостатка мономера

2) избытка полимера

3) избытка мономера

4) долгое время нахождения протеза в кипящей воде

**802. внутреннее остаточное напряжение приводит к:**

1) образованию «мраморности»

2) аллергическому стоматиту

3) дефектам и порам в протезе

4) растрескиванию протеза

**803. при изготовлении протезов из пластмассы возможно развитие у пациента:**

1) токсического стоматита

2) аллергического стоматита

3) механического стоматита

**804.** . **При сошлифовывание передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель:**

1)создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти;

2)уменьшение перегрузки передних нижних зубов;

3)уменьшение перегрузки передних верхних зубов;

4)нормализация окклюзии;

5)нормализация жевания.

**805. . Можно рассматривать как начальную функциональную перегрузку ВНЧС:**

1)истончение головки нижней челюсти;  
2) деформация суставного бугорка;

3)стирание сочлененных поверхностей или их склерозирование;  
4) появление экзостозов;

5) щелканье в суставе.

**806. к чему приводит возрастная атрофия альвеолярных отростков и челюстей:**

1) балансировка протеза

2) плохая фиксация протеза

3) поломка протеза

**807. виды поломки съемных пластиночных протезов:**

1) трещины

2) перелом базиса

3) отлом зуба

5)верно 1,2,3

**808**. **Больного, который закончил курс лучевой терапии целесо­образно протезировать:**

1)сразу же после окончания курса лечения;

2) спустя год после проведения курса лучевой терапии;

3)при нормальной (клинический анализ) картине крови;  
4) через два месяца после окончания лучевой терапии;  
5) через 3-8 месяцев.

**809. Центральная окклюзия определяется признаками:**

1) лицевым, глотательным, зубным

2) зубным, суставным, мышечным

3) язычным, мышечным, зубным

4) зубным, глотательным, лицевым

5) лицевым, язычным, суставным

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

1) центральной

2) боковой левой

3) передней

4) дистальной

5) боковой правой

**811. Окклюзия** - **это:**

1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей

2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относитель­ного физиологического покоя

3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней

4) соотношение беззубых челюстей

5) вид прикуса

**812. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:**

1) установленные в окклюдатор

2) установленные в артикулятор

3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками

4) с восковыми базисами и искусственными зубами

5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор

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

1) 100

2) 195

3) 300

4) 390

5) 780

**814. К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:**

1) артикулятор

2) функциограф

3) гнатодинамометр

4) параллелометр

5) эстезиометр

**815. Движение нижней челюсти вперед осуществляется сокращением мышц:**

1) латеральных крыловидных

2) медиальных крыловидных

3) передним отделом двубрюшной мышцы

4) челюстно-подъязычной

5) собственно-жевательной

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

1) 0,5-1

2) 2-4

3) 5-6

4) 7-8

5) 9-10

**817. Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:**

1) физиологическим

2) полуфизиологическим

3) нефизиологическим

4) комбинированным

5) опирающимся

**818. Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффек­тивность до (в %):**

1) 20

2) 50

3) 70

4) 90

5) 100

**819. При изготовлении съемного пластиночного протеза плотность фиссуро-бугоркового контакта между искусственными зубами и зубами-антагони­стами проверяется на этапе:**

1) припасовки индивидуальной ложки

2) определения центрального соотношения челюстей

3) определения центральной окклюзии

4) проверки конструкции съемного протеза

5) шлифовки и полировки съемного протеза

**820. При превышении температуры критических величин с ко­стной тканью происходит**:

1)гиперемия;  
2) отек;

3)инфильтрация;  
4) некроз;

5) пролиферация.

**821 . Один из факторов, обусловливающих болевые ощущения при пользова­нии съемным пластиночным протезом:**

1) толщина базиса протеза

2) укорочение границ базиса

3) степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов

4) не выверенные окклюзионные контакты

5) снижение высоты нижнего отдела лица

**822. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают с:**

1) определения высоты нижнего отдела лица

2) введения протеза в полость рта

3) введения в полость рта восковых базисов с зубами и кламмерами

4) оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

5) медикаментозной обработки конструкции

**823. Этап получения слепка при починке съемного пластиночного протеза от­сутствует в случае:**

1) переноса кламмера

2) отлома плеча кламмера

3) трещины базиса

4) отлома искусственного зуба

5) необходимости установки дополнительного зуба

**824. Фаза раздражения по В.Ю. Курляндскому при адаптации к съемному пла­стиночному протезу длится в среднем (в часах):**

1) 12

2) 24

3) 48

4) 72

5) 96

**825. При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пласти­ночный протез:**

1) не снимать до посещения врача

2) снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача

3) снять и сразу явиться к врачу

4) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

5) снять и после исчезновения воспалительных явлений показаться врачу

**826. Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится:**

1) в день наложения протеза

2) на следующий день после наложения протеза

3) через неделю после наложения протеза

4) через месяц

5) только при появлении болей

**827. При изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть необходимо:**

1)изготовить новый протез

2) укоротить границы протеза

3) пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти

4) провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов

5) создать разобщение между фронтальными зубами

**828. Съемный пластиночный протез с жестким базисом ночью необходимо хранить в:**

1) холодной кипяченой воде

2) спиртовом растворе

3) сухом виде

4) растворе марганцовки

5) растворе перекиси водорода

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

1) Снять слепок и изготовить новый протез

2) Произвести коррекцию краев протеза

3) Уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой

4) Снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории

5) Провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

1. **Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:**

1) На следующий день после наложения протеза

2) Через неделю после наложения протеза

3) Только при появлении боли под протезом

4) Любые по согласованию с пациентом

5) После полной адаптации к протезу

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

1) Один раз в месяц

2) Один раз в полгода

3) Один раз в год

4) Только при возникновении жалоб

5) По желанию

1. **Причиной утолщения базиса съемного протеза является:**

1) Недостаточность снятия слепка

2) Недостаточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы

3) Деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации

4) Неправильный выбор вида гипса

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

1) Через 2-4 года

2) Через 5-6 лет

3) Через 7-8 лет

4) По усмотрению пациента

5) В случае появлении неудовлетворительной фиксации

**834. при полной потере зубов головки нижней челюсти смещаются:**

1) вперед

2) кзади

3) вниз

4) кзади и вверх

**835.к механическим методам фиксации полных съемных протезов относятся:**

1) утяжеление протеза

2) применение присасывающих камер

3) применение пружин

4) применение внутрислизистых и внутрикостных имплантов

**836.к биомеханическим методам фиксации полных съемных протезов относятся:**

1) применение присасывающих камер

2) анатомическая ретенция

3) применение магнитов

4) применение внутрислизистых и внутрикостных имплантов

5)верно 2),4)

**837**. **К минимальному нагреву кости ведет:**

1)непрерывное сверление без охлаждения;  
2) непрерывное сверление с охлаждением;

3)прерывистое сверление без охлаждения;  
4) прерывистое сверление с охлаждением;

5) нагрев кости не зависит от метода сверления.

**838. в основе биофизического метода фиксации полных съемных протезов лежит:**

1) адгезия

2) явление капиллярности

3) явление смачиваемости

4) функциональная присасываемость

**839. факторами, влияющими на фиксацию полных съемных протезов, являются:**

1) возраст и пол пациента

2) тип слизистой оболочки протезного ложа и методика получения функционального оттиска

3)болезни СОПР

4) особенности психики больного

**840. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) укорочение верхней губы

2) углубление носогубных складок

3) постукиванием зубов во время еды и речи

4)быстрая утомляемость жевательных мышц

**841. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) опущение углов рта

2) больной прикусывает щеки и губы

3) носогубные и подбородочные складки сглажены

4) при разговорной пробе расстояние между передними зубами около 8 мм

**842. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) быстрая утомляемость жевательных мышц

2) больной прикусывает щеки и губы

3) при разговорной пробе расстояние между передними зубами менее 5 мм

4) при положении нижней челюсти в функциональном покое между зубными рядами отсутствует просвет в 2-4 мм

**843. увеличение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) постукиванием зубов во время еды и речи

2) быстрая утомляемость жевательных мышц

3) углубление носогубных складок

4) при положении нижней челюсти в функциональном покое между зубными рядами отсутствует просвет в 2-4 мм

**844. уменьшение межальвеолярного расстояния при определении центрального соотношения челюстей у беззубых больных сопровождается следующей симптоматикой:**

1) укорочение верхней губы

2) постукиванием зубов во время еды и речи

3) мацерация кожи в углах рта

4) утомляемость жевательных мышц

**845. при проверке конструкций полных съемных протезов обнаружено прогнатическое соотношение зубных рядов, просвет между передними зубами, бугорковое смыкание боковых зубов, что является следствием:**

1)получение неточного оттиска

2)при определении центрального соотношения челюстей произошло смещение верхнего окклюзионого шаблона в вестибулярном направлении

3) при определении центрального соотношения челюстей произошло смещение нижней челюсти вперед

**846. при проверке конструкций полных съемных протезов обнаружено отсутствие смыкания боковых зубов справа, что является следствием смещения:**

1)верхнего воскового базиса вниз в боковых отделах челюсти

2)верхнего воскового базиса вниз только слева

3)нижнего воскового базиса вверх

**847.у больного с полной потерей зубов определяется IV тип верхней и нижней челюстей по Оксману. При проверке восковых моделей отмечается контакт передних зубов и просвет между боковыми зубами. Какова вероятная причина нарушения смыкания зубов?**

1)значительная компрессия и смещение подвижной слизистой оболочки при снятии функционального оттиска

2)компрессия слизистой оболочки восковым базисом при определении центрального соотношения челюстей

3)смещение верхнего воскового базиса вперед

4)отсутствие плотного контакта окклюзионных валиков в боковых отделах при определении центрального соотношения челюстей

**848.полная потеря зубов верхней челюсти (I тип по Оксману). Небный торус выражен значительно. Полный съемный протез балансирует, что является следствием смещения:**

1)получение разгружающего оттиска

2)отсутствие изоляции торуса в протезе

3)получение компрессионного оттиска

**849. неблагоприятными факторами, усложняющими протезирование при полной адентии, являются:**

1) резкая и неравномерная атрофия альвеолярного отростка.

2) узкий тонкий гребень альвеолярного отростка

3) острые костные выступы (экзостозы и острые челюстно-подъязычные линии

4) при наличии "подвижности" гребня

5) верно1,2,3,4

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) разволокнение внутрисуставного диска

4) истончение внутрисуставного диска

5) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

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

1) полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры те­ла челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

2) средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо

3) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофиро­вана в боковом отделе

4) высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо

5) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выра­жена в боковом отделе

**854.изготовление двухслойного базиса протеза с мягкой подкладкой показано при:**

1)резкой неравномерной атрофии альвеолярных отростков с сухой мало податливой слизистой

2)наличии острых костных выступов на протезном ложе

3)выраженных альвеолярных отростков с равномерно податливой слизистой оболочкой

4)повышенной болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа

5)1,2,4

**855. способность слизистой оболочки изменять уровень рельефа при вертикальном давлении называется:**

1) сдавленностью

2) податливостью

3) подвижностью

4) упругостью

856. **слизистая оболочка, покрывающая мышцы и смещающаяся при их сокращении называется:**

1) активно-подвижной

2) пассивно-подвижной

3) нейтральной

4) клапанной

857. **качественная характеристика протезного ложа обусловлена:**

1) Степенью атрофии альвеолярной части кости челюсти

2) особенностями соотношения челюстей

3) величиной площади протезного ложа

4) наличием костных образований

5)2,3,4

**858. для протезирования полными съемными протезами наиболее благоприятна слизистая оболочка протезного ложа:**

1) плотная и упругая

2) тонкая и атрофичная

3) рыхлая и податливая

4) «болтающийся» гребень

**859**. **наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для протезирования является:**

1) незначительная равномерная убыль альвеолярной части

2) выраженная равномерная убыль альвеолярной части

3) выраженная убыль в переднем отделе

4) неравномерная выраженная убыль

**860. железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду:**

1) область сагиттального шва – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) область альвеолярного отростка - имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

3) дистальная треть твердого неба – имеется подслизистый слой, богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

4) область поперечных складок – имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

**861.вертикальная податливость слизистой оболочки, покрывающей костную основу протезного ложа, обусловлена наличием в подслизистом слое:**

1)сосудистой сети

2)жировой клетчатки

3)слизистых желез

4)мышечных волокон

**862. срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду:**

1)область сагиттального шва – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливый

2) область альвеолярного отростка – имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

3) дистальная треть твердого неба – имеется подслизистый слой, богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

4) область поперечных складок – имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

**863. при пользовании съемными пластиночными протезами на чистоту дикции пациента влияет:**

1)конфигурация базиса протеза, покрывающего твердое небо

2)характер постановки передних зубов в верхнем протезе

3)характер постановки боковых зубов в нижнем протезе

4)толщина базиса верхнего протеза

5)1,2,4

**864.. При сверлении кости предпочтителен бор:**

1)бор больших размеров;  
2) бор средних размеров;

3)бор маленьких размеров;

4) начало сверление маленьким бором и завершение — большим;

5) размер не имеет значения.

**865. показаниями к изготовлению двухслойного базиса протеза являются:**

1)выраженная атрофия альвеолярной части

2)повышенная чувствительность слизистой оболочки к давлению

3)частые переломы базиса протеза

4)наличие костных выступов на протезном ложе, не подлежащих удалению

5)сухая, атрофичная слизистая оболочка, покрывающая протезное ложе

6)верно1),2),4),5)

**866. показания к изготовлению двухслойного базиса протеза являются:**

1)частые переломы базиса протеза

2) повышенная чувствительность слизистой оболочки к давлению

3) сухая, атрофичная слизистая оболочка, покрывающая протезное ложе

4)верно 2),3)

**867. общемедицинские показания к протезированию съемными протезами с металлическим базисом:**

1)бруксизм

2)эпилепсия

3)глубокий прикус

4)желание больного

5)аллергия к пластмассе

6)частые переломы протезов, связанные с особенностями строения тканей протезного ложа

7)1,6

**868. при полной потере зубов продолжительность фазы биоэлектрического покоя жевательных мышц:**

1)больше периода активности

2)меньше периода активности

3)равна продолжительности фазы биоэлектрической активности

**869. Количество имплантатов которое может быть максимально установлено у одного больного:**

1)один;  
2) два-три;

3)не более шести;  
4) 6-8;

5) ограничений нет.

**870.Применять жесткие базисы при определении центрального соотношения беззубых челюстей целесообразно:**

1) при значительной атрофии альвеолярных отростков

2) при применении прикусного устройства

3) при использовании фонетических проб на этапе постановки зубов

4) во всех вышеперечисленных случаях

**871**. **Значение нормализации окклюзии при имплантации:**

+1) это один из основных параметров влияющих на успех лечения;  
2) не оказывает влияния на результат имплантации;

3)может оказывать влияние на результат у некоторых больных;  
4) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений;

5) оказывает влияние на результат лечения у больных с сопут­ствующей патологией.

**872. какие эластичные материалы используются при изготовлении двухслойных базисов:**

1)»Ортосил»

2) «Soft Liner»

3) «Ufi-gel»

4) фторакс

5)2,4

6)1,2,3

7)1,2,3,4

**873. какой толщины снимается слой пластмассы на протезе при непрямом методе нанесения эластичной подкладки:**

1)2 -3 мм, отступив от края протеза 3 мм

2)1,0- 1,5 мм, отступив от края протеза 2 мм

3)0.5- 1 мм, не отступая от краев протеза

**874. Снижение межальвеолярной высоты у лиц, пользующихся съемными протезами, может быть связано с:**

1. ошибками врача при первичном протезировании;
2. несовершенством методик определения межальвеолярной высоты;
3. стираемостью пластмассовых и естественных зубов;
4. погружением антагонирующих пар зубов в лунки при функциональной перегрузке их пародонта и одновременном стирании пластмассовых зубов, а также при атрофии альвеолярного отростка беззубой челюсти.

5)1,2,3,4

**875. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:**

1) истечении срока годности мономера

2) истечении срока годности полимера

3) нарушении температурного режима полимеризации

4) несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»

5) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

**876Материалы наиболее приемлемы для изготовления хирургического инструментария для имплантации:**

1)любой подходящий для этой цели металл;  
2) металл, из которого и изготовлен имплантат;

3)нержавеющая сталь;

4) хром кобальтовый сплав;

5) сталь с покрытием нитридом титана.

**877. В качестве материала для перебазировки съемного протеза можно использовать:**

1) термопластичную массу

2) силиконовую корригирующую слепочную массу

3) эластичную пластмассу

4) цинкоксиэвгеноловый материал

5) самотвердеющую пластмассу акрилоксид

**878. Съемный пластиночный протез с двухслойным базисом ночью необходимо хранить в:**

1) холодной кипяченой воде

2) спиртовом растворе

3) сухом виде

4) растворе марганцовки

5) растворе перекиси водорода

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

1) завышении высоты нижнего отдела лица

2) снижении высоты нижнего отдела лица

3) смещении нижней челюсти влево

4) смещении нижней челюсти вправо

5) смещении нижней челюсти вперед

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

1) 0,5-1

2) 2-4

3) 5-6

4) 7-8

5) 9-10

**881 . Метод функционального оформления краев оттиска используется**

1) для создания клапанной зоны

2) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц

3) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований

4) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом фонетических требований

5) все вышеперечисленное верно

**882. Лабораторная перебазировка протезов необходима**

1) при недостаточной фиксации съемных протезов

2) при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования

3) при незначительном снижении высоты нижнего отдела лица

4) при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу

5) все вышеперечисленное

**883. При снижении высоты нижней трети лица на 5 мм одномоментное восстановление межальвеолярной высоты**

1) показано

2) не показано

**884. Эластичные прокладки должны отвечать следующим требованиям**

1) прочно соединяться с жестким базисом

2) обладать низкой гигроскопичностью

3) не вызывать аллергии

4) быть приятными на вкус

5) 1+2+3

6) 1+3+4

**885 .При повторном протезировании сроки адаптации**

1) удлиняются

2) сокращаются

**886. Цель плазменной обработки поверхности внутрикостных имплантатов:**

1)стерилизация имплантата;  
2) упрочнение поверхности;

3)уменьшение окисной пленки;

4) изменение кристаллической структуры;

5) увеличение площади поверхности.

**887. Расширение границ полного съемного нижнего протеза идет за счет**

1)покрытия базисом протеза слизистого бугорка,

2)перекрытия челюстно-подъязычной линии

3)расширение базиса в подъязычном пространстве

+3)1,2

**888. Двухэтапная имплантация внутрикостных имплантатов проводится:**

1)в целях достижения остеоинтеграции;

2) для снижения послеоперационной травмы;

3)для предупреждения фиброзной интеграции;

4) при плохих способностях к регенерации костной ткани;

5) в целях улучшения функционального эффекта

**889. Клапанная зона может включать**

1) часть неподвижной слизистой

2) нейтральную зону

3) переходящую складку

4)1,2,3

**890.III тип беззубых верхней челюстей по Шредеру характеризуется:**

1)хорошо выраженные альвеолярные отростки и бугры, глубо­кое небо, высоко расположенная переходная складка;

2) средняя атрофия альвеолярного отростка, альвеолярные буг­ры умеренно выраженные, средняя глубина небного свода и преддверия полости рта;

3)значительная атрофия альвеолярных отростков и бугров, плоский небный свод и низкое расположение переходной складки;

4) верно 1,3

5) нет верного ответа.

**891. II тип беззубой нижней челюсти по Келлеру характеризуется:**

1) альвеолярные отростки атрофированы незначительно и рав­номерно;

2) выраженная атрофия альвеолярных отростков в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе;

3) выраженная атрофия альвеолярного отростка в переднем от­деле;

4) альвеолярные отростки атрофированы равномерно, места прикрепления мышц расположены почти на уровне альвеолярного гребня.

5) нет верного ответа.

**892.Соотношение челюстей при отсутствии зубов меняется на:**

1) ортогнатическое;

2) прогнатическое;

3) прогеническое;

4) глубокое;

5) изменений нет.

**893.По Боянову можно выделить методы фиксации:**

1) механические;

2) биомеханические;

3) физические;

4) биофизические;

5) все перечисленное верно

**894.Для образования кругового клапана протез должен перекрывать клапанную зону на:**

1) 2-6 мм;

2) 1-2 мм;

3) 3-4 мм;

4) 0,5-1 мм;

5) до 7 мм

**895. Удержание протеза на беззубой челюсти это:**

1) стабилизация,

2) фиксация,

3) адгезия,

4) клапанная зона,

5) функциональная присасываемость.

**896. Оттиск, отображающий состояние тканей протезного ложа во время функции называется:**

1) Анатомический

2) Функциональный

3) Компрессионый

**897. Фиброзная интеграция имплантата это:**

1)укрепление имплантата в соединительной ткани;

2) наличие фиброзной прослойки между имплантатом и костью;

3)эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата;  
4) помещение имплантата под Надкостницу;

5) нет определения.

**898. . Остеоинтеграция имплантата это:**

1)плотное укрепление имплантата;

2) помещение имплантата в костную ткань;

3)плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью имплантата;

4) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью;

5) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью.

**899. . Плотность спонгиозной кости:**

1)4.8;  
2) 9.6;

3)3.5;  
4) 1.2;  
5) 2.2.

**900.. Плотность титана:**

1)10.2 г/смЗ;  
2) 2.7 г/смЗ;

3)4.8 г/смЗ;  
4) 8.9 г/смЗ;  
5) 5.5 г/смЗ.

**901.**.**Имплантаты стерилизуются**:

1)в автоклаве;

2) в суховоздушном стерилизаторе;

3)в автоклаве или в сухожаровом шкафу;  
4) химическим;

5) в этиловом спирте.

6)вгамма лучах

**902. Устойчивость протеза при жевательных движениях:**

1) ретенция

2) стабилизация

3) адаптация

4)полимеризация

**903. Компенсационная, окклюзионная кривая, созданная за счет разновысотности бугров жевательных поверхностей верхних зубов:**

1) Антимонсоновская кривая

2) Монсоновская кривая

3) Кривая Плюраше

4) Кривая Шпее

**904. Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется:**

1) снимать протез несколько раз в течении дня

2) первые 3 дня надевать протез только ночью

3) пользоваться протезом только во время еды

4) пользоваться протезом днем и снимать на ночь первую неделю

5) пользоваться протезом днем и не снимать на ночь первую неделю

**905.Причиной завышения нижнего отдела вследствие утолщения базиса съемного протеза является:**

1) неточность снятия слепка

2) нарушение режима полимеризации пластмассы

3) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы

4) деформация протеза во время извлечения его из кюветы после полимеризации

5) отсутствие изоляции поверхности гипсовой модели от пластмассы.

**906. . При протезировании с опорой на имплантаты завышение высоты нижнего отдела лица:**

1)допустимо во всех случаях;  
2) недопустимо во всех случаях;

3)недопустимо только при полном отсутствии зубов;

4) допустимо при опоре на имплантаты и естественные зубы;

5) допустимо при использовании имплантата в качестве проме­жуточной опоры.

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

1) Снять слепок и изготовить новый протез

2) Произвести коррекцию краев протеза

3) Уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой

4) Снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории

5) Провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

**908.В качестве материала для перебазировки съемного протеза можно использовать:**

1) термопластичную массу

2) силиконовую корригирующую слепочную массу

3) эластичную пластмассу

4) цинкоксиэвгеноловый материал

5) самотвердеющую пластмассу акрилоксид

**909. . Расположение плеч внутрикостного имплантата по отношению к кортикальной пластинке:**

1)плечи расположены на уровне кортикальной пластинки;  
2) выше кортикальной пластинки;

3)ниже кортикальной пластинки на 2-3 мм;  
4) выше кортикальной пластинки на 2-3 мм;  
5) в зависимости от состояния кости.

**910. Для изготовления цельнолитого каркаса опиравшегося протеза широко применяется:**

1)нержавеющая сталь;  
2) сплав золота;

3)хром-никелевый сплав;  
4) хром-кобальтовый сплав;

5) серебряно-палладиевый сплав.

**911. 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:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

**912. 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:**

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) пятому

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

1) подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень

2) гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая

3) нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета

4) атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета

5) подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка

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

1) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало­податливая

3) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости

4) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

5) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

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

1) сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая

2) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, мало­податливая

3) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости

4) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

5) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

**916. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:**

1) истечении срока годности мономера

2) истечении срока годности полимера

3) нарушении температурного режима полимеризации

4) несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»

5) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

**917. . При изготовлении пластмассовых коронок необходимо формировать уступ в пришеечной зоне:**

1)да;

2) да, но только на передней поверхности;

3)да, если зуб депульпирован;  
4) нет;

5) нет, если у пациента глубокий прикус.

**918. В качестве материала для перебазировки съемного протеза можно использовать:**

1) термопластичную массу

2) силиконовую корригирующую слепочную массу

3) эластичную пластмассу

4) цинкоксиэвгеноловый материал

5) самотвердеющую пластмассу акрилоксид

**919. Съемный пластиночный протез с двухслойным базисом ночью необходимо хранить в:**

1) холодной кипяченой воде

2) спиртовом растворе

3) сухом виде

4) растворе марганцовки

5) растворе перекиси водорода

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

1) завышении высоты нижнего отдела лица

2) снижении высоты нижнего отдела лица

3) смещении нижней челюсти влево

4) смещении нижней челюсти вправо

5) смещении нижней челюсти вперед

**921. Лицевая дуга предназначена для**

1) установки моделей в артикулятор

2) записи суставных углов

**922.Множественные контакты при смыкании зубов могут быть**

1) при центральной окклюзии

2) при вторичной, вынужденной окклюзии

3) в обоих случаях

**923.Центральную окклюзию и вынужденную вторичную окклюзию («привычный прикус») различают**

1) по положению суставных головок в ямках

2) при сравнении центрального соотношения челюстей с соотношением челюстей при множественном смыкании зубов

3) учитывать оба признака

**924. Путь смещения челюсти из центрального соотношения в центральную окклюзию в норме**

1) вперед на 0,5-1,5 мм по срединно-сагиттальной линии без боковых смещений

2) возможны боковые отклонения этого пути

**925. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод хирургической подготовки**

1) утранение тяжей, перемещение уздечек

2) альвеолотомия

3) углубление преддверия полости рта

4) субпериостальная имплантация

5) все вышеперечисленное

**926. При конструировании съемных пластиночных протезов на беззубые челюсти следует учитывать**

1) состояние тканей протезного ложа

2) дифференцированное распределение давления базиса на подлежащие ткани

3) формирование клапанной зоны

4) площадь протезного ложа

5) все вышеперечисленное

**927. Метод функционального оформления краев оттиска используется**

1) для создания клапанной зоны

2) для создания формы вестибулярного края оттиска с учетом функции мимических мышц

3) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом эстетических требований

4) для получения оптимальной толщины и формы краев оттиска с учетом фонетических требований

5) все вышеперечисленное верно

**928. В боковых окклюзиях на рабочей стороне в норме могут быть**

1) групповые контакты

2) контакт клыков и боковых резцов

3) контакт резцов и щечных бугров премоляров

4) контакт резцов

5) контакт дистальных бугров вторых моляров

6) контакт щечных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков

**929. В передней окклюзии размыкание боковых зубов обеспечивает**

1)кривая Шпее

2)резцовый путь

3)суставной путь

4)движение Беннета

5)угол Беннета

**930. Названию кривая Уилсона соответствует определение:**

1. плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей
2. плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа

3)искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении

4)плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы

5)искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении

**931. Названию движение Беннетта соответствует определение:**

1. смещение суставной головки на нерабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти
2. направляющая функция зубов при выдвижении нижней челюсти вперед
3. траектории описываемые зубами при боковых движениях нижней челюсти

4)движение суставной головки на рабочей стороне при боковых движениях нижней челюсти

5)направляющая функция зубов при боковых движениях нижней челюсти

**932.** . **Один из факторов, обусловливающих болевые ощущения при пользова­нии съемным пластиночным протезом:**

1) толщина базиса протеза

2) укорочение границ базиса

3) степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов

4) не выверенные окклюзионные контакты

5) снижение высоты нижнего отдела лица

**933Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является**

1) клинический

2) рентгенологический

3) биометрический

4) реографический

5) измерение диагностических моделей

**934. При сошлифовывание передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель:**

1)создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти;

2)уменьшение перегрузки передних нижних зубов;

3)уменьшение перегрузки передних верхних зубов;

4)нормализация окклюзии**;**

**5)нормализация жевания.**

**935. . Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области явля¬ется:**

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

**5) нижняя макрогнатия**

**936. Нужно ли при изготовлении пластмассовой коронки формировать уступа в пришеечной зоне?**

1) да, циркулярный на всех поверхностях зуба

2) да, но только на вестибулярной поверхности

3) да, но только на апроксимальных поверхностях

4) нет, если зуб депульпирован

5) нет, если у пациента глубокий прикус

6) нет во всех случаях

**937Соотношение челюстей при отсутствии зубов меняется на:**

1) ортогнатическое;

2) прогнатическое;

3) прогеническое;

4) глубокое;

5) изменений нет.

**938. Кривые описываемые зубами при трансверсальных движениях нижней челюсти это:**

1)готический угол

2)резцовый путь

3)движение Беннета

4)угол Беннета

**939. При ортогнатическом прикусе в передней окклюзии в боковых отделах должен наблюдаться …**

1. фиссуробугровый контакт
2. одноименный бугровый контакт
3. разноименный бугровый контакт

4)дизокклюзия

**940. .при полной потере зубов головки нижней челюсти смещаются:**

1) вперед

2) кзади

3) вниз

4) кзади и вверх

**941.при полной потере зубов головки нижней челюсти смещаются:**

1) вперед

2) кзади

3) вниз

4) кзади и вверх

**942Соотношение челюстей при отсутствии зубов меняется на:**

1) ортогнатическое;

2) прогнатическое;

3) прогеническое;

4) глубокое;

5) изменений нет.

**943. В одонтопародонтограмме В.Ю.Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается**

1. в процентах
2. в килограммах

3)в коэффициентах

4)в граммах на квадратный миллиметр

**944. Периодонтальная щель у зубов, лишенных антагонистов**

1. расширена

2)сужена

3)не изменена

**945. Форма зубного ряда верхней челюсти**

1. полукруг
2. трапеция
3. треугольник

4)полуэллипс

5)парабола

**946. Слизистая оболочка полости рта лишена болевой чувствительности в области:**

1)мягкого неба

2)внутренней поверхности щек

3)оральной поверхности десен

4)вестибулярной поверхности десен

5)корня языка

**947. . Осложнением повышенной стертости зубов является:**

1) кариес

2) окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром

3) флюороз

4) гингивостоматит Венсана

5) клиновидный дефект

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

1) атрофия суставного бугорка

2) уплощение суставной ямки

3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти

4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска

5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

**949. При некрозе всей пульпы величина электровозбуждения составляет**

1. 20-50 мкА
2. 60-90 мкА

4)90-120 мкА

1. более 120 мкА

**950. При рентгенологическом обследовании отмечается: некроз участка кости, характеризующийся распадом остеоцитов и инкапсулированием этих участков с образованием секвестров**

1. остеолиз
2. атрофия костной ткани
3. остеопороз

4)остеонекроз

**951. . для получения функционального оттиска при полной утрате зубов применяется:**

1) стандартная ложка

2) индивидуальная ложка

**952. . Для ортопедического этапа лечения больных с повышенной стертостью зубов применяется:**

1) пластинка с вестибулярной дугой

2) пластинка с наклонной плоскостью

3) пластмассовая каппа

4) шина Порта

5) пластинка с ортодонтическим винтом

**953. При изготовлении штифтовой конструкции длина штифта относительно длины корня составляет**

1. 1/3
2. 1/2

3)2/3

4)всю длину корня

5)не имеет значения

**954. Если граница вкладки проходит по опорному бугру необходимо**

1. сформировать фальц и им укрепить бугор
2. сформировать дополнительную разгружающую полость
3. сформировать полость вкладки с наклоном в противоположную сторону

4)сошлифовать бугор и укрепить его материалом вкладки

**955. Величина индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба 0,3 на премолярах и 0,4-0,5 на молярах, рекомендуется:**

1. литая вкладка включает тело и фальц
2. осуществляется окклюзионное покрытие скатов бугров

3)осуществляется покрытие вкладкой всей окклюзионной поверхности и бугров

4)формируется дополнительная разгружающая полость

**956. Для какой патологии твердых тканей зубов при функциональной перегрузке является характерным компенсаторное увеличение толщины цемента – гиперцементоз?**

1. гипоплазия эмали
2. флюороз

3)патологическая стираемость

4)клиновидные дефекты

5)лучевой некроз

**967. При подготовке полости под вкладку фальц формируют только**

1. для вкладок из благородных металлов
2. для вкладок из неблагородных металлов
3. для металлических вкладок
4. для вкладок из высокопрочной пластмассы (изозит)
5. для вкладок из фарфора

6)для любых вкладок

**968. Пластмассовая коронка по отношению к десневому краю должна располагаться**

1. не доходить до десны на 0,5 мм

2)на уровне десны

3)под десной на 0,5 мм

4)под десной на 1,0 мм

**969. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к третьему классу относится:**

1)на проксимальных поверхностях передних зубов

2)в пришеечной зоне всех зубов

3)в естественных фиссурах жевательных зубов

4)на проксимальных поверхностях и углах передних зубов

**970. Дно вкладки должно быть**

1) параллельно крыше пульповой камеры

2) повторять рельеф крыши пульповой камеры

3) под углом 5 ок рогам пульпы

4) под углом 10 ок рогам пульпы

5) под углом 15 ок рогам пульпы

6) под углом 20 ок рогам пульпы

**971. Несъемный мостовидный протез по типу передачи жевательного давления относится**

1)к физиологическим

2)к полуфизиологическим

3)к нефизиологическим

4)к анатомическим

5)к анатомофизиологическим

**972. Флюсы при паянии применяют**

1. для очищения спаиваемых поверхностей
2. для уменьшения температуры плаления припоя
3. для увеличения площади спаиваемых поверхностей

4)для предупреждения образования оксидной пленки

5)для предварительного соединения спаиваемых деталей

**973. В мостовидных протезах из золота по сравнению с протезами из неблагородных сплавов …..**

1) выше гальванизм и твердость

2) выше гальванизм, но ниже твердость

3) ниже гальванизм, но выше твердость

4) ниже гальванизм и твердость

**974. Клиническое проявление травматической окклюзии при частичном отсутствии зубов зависит от:**

1)общего количества утраченных зубов

2)количества потерянных антагонирующих групп зубов

3)протяженности дефектов зубного ряда

4)топографии дефектов зубного ряда

**975. При концевом дефекте зубного ряда протезирование несъемным консольным протезом является**

1. противопоказано
2. противопоказаний нет
3. возможно с учетом состояния пародонта опорных зубов

4)возможно с увеличением количества опорных зубов

5)возможно с учетом состояния пародонта и увеличением количества опорных зубов

**976. Резцовый путь обеспечивает**

1)плавное выдвижение нижней челюсти вперед

2)моментальное размыкание задних зубов

3)бугорковый контакт задних зубов

4)режуще-краевой контакт передних зубов

**977. С увеличением диаметра режущего инструмента (при прочих равных условиях препарирования) время нагрева твердых тканей зуба**

1. увеличивается

2)уменьшается

3)не изменяется

**978. При увеличении скорости вращения режущего инструмента …… вибрация зуба**

1)усиливается.

2)уменьшается

3)не изменяется

**979. Величина и направление нагрузки на пародонт опорных зубов находится в прямой зависимости**

1) от центральной окклюзии

2) от вида прикуса

3) от направляющей функции зубов

4) от выраженности окклюзионных кривых (Шпее, Уилсона)

5) от состояния пародонта зубов-антагонистов

**980. При изготовлении металлокерамических протезов форму и размеры зубов восстанавливают**

1)металлическим каркасом

2)керамическим покрытием

3)не имеет принципиального отличия

**981. Недостаточное обезжиривание восковой модели перед формовкой в огнеупорную массу, при литье каркаса металлокерамического протеза вызывает образование**

1. недоливов
2. пустот или раковин

3)наплывов

4)трещин

5)внутренних пор

**982. Недостаточное расплавление металлического сплава или перегревание его при литье каркаса металлокерамического протеза является причиной**

1. наплывов
2. пустот или раковин

3)трещин

4)недоливов

**983. Для создания прочного переходного слоя керамика – металл необходимо чтобы**

1. коэффициент термического расширения сплава должен быть близок или несколько выше коэффициента термического расширения керамики

2)коэффициент термического расширения сплава должен быть близок или несколько ниже коэффициента термического расширения керамики

3)принципиального значения не имеет

**984. Культя зуба препарированного под фарфоровую или металлокерамическую коронку должна иметь форму**

1. цилиндра

2)конуса с наклоном стенок 5о

3)конуса с наклоном стенок 10о

4)конуса с наклоном стенок 15о

5)конуса с наклоном стенок 20о

**985. К сколам или трещинам керамического покрытия по режущему краю опорной коронки приводят**

1. протезы консольного типа
2. ошибки при обжиге и охлаждении протеза

3)металлический колпачек не восстанавливает высоту коронки

4)протез большой протяженности

5)слишком ажурная промежуточная часть протеза

**986. Равномерное распределение напряжений в десне под базисом протеза можно достичь используя**

1)различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров

2)различные конструкции замковых соединений (аттачменов)

3)различные конструкции телескопической фиксации

4)эластические подкладки под базисом протеза

5)различные конструкции антиопрокидывателей

**987. Болезненность при пальпации кпереди от козелка уха свидетель  
ствует.о.:**

1) о спазме латеральной крыловидной мышцы;

2)о спазме височной мышцы;

3) об артрите;

4) о височном артериите.

**988. *Быстрое возникновение ограничения открывания рта после трав­  
мы свидетельствует в пользу:***

1)вывиха суставного диска;

1. вывиха нижней челюсти;

3)травматического артрита;

4) спазма жевательной мускулатуры.

**989. Быстроевозникновениеограниченияоткрываниярта, возникшее  
послеизменениявысотыприкусавпроцессеортопедическоголечения,  
свидетельствуетвпользу:**

1)вывихасуставногодиска;

2)вывиханижнейчелюсти;

3)травматическогоартрита;

4) спазмажевательноймускулатуры.

**990. Приартритенижняячелюстьсмещаетсявовремяоткрываниярта:**

1) вбольнуюсторону;

2) вздоровуюсторону**.**

**991. Длявизуализациисуставногодискаоптимальнопроведение:**

1)электромиографии;

2)мастикациографии;

3)рентгенографиипоШюллеру;

4) магнитно-резонанснойтомографии;

5) линейнойиликомпьютернойтомографии.

**992.Щелчокприоткрыванииртавбольшинствеслучаевсвидетельствуеторазвитии:**

1)артрита;

2)артроза;

3)вправляемогосмещениясуставногодиска

4) невправляемогосмещениясуставногодиска; Д)анкилоза.

**993.Блокады по Берше, Егорову выполняют с целью:**

1) обезболивания ВНЧС;

2) обезболивания жевательных мышц;

3) расслабления жевательных мышц.

**994. Укажите основной вид лечения Рубцовых контрактур:**

1) противовоспалительная терапия;

2) физиолечение, направленное на рассасывание рубцов;

3) механотерапия;

4) оперативное - редрессация

**995. Для оценки состояния мягкотканных элементов ВНЧС оптималь­  
ным методом исследования является:**

1) компьютерная томография;

2) ортопантомография;

3) МРТ;

4) артрография.

**996.Основой медикаментозной терапии при артритах ВНЧС являются:**

1) препараты группы НПВС;

2) миорелаксанты;

3)транквилизаторы;

4) антибиотики.

**997. При каких формах дислокаций суставного диска возможно присо­единение воспаления ВНЧС:**

1)при переднем невправляемом смещении суставного диска;

1. при переднем вправляемом смещении суставного диска;

3)при присоединении артроза ВНЧС;

4) при любой форме дислокации.

**998. Какой из факторов является определяющим в прогрессировании  
внутренних нарушений ВНЧС:**

1) величина дефекта зубного ряда;  
2) дисплазия соединительной ткани;

3) сопутствующая соматическая патология (артериальная гипертензия, сахарный диабет).

**999. Назовите препараты-хондропротекторы:**

1) терафлекс; хондро,румалон;

2) терафлю;димексид;кеналог;

**1000.При МФБС усиление боли при нагрузке на мышцы:**

1)значительное, ограничивает подвижность

2)не характерно

3)незначительное, может ограничивать подвижность

**Ответы на тест**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1)2 | 2)3 | 3)4 | 4)3 | 5)2 | 6)1 | 7)3 | 8)2 | 9)2 | 10)1 |
| 11)3 | 12)5 | 13)1 | 14)4 | 15)4 | 16)5 | 17)3 | 18)4 | 19)2 | 20)4 |
| 21) | 22)4 | 23)1 | 24)1 | 25)1 | 26)1 | 27)2 | 28)5 | 29)6 | 30)4 |
| 31)3 | 32)2 | 33)3 | 34)5 | 35)2 | 36)2 | 37)2 | 38)2 | 39)2 | 40)3 |
| 41)3 | 42)4 | 43)5 | 44)2 | 45)2 | 46)4 | 47)1 | 48)5 | 49)3 | 50) |
| 51)2 | 52)2 | 53)3 | 54)1 | 55)3 | 56)2 | 57)3 | 58)4 | 59)1 | 60)3 |
| 61)4 | 62)2 | 63)2 | 64)5 | 65)2 | 66)2 | 67)3 | 68)5 | 69)3 | 70)4 |
| 71)3 | 72)3 | 73)5 | 74)2 | 75)3 | 76)6 | 77)1 | 78)1 | 79)3 | 80)3 |
| 81)2 | 82)2 | 83)2 | 84)1 | 85)1 | 86)2 | 87)1 | 88)2 | 89)3 | 90)3 |
| 91)1 | 92)2 | 93)5 | 94)1 | 95)6 | 96)4 | 97)3 | 98)3 | 99)4 | 100) |
| 101)2 | 102)3 | 103)2 | 104)2 | 105)2 | 106)1 | 107)2 | 108)2 | 109)2 | 110)2 |
| 111)3 | 112)3 | 113)2 | 114)3 | 115)1 | 116)3 | 117)2 | 118)4 | 119)1 | 120)4 |
| 121)2 | 122)5 | 123)3 | 124)2 | 125)2 | 126)3 | 127)2 | 128)2 | 129)4 | 130)4 |
| 131)2 | 132)2 | 133)3 | 134)3 | 135)1 | 136) | 137)2 | 138)1 | 139)4 | 140)3 |
| 141)2 | 142)1 | 143)1 | 144)1 | 145)3 | 146)3 | 147)3 | 148)3 | 149)1 | 150)1 |
| 151)2 | 152)5 | 153)4 | 154)1 | 155)2 | 156)2 | 157)2 | 158)1 | 159)1 | 160)3 |
| 161)3 | 162)3 | 163)4 | 164)2 | 165)4 | 166)1 | 167)4 | 168)4 | 169)2 | 170) |
| 171)3 | 172)3 | 173)3 | 174)4 | 175)4 | 176)2 | 177)2 | 178)4 | 179)2 | 180)1 |
| 181)4 | 182)1 | 183)3 | 184)2 | 185)2 | 186)4 | 187)4 | 188)3 | 189)4 | 190)3 |
| 191)4 | 192)2 | 193)4 | 194)1 | 195)4 | 196)1 | 197)1 | 198)4 | 199)1 | 200)2 |
| 201)3 | 202)3 | 203)2 | 204)1 | 205)1 | 206)4 | 207)3 | 208)4 | 209)1 | 210)1 |
| 211)5 | 212)2 | 213)5 | 214)4 | 215)2 | 216)2 | 217)5 | 218)2 | 219)3 | 220)2 |
| 221)2 | 222)3 | 223)5 | 224)5 | 225)3 | 226)4 | 227)1 | 228)5 | 229)3 | 230)4 |
| 231)5 | 232)3 | 233)1 | 234)3 | 235)1 | 236)3 | 237)5 | 238)4 | 239)1 | 240)5 |
| 241)4 | 242)3 | 243)1 | 244)2 | 245)2 | 246)3 | 247)3 | 248)1 | 249)2 | 250)2 |
| 251)1 | 252)3 | 253)2 | 254)2 | 255)3 | 256)4 | 257)3 | 258)3 | 259)1 | 260)1 |
| 261)1 | 262)4 | 263)1 | 264)1 | 265)5 | 266)3 | 267)2 | 268)1 | 269)4 | 270)2 |
| 271)2 | 272)4 | 273)3 | 274)4 | 275)3 | 276)3 | 277)2 | 278)2 | 279)4 | 280)5 |
| 281)4 | 282)4 | 283)1 | 284)3 | 285)4 | 286)2 | 287)1 | 288)3 | 289)2 | 290)2 |
| 291)3 | 292)2 | 293)2 | 294)2 | 295)2 | 296)5 | 297)2 | 298)4 | 299)1 | 300)2 |
| 301)5 | 302)5 | 303)3 | 304)4 | 305)2 | 306)1 | 307)1 | 308)2 | 309)2 | 310)2 |
| 311)1 | 312)4 | 313)2 | 314)4 | 315)2 | 3162 | 317)5 | 318)5 | 319)4 | 320)5 |
| 321)5 | 322)2 | 323)2 | 324)1 | 325)2 | 326)5 | 327)4 | 328)5 | 329)3 | 330)4 |
| 331)5 | 332)5 | 333)5 | 334)5 | 335)5 | 336)5 | 337)5 | 338)2 | 339)1 | 340)2 |
| 341)5 | 342)1 | 343)5 | 344)4 | 345)5 | 346)5 | 347)5 | 348)5 | 349)4 | 350)3 |
| 351)5 | 352)1 | 353)5 | 354)5 | 355)4 | 356)5 | 357)5 | 358)5 | 359)5 | 360)5 |
| 361)5 | 362)2 | 363)5 | 364)5 | 365)4 | 366)2 | 367)4 | 368)5 | 369)4 | 370)4 |
| 371)4 | 372)5 | 373)4 | 374)2 | 375)4 | 376)4 | 377)5 | 378)5 | 379)4 | 380)2 |
| 381)2 | 382)5 | 383)2 | 384)5 | 385)4 | 386)5 | 387)5 | 388)5 | 389)1 | 390)4 |
| 391)3 | 392)2 | 393)3 | 394)4 | 395)5 | 396)5 | 397)1 | 398)4 | 399)4 | 400)2 |
| 401)2 | 402)1 | 403)3 | 404)5 | 405)4 | 406)5 | 407)2 | 408)2 | 409)5 | 410)4 |
| 411)4 | 412)2 | 413)5 | 414)2 | 415)1 | 416)5 | 417)1 | 418)3 | 419)3 | 420)2 |
| 421)4 | 422)3 | 423)4 | 424)4 | 425)5 | 426)3 | 427)4 | 428)1 | 429)2 | 430)3 |
| 431)5 | 432)1 | 433)3 | 434)2 | 435)5 | 436)5 | 437)1 | 438)2 | 439)2 | 440)2 |
| 441)2 | 442)2 | 443)1 | 444)4 | 445)3 | 446)4 | 447)1 | 448)1 | 449)5 | 450)2 |
| 451)1 | 452)4 | 453)3 | 454)1 | 455)5 | 456)3 | 457)1 | 458)2 | 459)2 | 460)3 |
| 461)4 | 462)5 | 463)3 | 464)2 | 465)1 | 466)3 | 467)2 | 468)1 | 469)3 | 470)2 |
| 47102 | 472)1 | 473)5 | 474)3 | 475)2 | 476)5 | 477)4 | 478)1 | 479)2 | 480)1 |
| 481)2 | 482)4 | 483)1 | 484)2 | 485)3 | 486)5 | 487)5 | 488)3 | 489)2 | 490)1 |
| 491)3 | 492)2 | 493)5 | 494)1 | 495)5 | 496)5 | 497)5 | 498)1 | 499)1 | 500)2 |
| 501)5 | 502)1 | 503)5 | 504)5 | 505)5 | 506)5 | 50705 | 508)5 | 509)5 | 510)1 |
| 511)5 | 512)1 | 513)1 | 514)1 | 515)5 | 516)5 | 517)1 | 518)2 | 519)2 | 520)1 |
| 521)5 | 522)1 | 523)6 | 524)1 | 525)5 | 526)5 | 527)5 | 528)1 | 529)5 | 5304 |
| 531)4 | 532)2 | 533)5 | 534)3 | 535)3 | 536)4 | 537)5 | 538)1 | 539)5 | 540)5 |
| 541)1 | 542)2 | 543)1 | 544)3 | 545)3 | 546)1 | 547)1 | 548)4 | 549)2 | 550)4 |
| 551)4 | 552)2 | 553)5 | 554)3 | 555)2 | 556)2 | 557)1 | 558)2 | 559)1 | 560)1 |
| 561)2 | 562)3 | 563)3 | 564)3 | 565)1 | 566)2 | 567)3 | 568)4 | 569)2 | 570)2 |
| 571)2 | 572)3 | 573)3 | 574)2 | 575)2 | 576)2 | 577)2 | 578)2 | 579)2 | 580)4 |
| 581)7 | 582)8 | 583)1 | 584)2 | 585)2 | 586)1 | 587)3 | 588)4 | 589)2 | 590)4! |
| 591)2 | 592)4 | 593)3 | 594)5 | 595)1 | 596)2 | 597)2 | 598)2 | 599)2 | 600)4 |
| 601)5 | 602)5 | 603)2 | 604)4 | 605)1 | 606)4 | 607)3 | 608)1 | 609)2 | 610)2 |
| 611)2 | 612)2 | 613)3 | 614)2 | 615)4 | 616)1 | 617)3 | 618)3 | 619)2 | 620)2 |
| 6211)3 | 622)2 | 623)3 | 624)2 | 625)1 | 626)1 | 627)2 | 628)4 | 629)3 | 630)2 |
| 631)5 | 632)2 | 633)1 | 634)4 | 635)2 | 636)4 | 637)2 | 638)3 | 639)3 | 640)4 |
| 641)4 | 642)3 | 643)1 | 644)4 | 645)1 | 646)2 | 647)5 | 648)4 | 649)2 | 650)4 |
| 651)2 | 652)2 | 653)2 | 654)1 | 655)2 | 656)3 | 657)1 | 658)2 | 659)3 | 660)3 |
| 661)1 | 662)1 | 663)3 | 664)2 | 665)2 | 666)1 | 667)3 | 668)1 | 669)3 | 670)2 |
| 671)3 | 672)3 | 673)2 | 674)3 | 675)3 | 676) | 677)4 | 678)1 | 679)4 | 680)4 |
| 681)1 | 682)2 | 683)5 | 684)1 | 685)5 | 686)4 | 687)1 | 688)4 | 689)2 | 690)2 |
| 691)2 | 692)1 | 693)2 | 694)1 | 695)1 | 696)4 | 697)1 | 698)2 | 699)4 | 700)2 |
| 701)3 | 702)4 | 703)3 | 704)2 | 705)2 | 706)3 | 707)4 | 708)6 | 709)2 | 710)4 |
| 711)4 | 712)3 | 713)2 | 714)2 | 715)1 | 716)2 | 717)3 | 718)3 | 719)2 | 720)1 |
| 721)4 | 722)2 | 723)2 | 724)2 | 725)1 | 726)4 | 727)1 | 728)2 | 729)1 | 730)3 |
| 731)5 | 732)2 | 733)3 | 734)3 | 735)1 | 736)2 | 737)3 | 738)4 | 739)2 | 740)2 |
| 741)2 | 742)1 | 743)3 | 744)2 | 745)3 | 746)2 | 747)4 | 748)4 | 749)3 | 750)4 |
| 751)5 | 752)1 | 753)2 | 754)4 | 755)1 | 756)1 | 757)4 | 758)2 | 759)2 | 760)5 |
| 761)5 | 762)3 | 763)2 | 764)2 | 765)1 | 766)2 | 767)3 | 768)3 | 769)2 | 770)4 |
| 771)1 | 772))2 | 773)3 | 774)4 | 775)3 | 776)4 | 777)4 | 778)2 | 779)2 | 780)2 |
| 781)2 | 782)1 | 783)3 | 784)4 | 785)5 | 786)4 | 787)1 | 788)5 | 789)1 | 790)3 |
| 791)2 | 792)3 | 793)3 | 794)3 | 795)3 | 796)4 | 797)3 | 798)3 | 799)6 | 800)2 |
| 801)3 | 802)3 | 803)2 | 804)4 | 805)5 | 806)2 | 807)5 | 808)3 | 809)2 | 810)1 |
| 811)1 | 812)3 | 813)4 | 814)1 | 815)1 | 816)2 | 817)3 | 818)2 | 819)4 | 820)4 |
| 821)4 | 822)4 | 823)3 | 824)2 | 825)2 | 826)2 | 827)4 | 828)1 | 829)2 | 830)1 |
| 831)2 | 832)2 | 833)1 | 834)4 | 835)3 | 836)5 | 837)4 | 838)4 | 839)2 | 840)3 |
| 841)3 | 842)4 | 843)4 | 844)3 | 845)3 | 846)2 | 847)4 | 848)2 | 849)5 | 850\_)5 |
| 851)1 | 852)2 | 853)4 | 854)5 | 855)2 | 856)1 | 857)5 | 858)1 | 859)1 | 860)3 |
| 861)1 | 862)1 | 863)5 | 864) | 865)6 | 866)4 | 867)7 | 868)2 | 869)5 | 870)4 |
| 871)1 | 872)6 | 873)2 | 874)5 | 875)4 | 876)2 | 877)3 | 878)3 | 879)2 | 880)2 |
| 881)5 | 882)5 | 883)1 | 884)5 | 885)2 | 886)5 | 887)3 | 888)1 | 889)4 | 890)3 |
| 891)4 | 892)3 | 893)5 | 894)2 | 895)2 | 896)2 | 897)2 | 898)3 | 899)4 | 900)3 |
| 901)6 | 902)2 | 903)4 | 904)5 | 905)3 | 906)2 | 907)2 | 908)3 | 909)3 | 910)4 |
| 911)1 | 912)4 | 913)3 | 914)1 | 915)1 | 916)4 | 917)1 | 918)3 | 919)3 | 920)2 |
| 921)1 | 922)3 | 923)3 | 924)1 | 925)5 | 926)5 | 927)5 | 928)6 | 929)1 | 930)3 |
| 931)4 | 932)4 | 933)1 | 934)4 | 935)3 | 936)1 | 937)3 | 938)1 | 939)4 | 940)4 |
| 941)4 | 942)3 | 943)3 | 944)2 | 945)4 | 946)2 | 947)2 | 948)3 | 949)4 | 950)4 |
| 951)2 | 952)3 | 953)3 | 954)4 | 955)3 | 956)3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 967)6 | 968)2 | 969)1 | 970)2 |
| 971)1 | 972)4 | 973)4 | 974)1 | 975)5 | 976)1 | 977)2 | 978)1 | 979)3 | 980)2 |
| 981) | 982)3 | 983)2 | 984)2 | 985)3 | 986)4 | 987)3 | 988)3 | 989)4 | 990)1 |
| 991)4 | 992)3 | 993)3 | 994)3 | 995)3 | 996)1 | 997)4 | 998)2 | 999)1 | 1000)3 |